

## 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 o zmene a doplnení zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

Spôsob pripomienkového konania  
Počet vznesených pripomienok, z toho zásadných 80 /43  
Počet vyhodnotených pripomienok 80

Počet akceptovaných pripomienok, z toho zásadných 45 /15  
Počet čiastočne akceptovaných pripomienok, z toho zásadných 3 /3  
Počet neakceptovaných pripomienok, z toho zásadných 26 /21

Rozporové konanie (s kým, kedy, s akým výsledkom)  
Počet odstránených pripomienok  
Počet neodstránených pripomienok

Sumarizácia vznesených pripomienok podľa subjektov

Č.	Subjekt	Pripomienky do termínu	Pripomienky po termíne	Nemali pripomienky	Vôbec nezaslali
1.	DÔVERA zdravotná poisťovňa, a. s.	26 (0o,26z)	0 (0o,0z)		
2.	Ministerstvo financií Slovenskej republiky	3 (2o,1z)	0 (0o,0z)		

3.	Ministerstvo hospodárstva Slovenskej republiky	3 (3o,0z)	0 (0o,0z)		
4.	Ministerstvo investícií, regionálneho rozvoja a informatizácie Slovenskej republiky	1 (0o,1z)	0 (0o,0z)		
5.	Ministerstvo kultúry Slovenskej republiky	1 (1o,0z)	0 (0o,0z)		
6.	Ministerstvo obrany Slovenskej republiky	4 (4o,0z)	0 (0o,0z)		
7.	Ministerstvo pôdohospodárstva a rozvoja vidieka Slovenskej republiky	2 (2o,0z)	0 (0o,0z)		
8.	Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky	1 (1o,0z)	0 (0o,0z)		
9.	Ministerstvo spravodlivosti Slovenskej republiky	5 (5o,0z)	0 (0o,0z)		
10.	Ministerstvo školstva, vedy, výskumu a športu Slovenskej republiky	2 (1o,1z)	0 (0o,0z)		
11.	Odbor aproximácie práva sekcie vládnej legislatívy Úradu vlády SR	5 (5o,0z)	0 (0o,0z)		
12.	SAIA, n. o.	2 (0o,2z)	0 (0o,0z)		
13.	Union zdravotná poisťovňa, a.s.	16 (5o,11z)	0 (0o,0z)		
14.	Úrad vlády Slovenskej republiky	1 (0o,1z)	0 (0o,0z)		
15.	Všeobecná zdravotná poisťovňa, a. s.	8 (8o,0z)	0 (0o,0z)		
16.	Úrad jadrového dozoru Slovenskej republiky	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)	x	
17.	Ministerstvo dopravy a výstavby Slovenskej republiky	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)	x	
18.	Národný bezpečnostný úrad	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)	x	

19.	Úrad geodézie, kartografie a katastra Slovenskej republiky	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)	x	
20.	Protimonopolný úrad Slovenskej republiky	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)	x	
21.	Úrad priemyselného vlastníctva Slovenskej republiky	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)	x	
22.	Národná banka Slovenska	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)	x	
23.	Generálna prokuratúra Slovenskej republiky	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)	x	
24.	Ministerstvo zahraničných vecí a európskych záležitostí Slovenskej republiky	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)	x	
25.	Úrad pre normalizáciu, metrológiu a skúšobníctvo Slovenskej republiky (Úrad vlády Slovenskej republiky, odbor legislatívy ostatných ústredných orgánov štátnej správy)	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)	x	
26.	Ministerstvo vnútra Slovenskej republiky	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)	x	
27.	Ministerstvo životného prostredia Slovenskej republiky	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)	x	
28.	Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)		x
29.	Úrad pre verejné obstarávanie	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)		x
30.	Úrad pre normalizáciu, metrológiu a skúšobníctvo Slovenskej republiky	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)		x
31.	Štatistický úrad Slovenskej republiky	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)		x
32.	Správa štátnych hmotných rezerv Slovenskej republiky	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)		x
33.	Najvyšší kontrolný úrad Slovenskej republiky	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)		x

34.	Najvyšší súd Slovenskej republiky	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)		x
35.	Národná rada Slovenskej republiky	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)		x
36.	Kancelária Ústavného súdu Slovenskej republiky	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)		x
37.	Slovenská poľnohospodárska a potravinárska komora	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)		x
38.	Združenie miest a obcí Slovenska	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)		x
39.	Spplnomocnenec vlády Slovenskej republiky pre rómske komunity	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)		x
40.	Konfederácia odborových zväzov Slovenskej republiky	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)		x
41.	Asociácia zamestnávateľských zväzov a združení Slovenskej republiky	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)		x
42.	Republiková únia zamestnávateľov	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)		x
43.	Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)		x
44.	Konferencia biskupov Slovenska	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)		x
45.	Asociácia priemyselných zväzov a dopravy	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)		x
	Spolu	80 (37o,43z)	0 (0o,0z)		

Vyhodnotenie vecných pripomienok je uvedené v tabuľkovej časti.

Vysvetlivky k použitým skratkám v tabuľke:

O – obyčajná

A – akceptovaná

Z – zásadná

N – neakceptovaná

ČA – čiastočne akceptovaná

Subjekt	Pripomienka	Typ	Vyh.	Spôsob vyhodnotenia
DÔVERA	<p><b>K článku I bod 19, § 27e ods. 2 písm. c)</b>  § 27e ods. 2 (článok I bod 19) navrhujeme nahradiť nasledovným textom: "Poistenec sa na účely prerozdelenia poistného pokladá za osobu podľa odseku 1, ak je považovaný za takúto osobu k poslednému dňu predchádzajúceho mesiaca." Odôvodnenie: Zaradenie do rizikovej skupiny pre prerozdelenie sa vždy vyhodnocuje z dát pred obdobím, za ktoré sa prerozdelenie robí. To je jeden z hlavných princípov ex-ante prerozdelenia. Túto pripomienku považujeme za zásadnú.</p>	Z		Ustanovenie bolo vypustené, pripomienka bezpredmetná.
DÔVERA	<p><b>K návrhu vyhlášky, ktorou sa ustanovuje zoznam farmaceuticko-nákladových skupín, zoznam diagnosticko-nákladových skupín, zoznam viacročných nákladových skupín a zoznam nákladových skupín zdravotníckych pomôcok na rok 2023</b>  Návrh vyhlášky zatiaľ obsahuje skupiny ako diabetes, ktoré patria medzi ambulantne senzitivne. Ambulantne senzitivne diagnózy sú také, ktoré sú primárne liečené ambulantne a ak sa poistenec v dôsledku nich dostane do nemocnice, znamená to zlyhanie v ambulantnej starostlivosti. Keby sa tieto diagnózy vyskytujú v diagnosticko-nákladových skupinách, zdravotné poisťovne by boli za takúto nežiadúce hospitalizácie kompenzované, a teda mali menšiu motiváciu týmto hospitalizáciám predchádzať.</p>	Z	N	Parameter invalidity je súčasťou prerozdelených modelov v krajinách ako Holandsko, ktoré sa vo všeobecnosti považujú za state-of-art v oblasti risk equalisation. Podľa analýzy údajov zdravotnej poisťovne VŠZP (ktorá pokrýva 65 percent trhu) práve skupina invalidov generuje veľké reziduá. Takisto analýza Gupta poukazuje na zvýšenú nákladovosť invalidov. Práve preto by mal byť tento parameter zahrnutý v modeli. Nesúhlasíme s argumentom, že „dáta pochádzajú z rôznych zdrojov a ich spoľahlivosť je otázná“. Ak by bolo toto tvrdenie pravdivé,

				<p>nasvedčovalo by to tomu, že štátne inštitúcie, ktoré sú zodpovedné za evidovanie, resp. prideľovanie statusu invalidity si zle vykonávajú svoju prácu a teda vyplácajú invalidné dôchodky/príspevky ľuďom, ktorým neprináležia. Nič nenasvedčuje tomu, že by takýto problém existoval. Súhlasíme však s tým, že daný parameter by mal byť otestovaný a preto bude znenie zákona upravené o testovanie koeficientu F-testom, resp. t-testom podobne ako je to pri PCG, DCG a zdravotníckych pomôckach. Ak parameter nebude výrazne zlepšovať fit modelu, tak v ňom nebude zahrnutý.</p>
<b>DÔVERA</b>	<p><b>K článku I bod 19, § 27d</b> Navrhujeme upraviť §27d takým spôsobom, že do diagnostických skupín sa majú zaradiť len také diagnózy, kde je predpoklad na vyššie náklady u pacienta v horizonte aspoň jedného roka a len také diagnózy, ktoré sa nedajú považovať za ambulantne senzitivne. Zoznam ambulantne senzitivných diagnóz nie je jednoznačný. Túto pripomienku považujeme za zásadnú</p>	Z	N	<p>Podľa viacerých autorov, ktorí sú expertami v oblasti risk equalisation (Wynand van de Ven, Randall Ellis) by samotný prerozdelený mechanizmus nemal slúžiť ako nástroj zvyšovania efektivity zdravotných poisťovní. Vylúčením pacientov, ktorí boli hospitalizovaní na tieto diagnózy (najmä pacienti s komplikáciami diabetu, ktorých je na Slovensku relatívne veľa) vznikne výrazná podkompenzácia, keďže títo pacienti budú zaradení do DCG skupiny s</p>

				najnižšími nákladmi (ak nemajú inú hospitalizáciu). Takisto je veľmi problematická definícia ambulantne senzitivných diagnóz, čo aj samotná pripomienka priznáva.
<b>DÔVERA</b>	<p><b>K článku I bod 19, § 27d ods. 3</b></p> <p>Navrhujeme v zákone zadefinovať pojem „metóda hierarchického aglomeratívneho zhlukovania s Wardovým kritériom“, použitý v novelizačnom ustanovení § 27d ods. 3. Podľa zákona o tvorbe právnych predpisov, ak sa pri tvorbe právnych predpisov používa pojem, ktorý právny poriadok nepozná, vymedzí sa jeho presný význam definíciou; to neplatí, ak ide o pojem, ktorého význam je všeobecne známy alebo dostatočne zrejмый vzhľadom na jeho bežné používanie. Zadefinovanie uvedenej metódy vylúči pochybnosti o tom, čo táto metóda znamená. Túto pripomienku považujeme za zásadnú</p>	Z	ČA	Vo všeobecne záväznom právnom predpise bude metóda hierarchického aglomeratívneho zhlukovania s Wardovým kritériom definovaná.
<b>DÔVERA</b>	<p><b>K článku I bod 19, § 27e</b></p> <p>Navrhujeme vypustiť znenie § 27e v článku I návrhu zákona. V súvislosti s tým navrhujeme vypustiť všetky aj novelizačné ustanovenia týkajúce sa nákladovej skupiny zdravotne postihnutých ako nového parametru do prerozdelenia mechanizmu. Odôvodnenie: Nákladové skupiny zdravotne postihnutých ako nový parameter do prerozdelenia mechanizmu nebol odporúčaný nezávislým poradcom Gupta počas jeho skúmania slovenského systému prerozdelenia v roku 2018. Neboli nám ani prezentované žiadne údaje</p>	Z	A	

	<p>(indexy rizika nových skupín, zlepšenia metrík modelu, dopady na ZP) od Ministerstva zdravotníctva, na základe ktorých by sa dalo, čo len začať posudzovať, či ide o parameter vhodný pre prerozdelenie poistného. Dáta pre zaradenie poistencov ako zdravotne postihnutých pochádzajú z rôznych zdrojov a ich spoľahlivosť je otázna. Celkovo by tento parameter nemal byť súčasťou prerozdelenia.</p> <p>Navrhujeme, aby tento parameter bol preskúmaný nezávislou treťou stranou. Vo všeobecnosti, ak nemáme na navrhovaný parameter prerozdelenia názor nezávislej tretej strany (poradca Gupta v takejto forme parameter invalidity neskúmal), sme toho názoru, že do prerozdelenia by sa tento parameter mal zaviesť iba vtedy, ak sa všetky zainteresované strany zhodnú, že ide o zmysluplný parameter, ktorý prerozdelenie zlepší a nepokriví motivácie v systéme.</p> <p>Aktuálne totiž má naše prerozdelenie len tri parameter (demografické skupiny, farmaceuticko-nákladové a viacročné nákladové skupiny). Preto, keďže parametrov je malý počet, zavedenie každého parametra je relatívne veľká zmena parametra. Zavedenie tohto parametra bez akýchkoľvek číselných výsledkov považujeme za neprijateľné. Rovnako by sa parameter nemal zavádzať, kým existujú obavy z čistoty dát. Túto pripomienku považujeme za zásadnú.</p>			
<p><b>DÔVERA</b></p>	<p><b>K článku I bod 19 (§ 27d ods. 7)</b>  Novelizačné ustanovenie § 27d ods. 7 navrhujeme nahradiť nasledovným znením: „(7) Diagnosticko-nákladová skupina sa zaradí do zoznamu diagnosticko-nákladových skupín, ak:</p>	<p>Z</p>	<p>N</p>	<p>F-test, respektíve t-test (vzhľadom na to, že sa vždy testuje jeden koeficient v modeli) je štandardný ekonometrický nástroj na porovnanie či pridaný</p>



<p>a) jej zaradenie zvýši predpovedaciu silu prerozdeľovania poistného vyjadrenú koeficientom CPM aspoň o 0,01 percentuálneho bodu; CPM (Cumming's prediction measure) je koeficient, ktorý vyjadruje, akú časť celkovej variability nákladov na zdravotnú starostlivosť zohľadňuje prerozdeľovanie poistného. Je analógiou koeficientu determinácie, len pri výpočte reziduálnych súm sa nepoužijú druhé mocniny, ale absolútne hodnoty; b) podiel dodatočných nákladov diagnosticko-nákladovej skupiny na celkových ročných nákladoch na zdravotnú starostlivosť je aspoň 0,01%, c) dodatočné náklady diagnosticko-nákladovej skupiny tvoria aspoň 15% priemerných nákladov na poistenca. Odôvodnenie: F-test nie je vhodné používať, keďže ide o výrazne výpočtovo komplikovanejšiu podmienku ako sú ostatné podmienky používané napr. v §27b odsek 4, pričom nám nie je známe, čo je prínosom F-testu. F-test je podľa viacerých výrazne závislý od predpokladu homoskedasticity reziduí, ktorá v zdravotníckych dátach nie je splnená (homoskedastické reziduá by znamenali, že u mladých ľudí bez chronických chorôb očakávame rovnaký rozptyl nákladov ako u chronicky chorých napr. s obličkovým zlyhávaním), čiže jeho výsledky môžu byť ľahko chybné. Prípadné korekcie na prítomnosť heteroskedasticity urobia F-test ešte zložitejším. Súhlasíme ale s tým, že pôvodné kritérium na koeficient determinácie nebolo vhodné, lebo koeficient determinácie dáva väčšiu váhu väčším odchýlkam. Navrhujeme ho ale nahradiť kritériom CPM, ktoré sa počíta analogicky, akurát namiesto druhých mocnín</p>		<p>parameter/premenná zlepšujú fit modelu. Je robustný aj na heteroskedasticke reziduá, ak je použitá White-Huber variančno-kovariančná matica, čo je opäť štandardný ekonometricko/štatistický nástroj pri odhade lineárnych regresných modelov. F-test je takisto robustný pri nenormálnom rozdelení reziduí. Tvrdenie, že F-test je „zložitejší“ je nezmyselný argument, keďže samotná implementácia testu aj s korekciou je bežnou súčasťou štatistických softvérov už niekoľko desiatok rokov (White-Huber metóda bola publikovaná v 80-tych rokoch 20. storočia). Takisto samotná interpretácia výsledku testu je veľmi jednoduchá – ak testovacia štatistika daného parametra je významná na zvolenej hladine, tak to znamená, že daný parameter výrazne zlepšuje fit daného modelu (oproti modelu, ktorý daný parameter neobsahuje). Inými slovami, takýto parameter má pozitívny vplyv na vysvetlenie variácie zdravotných nákladov, ktoré sa v modeli odhadujú a preto by mal byť zahrnutý. Metrika CPM nie je vhodná na porovnávanie modelov, ak sa používa lineárna regresia, kde sa minimalizuje suma štvorcov reziduí – preto sa ako tzv. goodness of fit používajú</p>
---	--	---

	<p>používa absolútne hodnoty. Podľa našich skúseností CPM výrazne koreluje so schopnosťou modelu prerozdeľovať. CPM je ľahké na výpočet a nezávisí od žiadnych štatistických predpokladov. Taktiež nevidíme dôvod na to, aby tu neboli použité aj ostatné kritériá, ktoré sú definované pre farmaceuticko-nákladové skupiny. Túto pripomienku považujeme za zásadnú</p>			<p>metriky, resp. testy, ktoré zohľadňujú práve sumu štvorcov. Ak by model optimalizoval absolútne hodnoty rezíduí, tak potom je metrika CPM na zváženie ako diagnostický nástroj.</p>
<b>DÔVERA</b>	<p><b>K článku I bod 19 (§ 27f ods. 6)</b>  Novelizačné ustanovenie § 27f ods. 6 navrhujeme nahradiť nasledovným znením: „(6) Nákladová skupina zdravotníckych pomôcok sa zaradí do zoznamu nákladových skupín zdravotníckych pomôcok, ak a) jej zaradenie zvýši predpovedaciu silu prerozdeľovania poistného vyjadrenú koeficientom CPM aspoň o 0,01 percentuálneho bodu; CPM (Cumming’s prediction measure) je koeficient, ktorý vyjadruje, akú časť celkovej variability nákladov na zdravotnú starostlivosť zohľadňuje prerozdeľovanie poistného. Je analógiou koeficientu determinácie, len pri výpočte reziduálnych súm sa nepoužijú druhé mocniny, ale absolútne hodnoty; b) podiel dodatočných nákladov nákladovej skupiny zdravotníckych pomôcok na celkových ročných nákladoch na zdravotnú starostlivosť je aspoň 0,01%; c) dodatočné náklady nákladovej skupiny zdravotníckych pomôcok skupiny tvoria aspoň 15% priemerných nákladov na poistenca.“ Odôvodnenie: F-test nie je vhodné používať, keďže ide o výrazne výpočtovo komplikovanejšiu podmienku ako sú ostatné podmienku</p>	Z	N	<p>F-test, respektíve t-test (vzhľadom na to, že sa vždy testuje jeden koeficient v modeli) je štandardný ekonometrický nástroj na porovnanie či pridaný parameter/premenná zlepšujú fit modelu. Je robustný aj na heteroskedasticke reziduá, ak je použitá White-Huber variančno-kovariančná matica, čo je opäť štandardný ekonometricko/štatistický nástroj pri odhade lineárnych regresných modelov. F-test je takisto robustný pri nenormálnom rozdelení rezíduí. Tvrdenie, že F-test je „zložitejší“ je nezmyselný argument, keďže samotná implementácia testu aj s korekciou je bežnou súčasťou štatistických softvérov už niekoľko desiatok rokov (White-Huber metóda bola publikovaná v 80-tych rokoch 20. storočia). Takisto samotná interpretácia výsledku testu je veľmi jednoduchá – ak testovacia štatistika daného parametra je</p>

	<p>používané napr. v §27b odsek 4, pričom nám nie je známe, čo je prínosom F-testu. F-test je podľa viacerých zdrojov výrazne závislý od predpokladu homoskedasticity reziduí, ktorá v zdravotníckych dátach nie je splnená (homoskedastické reziduá by znamenali, že u mladých ľudí bez chronických chorôb očakávame rovnaký rozptyl nákladov ako u chronicky chorých napr. s obličkovým zlyhávaním), čiže jeho výsledky môžu byť ľahko chybné. Prípadné korekcie na prítomnosť heteroskedasticity urobia F-test ešte zložitejším. Súhlasíme ale s tým, že pôvodné kritérium na koeficient determinácie nebolo vhodné, lebo koeficient determinácie dáva väčšiu váhu väčším odchýlkam. Navrhujeme ho ale nahradiť kritériom CPM, ktoré sa počíta analogicky, akurát namiesto druhých mocnín používa absolútne hodnoty. Podľa našich skúseností CPM výrazne koreluje so schopnosťou modelu prerozdeľovať. CPM je ľahké na výpočet a nezávisí od žiadnych štatistických predpokladov. Taktiež nevidíme dôvod na to, aby tu neboli použité aj ostatné kritériá, ktoré sú definované pre farmaceuticko-nákladové skupiny. Túto pripomienku považujeme za zásadnú</p>			<p>významná na zvolenej hladine, tak to znamená, že daný parameter výrazne zlepšuje fit daného modelu (oproti modelu, ktorý daný parameter neobsahuje). Inými slovami, takýto parameter má pozitívny vplyv na vysvetlenie variácie zdravotných nákladov, ktoré sa v modeli odhadujú a preto by mal byť zahrnutý. Metrika CPM nie je vhodná na porovnávanie modelov, ak sa používa lineárna regresia, kde sa minimalizuje suma štvorcov reziduí – preto sa ako tzv. goodness of fit používajú metriky, resp. testy, ktoré zohľadňujú práve sumu štvorcov. Ak by model optimalizoval absolútne hodnoty reziduí, tak potom je metrika CPM na zvaženie ako diagnostický nástroj.</p>
<p><b>DÔVERA</b></p>	<p><b>K článku I bod 22, § 28 ods. 4 písm. f)</b>  Novelizačné ustanovenie § 28 ods. 4 písm. f) navrhujeme nahradiť nasledovným znením: „údaje o poistencoch evidovaných zdravotnou poisťovňou, ako osoby so zdravotným postihnutím podľa § 27e ods. 4 k 31. decembru kalendárneho roka, ktorý tri roky predchádza kalendárnemu</p>	<p>Z</p>	<p>A</p>	

	<p>roku, na ktorý sa vypočítava index rizika nákladov, ktoré obsahujú ....“ Odôvodnenie: Na rozdiel napríklad od hospitalizácie, zdravotné postihnutie nie je jednorazová udalosť, ale kontinuálne zaradenie s platnosťou od-do. Preto sme toho názoru, že by malo stačiť zaradenie k 31. 12. daného roku (ktorý tri roky predchádza..). Ak bol poistenec evidovaný ako zdravotne postihnutý v januári, ale neskôr bol tento stav zrušený, nevidíme dôvod pre to, aby mal rizikovú kategóriu zdravotne postihnutého pre predikciu budúcich nákladov. Túto pripomienku považujeme za zásadnú</p>			
<p><b>DÔVERA</b></p>	<p><b>K článku I bod 4 (§ 27 ods. 3)</b>  Novelizačný bod 4 v článku I navrhujeme v celom rozsahu vypustiť. Odôvodnenie: Zásadne nesúhlasíme so zmenou mesačného prerozdeľovania z 95 % na 96 % z celkovej sumy zaplatených preddavkov na poistné po odpočítaní preddavkov na nadlimitnú sumu.. Predkladateľ v žiadnom materiály ani v dôvodovej správe neuvádza žiadne racionálne zdôvodnenie tejto zmeny. Iba všeobecne konštatuje úroveň úspešnosti výberu poistného. Avšak toto konštatovanie ani uvádzané hodnoty netvorí reálny predpoklad na zmenu bázy mesačného prerozdeľovania. Jediným racionálnym dôvodom by bola úspešnosť výberu poistného všetkých zdravotných poisťovní na úrovni 100%. Táto hodnota však nie je dosiahnutá, preto akákoľvek zmena bázy prerozdeľovania nemá racionálny základ. Túto pripomienku považujeme za zásadnú</p>	<p>Z</p>	<p>N</p>	<p>Súčasná úroveň úspešnosti výberu poistného všetkých zdravotných poisťovní je vyššia ako 96 %, preto je požiadavka na prerozdeľovanie sumy 96 % z vybraného poistného akceptovateľná. Predmetom prerozdeľovania by mali byť všetky vybrané finančné prostriedky, preto sa % odvíja od úspešnosti výberu poistného, nakoľko každá ZP dosiahla úspešnosť cez 96%. % v mesačnom a ročnom prerozdeľovaní by malo byť zosúladené.</p>

<p><b>DÔVERA</b></p>	<p><b>K článku I bod 7 (§ 27a ods. 3)</b>  Novelizačný bod 7 v článku I navrhujeme v celom rozsahu vypustiť. Odôvodnenie: Zásadne nesúhlasíme so zmenou základu ročného prerozdeľovania z 95 % na 96 % povinného poistného po odpočítaní nadlimitnej sumy za všetkých poistencov zdravotnej poisťovne. Predkladateľ v žiadnom materiály ani v dôvodovej správe neuvádza žiadne racionálne zdôvodnenie tejto zmeny. Iba všeobecne konštatuje úroveň úspešnosti výberu poistného. Avšak toto konštatovanie ani uvádzané hodnoty netvorí reálny predpoklad pre zmenu bázy ročného prerozdeľovania. Jediným racionálnym dôvodom by bola úspešnosť výberu poistného všetkých zdravotných poisťovní na úrovni 100 %. Táto hodnota však nie je dosiahnutá, preto akákoľvek zmena bázy prerozdeľovania nemá racionálny základ. Túto pripomienku považujeme za zásadnú</p>	<p>Z</p>	<p>N</p>	<p>Súčasná úroveň úspešnosti výberu poistného všetkých zdravotných poisťovní je vyššia ako 96 %, preto je požiadavka na prerozdeľovanie sumy 96 % z vybraného poistného akceptovateľná. Predmetom prerozdeľovania by mali byť všetky vybrané finančné prostriedky, preto sa % odvíja od úspešnosti výberu poistného, nakoľko každá ZP dosiahla úspešnosť cez 96%. Ak by úspešnosť zdravotných poisťovní bola 100%, potom by sa 100% malo prerozdeľovať. Nižšie % ako 100% je v prerozdeľovacom mechanizme preto, aby zdravotné poisťovne boli motivované vyberať poistné od platiteľov poistného.</p>
<p><b>DÔVERA</b></p>	<p><b>K článku I bod 18 (§ 27c ods. 5)</b>  Podľa novelizačného § 27c ods. 5 (článok I bod 18 návrhu zákona) súčasťou návrhu na zmenu zoznamu nebudú musieť byť podmienky na zaradenie poistenca do viacročnej nákladovej skupiny. Nedáva nám to zmysel, že súčasťou návrhu na zmenu zoznamu viacročných nákladových skupín bude len číslo viacročnej nákladovej skupiny bez podmienky na zaradenie poistenca do viacročnej nákladovej skupiny. Nerozumieme úmyslu predkladateľa. Túto pripomienku považujeme za zásadnú</p>	<p>Z</p>	<p>A</p>	

<p><b>DÔVERA</b></p>	<p><b>Nad rámec novely - k článku I návrhu zákona (§ 27 a § 27a)</b></p> <p>Pred bod 1 článku I návrhu zákona sa vkladá nový bod 1, ktorý znie: „1. V § 1 sa slová „prerozdeľovanie poistného na verejné zdravotné poistenie (ďalej len "poistné")“ nahrádzajú slovami „prerozdeľovanie poistného na verejné zdravotné poistenie vrátane platieb Slovenskej republiky zdravotnej poisťovni použitých na úhradu zdravotnej starostlivosti (ďalej len "poistné")“. Pred bod 1 článku I návrhu zákona sa vkladá nový bod 2, ktorý znie: V § 27 ods. 2 písm. a) sa za slovami „preddavkov na poistné“ vypúšťa slovo „a“ a nahrádza sa čiarkou a za slová „zaplatených zápočtami“ sa pripájajú tieto slová: „a platieb Slovenskej republiky, ktoré boli poskytnuté zdravotnej poisťovni v inej forme ako poistné a ktoré boli použité zdravotnou poisťovňou na úhradu zdravotnej starostlivosti v kalendárnom mesiaci, za ktorý sa mesačné prerozdeľovanie vykonáva“ Pred bod 1 článku I návrhu zákona sa vkladá nový bod 3, ktorý znie: V § 27 ods. 2 sa za písm. a) vkladá nové písmeno b) s nasledovným znením: „celkovú sumu platieb Slovenskej republiky, ktoré boli poskytnuté zdravotnej poisťovni v inej forme ako poistné a ktoré boli použité zdravotnou poisťovňou na úhradu zdravotnej starostlivosti v kalendárnom mesiaci, za ktorý sa mesačné prerozdeľovanie vykonáva,“ Doterajšie písmena b) až e) sa označujú ako písmena c) až f). V bode 5 článku I návrhu zákona sa v § 27 ods. 8 písm. a) sa za bod 1. vkladá nový bod 2. s nasledovným znením: „celkovú sumu platieb Slovenskej republiky podľa odseku 2 písm. b,“ Pred bod 6</p>	<p>Z N</p>	<p>Nad rámec novely. Novela nerieši definíciu poistného, vstupujúcu do prerozdelenia. Základné imanie je inštitútom súkromného práva. Podľa článku 40 Ústavy Slovenskej republiky (ďalej aj ako „Ústava SR“) má každý právo na ochranu zdravia a zároveň, na základe zdravotného poistenia majú občania právo na bezplatnú zdravotnú starostlivosť a na zdravotnícke pomôcky za podmienok, ktoré ustanoví zákon. Úloha Slovenskej republiky zabezpečiť v zmysle Ústavy SR garantované právo občanov na bezplatnú zdravotnú starostlivosť je realizovaná prostredníctvom povinného výberu zdravotného poistenia, pričom zákonom č. 580/2004 Z. z. je určené, kto, kedy a v akej výške platí poistné povinného zdravotného poistenia tak, aby počas celej doby poistného vzťahu bolo za každého poistenca poistné uhradené. Rozsah zdravotnej starostlivosti, v akom sa zdravotná starostlivosť zo zdrojov verejného zdravotného poistenia poskytuje bezplatne, je upravený zákonom č. 577/2004, pričom systém povinného verejného zdravotného poistenia vychádza z princípu, že ak je občan Slovenskej republiky platiteľom povinného</p>
----------------------	---	------------	--

<p>článku I návrhu zákona sa vkladá nový bod, ktorý znie: V § 27a ods. 2 písm. a) sa za slovami „preddavkov na poistné“ vypúšťa slovo „a“ a nahrádza sa čiarkou a za slová „podľa § 20 ods. 3 a 4 za rozhodujúce obdobie“ sa pripájajú tieto slová: „a platieb Slovenskej republiky, ktoré boli poskytnuté zdravotnej poisťovni v inej forme ako poistné a ktoré boli použité zdravotnou poisťovňou na úhradu zdravotnej starostlivosti v rozhodujúcom období“ Pred bod 6 článku I návrhu zákona sa vkladá nový bod, ktorý znie: V § 27a ods. 2 sa za písm. a) vkladá nové písmeno b) s nasledovným znením: „celkovú sumu platieb Slovenskej republiky, ktoré boli poskytnuté zdravotnej poisťovni v inej forme ako poistné a ktoré boli použité zdravotnou poisťovňou na úhradu zdravotnej starostlivosti v rozhodujúcom období,“ Doterajšie písmeno b) sa označuje ako písmeno c) Pred bod 8 článku I návrhu zákona sa vkladá nový bod, ktorý znie: V § 27a ods. 9 písm. a) sa za bod 1. vkladá nový bod 2. s nasledovným znením: „celkovú sumu platieb Slovenskej republiky podľa odseku 2 písm. b),“ Pred bod 6 článku I návrhu zákona sa vkladá nový bod, ktorý znie: § 27 sa dopĺňa odsekom 13, ktorý znie: „Na účel mesačného prerozdelenia preddavkov na poistné sa za preddavky na poistné považujú aj platby Slovenskej republiky, ktoré boli poskytnuté zdravotnej poisťovni v inej forme ako poistné a ktoré boli použité zdravotnou poisťovňou na úhradu zdravotnej starostlivosti v mesiaci, za ktorý sa vykonáva prerozdelenie. Na prerozdelenie týchto platieb sa primerane vzťahujú odseky 1 až 12.“ Pred bod 10 článku I návrhu zákona sa vkladá nový</p>		<p>zdravotného poistenia, tomuto sa poskytuje bezplatná zdravotná starostlivosť na základe verejného zdravotného poistenia, a to v rozsahu stanovenom zákonom č. 577/2004 Z. z. bez ohľadu na skutočnosť, poistencom ktorej zdravotnej poisťovne je. Slovenská republika ako jediný (starostlivý) akcionár spoločnosti VŠZP, a.s. (prostredníctvom MZ SR), v dôsledku dôvodov, ktoré sú uvedené v Materiáli ako dôvody zvýšenia základného imania, navrhla vláde Slovenskej republiky, aby Uznesením rozhodla o zvýšení základného imania spoločnosti VŠZP, a.s., a to z dôvodu, aby spoločnosti VŠZP, a.s. zaniklo riziko uloženia sankcie zo strany Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou v zmysle ustanovenia § 51 ods. 1 zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, pričom predmetným opatrením jediný akcionár zabezpečil výšku základného imania spoločnosti VŠZP, a.s. tak, aby eliminoval riziká hroziace spoločnosti VŠZP, a.s., ktorým bola spoločnosť VŠZP, a.s. vystavená, avšak v dôsledku konaní a</p>
---	--	---

<p>bod, ktorý znie: § 27a sa dopĺňa odsekom 13, ktorý znie: „Na účel ročného prerozdelenia poisťného sa za poisťné považujú aj platby Slovenskej republiky, ktoré boli poskytnuté zdravotnej poisťovni v inej forme ako poisťné a ktoré boli použité zdravotnou poisťovňou na úhradu zdravotnej starostlivosti v kalendárnom roku, za ktorý sa vykonáva prerozdelenie. Na prerozdelenie týchto platieb sa primerane vzťahujú odseky 1 až 12.“ Ostatné novelizačné body sa primerane prečísľujú. Odôvodnenie: Štát zabezpečuje financovanie zdravotnej starostlivosti prostredníctvom systému verejného zdravotného poistenia, ktorý je založený na princípe solidarity. Tento princíp nachádza svoje vyjadrenie v prerozdelení mechanizme, ktorý sa návrhom zákona upravuje. Navrhovaná pripomienka spresňuje legislatívny text z dôvodu, aby nevznikli pochybnosti o tom, že solidárny mechanizmus prerozdelenia je založený na zdieľaní nákladov na zdravotnú starostlivosť a finančných prostriedkov určených na zdravotnú starostlivosť. Preto sa neprerozdeľuje len samotné poisťné, ale aj iné prostriedky, ktoré získala zdravotná poisťovňa od štátu a ktoré slúžia na úhradu zdravotnej starostlivosti poisťencov. Nutnosť zahrnutia takýchto prostriedkov do prerozdelenia síce už v súčasnosti vyplýva z nastavenia právnej úpravy fungovania systému verejného zdravotného poistenia, ako aj z čl. 40 Ústavy Slovenskej republiky („na základe zdravotného poistenia majú občania právo na bezplatnú zdravotnú starostlivosť a na zdravotnícke pomôcky za podmienok, ktoré ustanoví</p>	<p>úkonov mimo sféry jej vplyvu. V zmysle rozsudku Súdneho dvora (C-262/18 P a C-271/18 P) slovenský systém povinného zdravotného poistenia sleduje sociálny cieľ a uplatňuje zásadu solidarity pod dohľadom štátu, pričom činnosť poskytovateľov spravujúcich daný systém nemá hospodársku povahu, a teda ani činnosť spoločnosti VŠZP, a.s. nemá hospodársku povahu. Uvedené vyplýva z nasledovného:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• slovenský systém povinného zdravotného poistenia, ktorý sleduje sociálny cieľ spočívajúci v zabezpečení krytia rizika ochorenia všetkých slovenských rezidentov, vykazuje všetky charakteristiky zásady solidarity uvedené v ustálenej judikatúre Súdneho dvora. Poistenie v tomto systéme je totiž povinné pre všetkých slovenských rezidentov, výška príspevkov je stanovená zákonom úmerne k príjmom poisťencov bez ohľadu na riziko vyplývajúce z ich veku alebo ich zdravotného stavu a všetci títo poisťenci majú právo na rovnakú úroveň zákonných plnení, takže neexistuje priamy vzťah medzi výškou príspevkov zaplatených poisťencom a rozsahom plnení, ktoré sú mu poskytnuté. Okrem toho vzhľadom na to,</li></ul>
---	---



	<p>zákon.“), navrhované doplnenie právnej úpravy však precizuje aj znenie samotného legislatívneho textu. Túto pripomienku považujeme za zásadnú</p>	<p>že poskytovatelia poistenia sú povinní poistiť krytie rizika choroby každého slovenského rezidenta, ktorý o to požiada, bez ohľadu na riziko vyplývajúce z jeho veku alebo zdravotného stavu, uvedený systém stanovuje aj mechanizmus prerozdelenia nákladov a rizík. • slovenský systém povinného zdravotného poistenia podlieha okrem iného aj dohľadu zo strany štátu, kedy činnosť poskytovateľov poistenia v rámci tohto systému kontroluje regulačný úrad, ktorý dohliada na to, aby uvedení poskytovatelia dodržiavali legislatívny rámec, a zasahuje v prípade porušenia. • Existencia konkurenčných prvkov v rámci slovenského systému povinného zdravotného poistenia je v porovnaní so sociálnymi, solidárnymi a regulačnými znakmi iba druhoradá a nemôže zmeniť povahu tohto systému. Možnosť poskytovateľov poistenia konkurovať si sa totiž nemôže týkať ani výšky príspevkov, ani povinných zákonných plnení, takže títo poskytovatelia sa vo vzťahu k daným plneniam môžu odlišovať iba zostatkovo a akcesoricky rozsahom a kvalitou ponuky. • možnosť poskytovateľov poistenia usilovať sa o</p>
--	--	---

			<p>zisk, používať ho a rozdeľovať ho je značne obmedzená zákonom, účelom týchto zákonných povinností je zabezpečiť životaschopnosť a kontinuitu povinného zdravotného poistenia. V tom istom duchu požiadavka kladená na poskytovateľov poistenia pôsobiacich v slovenskom systéme povinného zdravotného poistenia mať právnu formu akciovej spoločnosti v rámci súkromného práva zameranej na dosahovanie zisku a otvorenosť tohto systému pre poskytovateľov poistenia kontrolovaných súkromnými subjektmi má za cieľ posilniť efektívne využívanie dostupných prostriedkov a kvalitu zdravotnej starostlivosti. Tieto prvky, ako aj sloboda slovenských rezidentov zvoliť si ich poskytovateľa zdravotného poistenia a zmeniť ho raz za rok, boli zavedené v záujme riadneho fungovania uvedeného systému, a preto nemôžu spochybníť nehospodársku povahu tohto systému. Podľa druhej vety čl. 7 ods. 2 Ústavy SR právne záväzné akty Európskych spoločenstiev a Európskej únie majú prednosť pred zákonmi Slovenskej republiky. Vychádzajúc z nálezu Ústavného súdu PL. ÚS 3/09-378, cit.:</p>
--	--	--	--

			<p>„Právne záväzné akty Európskych spoločenstiev a Európskej únie majú prednosť pred zákonmi Slovenskej republiky. Napriek tomu, že pojem „Právne záväzné akty“ použitý v druhej vete čl. 7 ods. 2 ústavy môže vyvolávať problémy súvisiace s určením jeho presného rozsahu, možno nepochybne formulovať záver, že právne záväzným aktom je aj Zmluva o fungovaní EÚ.“ So zreteľom na uplatňovanie zásady prednosti práva Európskej únie pred zákonmi Slovenskej republiky, kedy ak rozsudkom Súdneho dvora bolo vyslovené, že verejné zdravotné poistenie v Slovenskej republike je vyňaté z hospodárskej súťaže, a teda podľa článku 107 ods. 1 Zmluvy o fungovaní Európskej únie (ďalej aj ako „ZFEÚ“) činnosť spoločnosti VŠZP, a.s. nemá hospodársku povahu, v dôsledku čoho nie je možné spoločnosť VŠZP, a.s. považovať za podnik podľa predmetného článku ZFEÚ máme za to, že argumentácia uvádzaná spoločnosťami Union a Dôvera je v rozpore s vyššie uvedeným.</p>
<b>DÔVERA</b>	<b>K vyhláške, ktorou sa ustanovujú podrobnosti o výpočte indexu rizika nákladov</b>	Z	Bezpredmetné, ustanovenie o osobách so zdravotným postihnutím boli vypustené.

	<p>Ustanovenie § 1 ods. 16 Vyhlášky navrhujeme nahradiť nasledovným znením: „Poistenec sa pre účel výpočtu indexov rizika zaraďuje do skupiny osôb so zdravotným postihnutím, ak je považovaný za osobu so zdravotným postihnutím podľa §27e ods. 1 k 31. decembru roka, ktorý tri roky predchádza rok, na ktorý sa počítajú indexy rizika. Vek poistenca pre zaradenie do skupiny osôb so zdravotným postihnutím sa určí ako vek k 31. decembru roka, ktorý dva roky predchádza rok, na ktorý sa počítajú indexy rizika.“ Táto pripomienka súvisí s našou pripomienkou uvedenou k článku I bod 22, § 28 ods. 4 písm. f). Túto pripomienku považujeme za zásadnú.</p>			
<b>DÔVERA</b>	<p><b>K článku I bod 22 (§ 28 ods. 4)</b>  Ustanovenie § 28 ods. 4 písmená e) až g) rozširuje dátovú požiadavku na zdravotné poisťovne pre účely potreby výpočtu pridaných indexov diagnosticko-nákladových skupín, nákladových skupín zdravotníckych pomôcok a nákladových skupín zdravotne postihnutých. Návrh zákona však nepočíta so žiadnymi prechodnými ustanovenia k odovzdaniu dát k týmto pridaným indexom. Navrhujeme doplniť ustanovenie, ktoré by upravovalo povinnosť poskytnúť údaje podľa § 28 ods. 4 pre účely výpočtu indexov nákladov po účinnosti tohto návrhu zákona. Túto pripomienku považujeme za zásadnú</p>	Z	A	Prechodné ustanovenia do zákona doplnené
<b>DÔVERA</b>	<p><b>K článku I bod 19 (§ 27d ods. 2)</b>  V § 27d ods. 2 navrhujeme na konci vety vypustiť bodku a doplniť slová: „po odčítaní priemerných nákladov na demografickú skupinu priradenú poistencovi.“ V § 27d ods. 2</p>	Z	A	

	<p>navrhujem doplniť druhú vetu, ktorá znie: „Ďalej sa uvažujú len tie diagnostické skupiny, pre ktoré náklady diagnostickej skupiny po odčítaní priemerných nákladov na demografickú skupinu priradenú poistencovi tvoria aspoň 15% priemerných nákladov na poistenca.“ Odôvodnenie: Náklady na diagnostické skupiny je potrebné očistiť minimálne o vplyv demografie. Ak totiž hospitalizácie na dve diagnostické skupiny majú výrazne demograficky iné skupiny pacientov, celkové náklady na týchto pacientov môžu byť podobné, ale ak je jedna skupina drahšia už podľa svojej demografie, znamená to, že pridané náklady diagnostickou sú nižšie než u druhej skupiny, ktorá má menšie náklady z demografickej štruktúry. Takéto dve diagnostické skupiny nie je žiadúce zlučovať. Navrhujeme ďalej tiež neuvažovať tie diagnostické skupiny, ktoré nespĺňajú podmienku na dodatočné náklady, rovnakú, aká už dlhšie existuje pre farmaceuticko-nákladové skupiny. Diagnostické skupiny, ktoré túto podmienku nespĺňajú, so sebou nesú zanedbateľné pridané náklady a podľa nášho názoru nemá zmysel ich ďalej uvažovať. Túto pripomienku považujeme za zásadnú</p>			
<p><b>DÔVERA</b></p>	<p><b>Nad rámec novely k § 8 zákona č. 581.2004 Z. z.</b>  V § 8 ods. 5 prvá veta znie: „Zdravotná poisťovňa poskytuje poskytovateľovi záchranej zdravotnej služby preddavok na zdravotnú starostlivosť vo výške zodpovedajúcej podielu jej prepočítaných poistencov 80a) na celkovom počte prepočítaných poistencov.“ V § 8 ods. 9 prvá veta znie: „Zdravotná poisťovňa uhrádza organizátorovi mesačne</p>	<p>Z</p>	<p>N</p>	<p>Nad rámec novely. Novela nerieši úhrady pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. V súčasnej dobe prebieha reforma neodkladnej zdravotnej starostlivosti, súčasťou ktorej je aj revízia záchranej zdravotnej služby, urgentných príjmov ako aj ambulantnej pohotovostnej</p>

<p>paušálnu úhradu za poskytovanie zdravotnej starostlivosti 27g) v ambulancii pevnej ambulantnej pohotovostnej služby podľa podielu jej prepočítaných poistencov 80a) na celkovom počte prepočítaných poistencov a úhradu za poskytnutú zdravotnú starostlivosť v ambulancii pevnej ambulantnej pohotovostnej služby a doplnkovej ambulantnej pohotovostnej služby.“ V § 8 sa vypúšťa odsek 12. Doterajšie odseky 13 až 17 sa označujú ako 12 až 16. V § 8 ods. 12 prvá veta znie: „Ak odsek 13 neustanovuje inak, zdravotná poisťovňa uhrádza poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti, s ktorým má uzatvorenú zmluvu podľa § 7b, paušálnu úhradu za poskytovanie urgentnej zdravotnej starostlivosti 27aaa) podľa podielu jej prepočítaných poistencov 80a) na celkovom počte prepočítaných poistencov a úhradu za poskytnutú urgentnú zdravotnú starostlivosť v rámci urgentného príjmu 1. typu alebo urgentného príjmu 2. typu.“ V § 8 ods. 13 prvá veta znie: „Zdravotná poisťovňa uhrádza poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti, s ktorým má uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti na urgentnom príjme 2. typu podľa § 7b a ktorý poskytuje urgentnú zdravotnú starostlivosť v zdravotníckom zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti v pôsobnosti Ministerstva obrany Slovenskej republiky alebo Ministerstva vnútra Slovenskej republiky paušálnu úhradu za poskytovanie urgentnej zdravotnej starostlivosti v rámci urgentného príjmu 1. typu podľa podielu jej prepočítaných poistencov 80a) na celkovom počte prepočítaných poistencov a úhradu za poskytnutú urgentnú zdravotnú starostlivosť v rámci urgentného príjmu 1. typu.“</p>		<p>služby, ktorá má nastaviť nové parametre ako aj nové trendy financovania. Do úvahy treba brať aj fakt že do VŠZP je v praxi vykazovaných 93% výjazdov k osobám bez zdravotného poistenia (bezdomovci, cudzinci).</p>
---	--	---

	<p>V § 8 ods. 14 prvá veta znie: „Zdravotná poisťovňa uhrádza zariadeniu sociálnej pomoci, s ktorým má uzatvorenú zmluvu podľa § 7a, paušálnu úhradu za poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti v zariadení sociálnej pomoci podľa podielu jej prepočítaných poistencov 80a) na celkovom počte prepočítaných poistencov.“ Odôvodnenie: Navrhujeme, aby sa paušálne platby uhrádzané poskytovateľom zdravotnej starostlivosti uhrádzali podľa podielu prepočítaných poistencov na celkovom počte prepočítaných poistencov podľa § 28 ods. 1 zákona č. 580/2004 Z. z., podľa ktorého sa aj prerozdeľuje zdravotné poistenie, čím sa zabezpečí spravodlivý spôsob uhrádzania. Rovnaký princíp je už v súčasnosti uplatňovaný pri platbách pre UDZS, NZIS, OS, ZZS. Zároveň poskytovanie všetkých nami spomínaných typov zdravotnej starostlivosti je podmienené rizikovou štruktúrou pacientov (poistencov), ktorú zohľadňuje práve prerozdeľovanie. Z tohto uhla pohľadu považujeme súčasný model platieb za diskriminačný. Túto pripomienku považujeme za zásadnú</p>			
<p><b>DÔVERA</b></p>	<p><b>Nad rámec novely (§ 27b zákona č. 580.2004 Z. z.)</b>  V §27b sa odsek 1 nahrádza nasledovným znením: „(1) Farmaceuticko-nákladová skupina („FNS“) je definovaná jednou, alebo viacerými anatomicko-terapeuticko-chemickými skupinami liečiv (ďalej len "ATC skupina") a je spôsobilá odhadnúť budúce náklady na poskytovanú zdravotnú starostlivosť poistenca s chorobou v chronickom štádiu na základe spotreby kategorizovaných liekov. V</p>	<p>Z</p>	<p>N</p>	<p>Poznámka k CPM: V oblasti matematického a štatistického modelovania je dôležité aby proces kalibrácie modelu bol jednotný s metrikou, ktorá je použitá na ohodnotenie kvality modelu (ideálne sa najprv zvolí metrika, ktorá je považovaná za najvhodnejšiu a kalibračný proces je jej prispôbený), inak výsledky nemusia byť</p>

<p>definícii FNS sa môže použiť aj „ATC skupina vyššej úrovne“, ktorá má menej znakov než 7. Pod ATC skupinu vyššej úrovne spadajú všetky ATC skupiny, ktorých prvé znaky tvorí ATC skupina vyššej úrovne. V definícii FNS môže byť tiež určené, ktoré ATC skupiny podradené ATC skupine vyššej úrovne do definície farmaceuticko-skupiny nepatria.“ V § 27b sa za odsek 1 vkladá nový odsek 2, ktorý znie: „(2) Pri výpočte indexu rizika podľa § 28 odseku 2 sa určia vylúčené ATC skupiny pre rok, na ktorý sa index počíta. Pre jednotlivé FNS, ktoré majú určené choroby podľa odseku 7 písm. d), sa vylúčia tie ATC skupiny, ktoré do definície FNS spadajú podľa odseku 1, ale podiel štandardných dávok liečiva v kategorizovaných liekoch v ATC skupine, ktoré boli vydané alebo podané na choroby priradené farmaceuticko-nákladovej skupine, je menší ako 30% podľa údajov z § 28 odsek 4 písm. a). Vylúčené ATC skupiny ďalej nevstupujú do výpočty indexu rizika podľa § 28 odseku 2 a ani sa nepoužívajú pre zaradenie poistenca do FNS pre účel mesačného prerozdelenia podľa ods. 3.“</p> <p>Doterajšie odseky 2 až 9 sa označujú ako odseky 3 až 10. Ustanovenie § 27b ods. 5 písm. a) navrhujeme nahradiť nasledovným znením: „a) jej zaradenie zvýši predpovedaciu silu prerozdeľovania poistného vyjadrenú koeficientom CPM aspoň o 0,01 percentuálneho bodu; CPM (Cumming’s prediction measure) je koeficient, ktorý vyjadruje, akú časť celkovej variability nákladov na zdravotnú starostlivosť zohľadňuje prerozdeľovanie poistného. Je analógiou koeficientu determinácie, len pri výpočte reziduálnych súm</p>		<p>konzistentné. Nakoľko terajší kalibračný proces je minimalizácia sumy štvorcov rezíduí a CPM je založené na sume absolútnych hodnôt rezíduí, CPM nie je v súčasnosti vhodné na meranie kvality modelu. Táto nekonzistencia sa prejavuje tým, že nákladová skupina, ktorá má vysoký koeficient a jej vynechanie výrazne zvýši minimalizovanú chybu a má menšiu dôležitosť (dokonca jej vynechanie môže zvýšiť CPM) ako nákladová skupina s oveľa menším koeficientom a vplyvom na minimalizovanú chybu.</p>
--	--	---



<p>sa nepoužijú druhé mocniny, ale absolútne hodnoty”</p> <p>Ustanovenie § 27b ods. 5 písm. d) navrhujeme nahradiť nasledovným znením: „d) podiel štandardných dávok liečiva v kategorizovaných liekoch v ATC skupinách, ktoré definujú farmaceuticko-nákladovú skupinu, ktoré boli vydané alebo podané na choroby priradené farmaceuticko-nákladovej skupine, je väčší ako 50%; toto kritérium sa použije len na farmaceuticko-nákladové skupiny, ku ktorým možno priradiť chorobu.“ Ustanovenie § 27b ods. 7 navrhujeme nahradiť nasledovným znením: „(7) Pred výpočtom indexu rizika podľa § 28 odseku 2 sa určia nepoužité FNS ako tie, ktoré nespĺňajú niektoré z kritérií podľa odseku 4. Nepoužité FNS sa nepoužívajú ani pre mesačné a ročné prerozdelenie v roku, na ktorý sa index podľa § 28 odsek 2 vypočíta.“ Ustanovenie § 27b ods. 8 navrhujeme nahradiť nasledovným znením: „(8) Zoznam farmaceuticko-nákladových skupín obsahuje: a) číslo farmaceuticko-nákladovej skupiny, b) kód farmaceuticko-nákladovej skupiny, c) názov farmaceuticko-nákladovej skupiny podľa choroby alebo spôsobu liečby, d) kódy chorôb podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb, ak nejaké možno k farmaceuticko-nákladovej skupine priradiť, e) ATC skupiny alebo ATC skupiny vyššej úrovne, ktoré definujú farmaceuticko-nákladovú skupinu, f) ATC skupiny, ktoré do definície FNS nepatria podľa ods. 1, g) vylúčené ATC skupiny podľa odseku 2, h) informáciu, či ide o nepoužitú skupinu podľa odseku 7, i) informáciu, či sa jedná o farmaceuticko-nákladovú skupinu podľa odseku 11.“ V ustanovení § 27b ods. 10 sa dopĺňa posledná veta, ktorá znie:</p>			
--	--	--	--

	<p>„Súčasťou návrhu na zaradenie farmaceuticko-nákladovej skupiny do zoznamu farmaceuticko-nákladových skupín musia byť údaje podľa odseku 8 písm. c) až e) a i) a môžu byť údaje podľa odseku 8 písm. f) a podľa odseku 10.“</p> <p>Odôvodnenie: Navrhovaná úprava zodpovedá tomu, aká je reálna prax v interpretácii § 27b od zavedenia FNS v r. 2012. Podľa praxe existuje „základný“ zoznam FNS, z ktorého môžu skupinu pre jednotlivé roky vypadnúť, len tieto skupiny sa nevyklúčujú navždy, ale kritériá pre vypadnutie sa prehodnocujú každý rok. Preto navrhujeme, aby zoznam FNS obsahoval všetky skupiny, pričom tie vypadnuté budú označené. Podobná logika by sa dala tiež aplikovať na diagnosticko-nákladové skupiny a skupiny pomôcok. Druhá dôležitá časť je písmeno d) odseku 5., tak toto sa aktuálne aplikuje tak, ako sme popísali v návrhu nového ods. 2, že pre daný rok sa vylúčia ATC, ktoré nesplnia podmienku na podiel 30 %, ale nie len pre výpočet tohto kritéria, ale s danými ATC sa v prerozdelení už vôbec daný rok nepracuje. Toto je žiaduce a znižuje to potrebu farmaceutov kontrolovať ATC skupiny, keďže ATC, ktoré sa predpisujú prevažne na iné diagnózy, vypadnú automaticky. Ostatné úpravy (napr. odseku 1 a odseku 8 písm. d a e) sú len spresnením aktuálneho stavu, aby bol paragraf lepšie čitateľný. Túto pripomienku považujeme za zásadnú</p>			
<p><b>DÔVERA</b></p>	<p><b>K článku I bod 3 (§ 27 ods. 2 písm. h. bod 2.)</b>  V novelizačnom ustanovení § 27 ods. 2 písm. h) bod 2. sa uvádza pojem „ukončená hospitalizácia“. Tento pojem je v</p>	<p>Z</p>	<p>A</p>	

	<p>tomto ustanovení definovaný nejednoznačne. Podľa nášho názoru by sa malo jednať o riadok dávky 274b (vykazovanie výkonov v ústavnej zdravotnej starostlivosti), v ktorej je vykázaný dátum prepustenia z ústavnej zdravotnej starostlivosti, ktorý zdravotná poisťovňa akceptovala.</p> <p>Rovnako len z tohto riadku dávky by sa mal používať kód diagnózy pri prepustení. Pre účely identifikácie ukončenej hospitalizácie sa určuje aj trvanie hospitalizácie podľa údajov tejto dávky (podľa dátumov prijatia a prepustenia). Aj v kontexte na pojem „prepustenie z ústavnej starostlivosti“ používaný v zákone č. 576/2004 Z.z. by bolo potrebné pojem „ukončená hospitalizácia“ zrozumiteľnejšie zdefinovať, aby nevznikali pochybnosti. Túto pripomienku považujeme za zásadnú</p>			
<p><b>DÔVERA</b></p>	<p><b>K článku I bod 22, § 28 ods. 4 písm. g)</b>  V súvislosti s novelizačným bodom 22 v článku I návrhu zákona, ktorým sa vkladajú za písmeno d) nové písmena e) až g), navrhujeme v § 28 ods. 4 písm. g) vypustiť slová „dva roky“ a nahradiť slovami „tri roky“. Odôvodnenie: Aj farmaceuticko-nákladové skupiny sa pre výpočet modelu používajú z kalendárneho roka, ktorý 3 roky predchádza kalendárnemu roku, na ktorý sa vypočítajú indexy rizika. A toto je jeden zo základných princípov ex-ante prerozdelenia. Keďže pre mesačné prerozdelenie sa identifikuje riziková kategória z obdobia pred obdobiím, za ktorý sa prerozdeľuje príjem, tak aj pre výpočet modelu musí identifikácia rizikovej kategória byť z obdobia pred obdobiím, z ktorého do modelu</p>	<p>Z</p>	<p>A</p>	<p>V bode g) upravené „tri a štyri roky“, keďže pri pomôckach sa prihliada na obdobie dvoch rokov.</p>

	vstupujú náklady (čo pre náklady je kalendárny rok 2 roky pred rokom, na ktorý sa počítajú indexy). Túto pripomienku považujeme za zásadnú			
<b>DÔVERA</b>	<p><b>K článku I bod 22, § 28 ods. 4 písm. e)</b>  V súvislosti s novelizačným bodom 22 v článku I návrhu zákona, ktorým sa vkladajú nové písmena e) až g), navrhujeme v § 28 ods. 4 písm. e) vypustiť slová „dva roky“ a nahradiť slovami „tri roky“. Odôvodnenie: Aj farmaceuticko-nákladové skupiny sa pre výpočet modelu používajú z kalendárneho roka, ktorý 3 roky predchádza kalendárnemu roku, na ktorý sa vypočítajú indexy rizika. A toto je jeden zo základných princípov ex-ante prerozdelenia. Keďže pre mesačné prerozdelenie sa identifikuje riziková kategória z obdobia pred obdobím, za ktorý sa prerozdeľuje príjem, tak aj pre výpočet modelu musí identifikácia rizikovej kategória byť z obdobia pred obdobím, z ktorého do modelu vstupujú náklady (čo pre náklady je kalendárny rok 2 roky pred rokom, na ktorý sa počítajú indexy). Túto pripomienku považujeme za zásadnú.</p>	Z	A	
<b>DÔVERA</b>	<p><b>K článku I bod 19, § 27f ods. 7 písm. c)</b>  V zmysle novelizačného ustanovenia § 27f ods. 7 písm. c) (článok I bod 19) návrhu zákona zoznam nákladových skupín zdravotníckych pomôcok obsahuje zoznam nákladových skupín zdravotníckych pomôcok v rozsahu kód uhrádzanej zdravotníckej pomôcky a názov uhrádzanej zdravotníckej pomôcky. Uvedené znenie, že „zoznam nákladových skupín zdravotníckych pomôcok obsahuje zoznam nákladových</p>	Z	ČA	Text v písm. c) upravený, slová „nákladových skupín“ zo znenia písm. c) boli vypustené. Spolu s kódom zdravotníckej pomôcky sa bude uvádzať kód podskupiny podľa zoznamu zverejneného na webovom sídle MZSR: <a href="https://www.health.gov.sk/Clanok?zoznam-">https://www.health.gov.sk/Clanok?zoznam-</a>

	<p>skupín zdravotníckych pomôcok“ považujeme za nelogické. Okrem toho nesúhlasíme, aby sa uvádzali kódy uhrádzanej zdravotníckej pomôcky a názov uhrádzanej zdravotníckej pomôcky. Kódy jednotlivých zdravotníckych pomôcok sa často menia, keďže pribúdajú a práve kategorizácia ich zaraďuje do vecných skupín. Preto si myslíme, že práve tieto vecné skupiny sú vhodné na zaraďovanie do zoznamov, lebo tie sa nezvyknú často meniť. Túto pripomienku považujeme za zásadnú.</p>		<p>zdravotníckych-pomocok-na-mieru</p>
<p><b>DÔVERA</b></p>	<p><b>K článku II bod 2, §16 ods. 5 písm. f)</b>  Výmenu údajov podľa novelizačného ustanovenia § 16 ods. 5 písm. f) (článok II bod 2) navrhujeme uviesť mimo § 16 ods. 5. Podľa nášho názoru pôvodne zmyslom § 16 odseku 5 bolo, že nová zdravotná poisťovňa si vyžiada od pôvodnej zdravotnej poisťovne údaje o poistencoch pre účely zachovania kontinuity údajov o poskytnutej zdravotnej starostlivosti. Pre účely prerozdeľovania poistného údaje v navrhovanom rozsahu nie je vhodné uvádzať do odseku 5, nakoľko podľa návrhu sa majú údaje dávať za rok, ktorý dva roky predchádza danému roku, čo však nebude možné dodržať ak poistenec je jeden rok v jednej zdravotnej poisťovni a druhý rok je v inej zdravotnej poisťovni. Ďalej z pohľadu GDPR by bolo vhodné, aby ÚDZS mal kompetenciu určiť dátovú vetu na výmenu tých údajov medzi zdravotnými poisťovňami. Kľúčové tu bude ako sa zvolí výber rodných čísiel, t.j. či nová zdravotná poisťovňa pošle zoznam všetkých svojich nových poistencov do oboch zvyšných</p>	<p>Z ČA</p>	<p>Ustanovenie ponechané v § 16 ods. 5 (keďže sa týka výmeny údajov pri zmene zdravotnej poisťovne), iba upravené tak, aby sa týkalo údajov za tri roky spätne, ak ich má zdravotná poisťovňa ak dispozícií.</p>

	<p>zdravotných poisťovní alebo najprv dopytuje ÚDZS, v ktorej zdravotnej poisťovni boli tí poistenci poistení a vymaní si to s tou zdravotnou poisťovňou. Vychádzame z toho, že posledná zdravotná poisťovňa nemusí mať všetky údaje, ak podľa odseku 5 získala len časť údajov z pred 2 rokov. Túto pripomienku považujeme za zásadnú</p>			
<b>DÔVERA</b>	<p><b>K vyhláške, ktorou sa ustanovujú podrobnosti o výpočte indexu rizika nákladov</b>  Z materiálov nevyplýva, z akého dôvodu bolo zmenené súčasne znenie vyhlášky, ktoré zoraďuje FNS podľa nákladov očistených o vplyv demografie na jednoduché zoradenie podľa celkových nákladov. Nedáva zmysel z podobných dôvodov ako pre diagnostické skupiny. Podobne by to malo platiť aj pre zoradenie diagnosticko-nákladových skupín vo vyhláške, ako aj pre zoradenie skupín pomôcok, ktoré ani zoradenie vo vyhláške špecifikované nemajú. Túto pripomienku považujeme za zásadnú.</p>	Z		Bezpredmetné, ustanovenie o osobách so zdravotným postihnutím boli vypustené.
<b>DÔVERA</b>	<p><b>K článku I bod 3 (§ 27 ods. 2 písm. h. bod 2., 3., a 4)</b>  Z novelizačného ustanovenia § 27 ods. 2 písm. h) z bodov 2., 3. a 4. nevyplýva, ako postupovať, ak je hospitalizácií u toho istého poistenca viac. Túto pripomienku považujeme za zásadnú</p>	Z	A	Doplňený bod 5. Postup je upravený v navrhovanom § 27f ods. 5.
<b>DÔVERA</b>	<p><b>K článku I bod 3 (§ 27 ods. 2 písm. l. bod 2., 3., a 4)</b>  Z novelizačného ustanovenia § 27 ods. 2 písm. h) z bodov 2., 3. a 4. nevyplýva, ako postupovať, ak je zdravotníckych pomôcok u toho istého poistenca viac. Túto pripomienku</p>	Z	A	Doplňený bod 5. Postup je upravený v navrhovanom § 27f ods. 5.

	považujeme za zásadnú			
<b>DÔVERA</b>	<p><b>K článku I bod 19, § 27e ods. 4</b>  Z novelizačného ustanovenia § 27e ods. 4 nie je zrejmé k akému dátumu sa má vek poistenca pre zaradenie do nákladovej skupiny zdravotne postihnutých počítať. Túto pripomienku považujeme za zásadnú.</p>	Z		Ustanovenie bolo vypustené, pripomienka bezpredmetná.
<b>MFSR</b>	<p><b>Všeobecne</b>  Návrh je potrebné zosúladiť s prílohou č. 1 Legislatívnych pravidiel vlády SR (napríklad v názve návrhu zákona slová „o zmene a doplnení zákona č. 581/2004 Z. z.“ nahradiť slovami „ktorým sa mení a dopĺňa zákona č. 581/2004 Z. z.“, v čl. I úvodnej vete za slová „č. 101/2022“ vložiť skratku „Z. z.“, v bode 4 za slová „ods. 3“ vložiť slová „úvodnej vete“, v bodoch 4 a 7 slovo „95%“ nahradiť slovami „95 %“ a slovo „96%“ nahradiť slovami „96 %“, bod 5 preformulovať takto: „5. V § 27 ods. 8 písm. a) druhom bode sa na konci pripájajú tieto slová: „g), i) a k),““, v bode 12 § 27b ods. 4 písm. a) slová „prvej vety“ nahradiť slovami „časti vety pred bodkočiarkou“, v bode 17 § 27b ods. 10 slová „vo veku do dovŕšenia 18 rokov“ nahradiť slovami „do dovŕšenia 18 roku veku“, v bode 19 § 27d ods. 1 slová „je v zozname“ nahradiť slovami „je uvedená v zozname“, v § 27d ods. 3 slovo „pätnástich“ nahradiť číslom „15“, v § 27d ods. 10 a § 27f ods. 8 slová „zasielajú zdravotné poisťovne“ nahradiť slovami „zasiela zdravotná poisťovňa“ a slovo „stanovuje“ nahradiť slovom „ustanovuje“, v § 27e ods. 1 za slovom „poisťovní“ vypustiť čiarku ako nadbytočnú, v § 27e ods. 4</p>	O	A	

<p>slová „§ 27e ods. 1“ nahradit' slovami „odseku 1“, v § 27f ods. 4 za slová „v minimálnom počte“ vložit' slovo „mesiacov“, v § 27f ods. 5 slová „odseku 6“ nahradit' slovami „odseku 4“, v § 27f ods. 7 preformulovať písmeno c), pretože je nelogické, aby zoznam nákladových skupín zdravotníckych pomôcok obsahoval zoznam s rovnakým označením, v § 27f ods. 7 písm. d) slovo „dĺžka“ nahradit' slovom „dĺžku“, v bode 22 § 28 ods. 4 na konci písmen e) a f) bodku nahradit' čiarkou, v bode 24 § 28 ods. 8 slová „tieto slová:“ nahradit' slovom „slová“, v bode 27 vypustiť slová „v druhej vete“ ako nadbytočné, v súvislosti s vložením nového odseku 2 v § 28a v bode 30 je potrebné upraviť vnútorný odkaz v § 27 ods. 11 platného zákona, v bode 31 slová „ods. 4“ nahradit' slovami „ods. 5 písm. a) štvrtom bode“, v bodoch 32 a 33 slová „ods. 4“ nahradit' slovami „ods. 5“, v bode 32 § 28a ods. 4 písm. a) siedmom bode na konci za slovom „postihnutých“ bodku nahradit' čiarkou, v bode 34 úvodnej vete slová „odsek 4“ nahradit' slovami „odsek 5“, v bode 34 § 28a ods. 5 písm. c) tret'om bode, písm. e) tret'om bode a písm. f) tret'om bode na konci bodku nahradit' čiarkou, v bode 35 § 38ezc nadpise za slovo „úpravám“ vložit' slovo „účinným“, v § 38ezc ods. 1 za slovo „zákona“ vložit' slová „v znení účinnom od 1. novembra 2022“, v čl. II úvodnej vete slová „č. 125/52022 Z. z.“ nahradit' slovami „č. 125/2022 Z. z.“, v bode 1 § 16 ods. 2 písm. t) slová „skupiny osôb“ nahradit' slovami „nákladovej skupiny“, v bode 2 § 16 ods. 5 písm. f) piatom bode na konci za slovom „poukaze“ bodku nahradit' čiarkou, v bode 3 § 16 ods. 5 písm. i) štvrtom</p>		
---	--	--



	bode na konci za slovom „poisťovní“ bodku nahradiť čiarkou, v § 16 ods. 5 písm. j) vypustiť slová „(ďalej len „ukončená hospitalizácia““, pretože táto legislatívna skratka sa v návrhu zákona používa len raz, v poznámke pod čiarou k odkazu 35caa slová „ods. 4“ nahradiť slovami „ods. 1“, v osobitnej časti dôvodovej správy k čl. I bodu 19 v treťom odseku navrhujeme slová „(colníci) (FS SR)“ nahradiť slovami „(ozbrojení príslušníci finančnej správy) (FS)“).			
MFSR	<p><b>Všeobecne</b></p> <p>Upozorňujeme, že v predloženom materiáli je použitá neaktuálna verzia doložky vybraných vplyvov (ďalej len „doložka vplyvov“). Uznesením vlády SR č. 383 z 8. júna 2022 bola s účinnosťou od 10. júna 2022 schválená aktualizácia Jednotnej metodiky na posudzovanie vybraných vplyvov, ktorej súčasťou je aj aktualizovaná verzia doložky vplyvov. Ministerstvo zdravotníctva SR predložilo materiál do medzirezortného pripomienkového konania dňa 14. júna 2022.</p>	O	A	
MFSR	<p><b>Všeobecne</b></p> <p>Žiadame do doložky vplyvov doplniť ekonomický vplyv úpravy prerozdelenia mechanizmu poisťného na zdravotné poistenie na jednotlivé zdravotné poisťovne. Úprava súčasných a doplnenie nových parametrov pre zlepšenie predikčnej schopnosti modelu prerozdelenia mechanizmu poisťného na zdravotné poistenie síce celkové príjmy verejného zdravotného poistenia nezvyšuje, ale potenciálne môže prerozdeliť príjmy medzi jednotlivé</p>	Z	A	

	zdravotné poisťovne. V doložke vplyvov preto žiadame doplnenie odhadu tohto vplyvu.			
<b>MHSR</b>	<p><b>K Doložke vybraných vplyvov</b>  Odporúčame predkladateľovi aktualizovať Doložku vybraných vplyvov podľa nového formulára opäť aktualizovanej Jednotnej metodiky na posudzovanie vybraných vplyvov (ďalej JM), ktorá je zverejnená na stránke MH SR. Odôvodnenie: 8. júna 2022 schválila vláda SR svojim uznesením č. 383/2022 materiál "Návrh zmien a doplnení Jednotnej metodiky na posudzovanie vybraných vplyvov", ktorej súčasťou je aj nový formulár Doložky vybraných vplyvov. Uvedený materiál je uverejnený na stránke MH SR:  <a href="https://www.mhsr.sk/uploads/files/qqhdtNNW.docx">https://www.mhsr.sk/uploads/files/qqhdtNNW.docx</a>. Zmeny sú v časti 9. Vybrané vplyvy materiálu (vplyvy na rozpočet obcí a VÚC) a v časti 10. Poznámky (marginálne vplyvy).</p>	O	A	
<b>MHSR</b>	<p><b>K Doložke vybraných vplyvov</b>  Odporúčame predkladateľovi materiálu doplniť chýbajúce údaje v doložke v časti 1. "Základné údaje" - termíny predloženia na MPK a rokovania vlády SR. + doplniť chýbajúce údaje v doložke v časti 8. "Preskúmanie účelnosti" – časovú lehotu (rok) a kritériá, podľa ktorých je možné zhodnotiť, ako boli dosiahnuté stanovené ciele zákona po určitom časovom úseku. Odôvodnenie: Uvedené časti je potrebné uviesť podľa aktualizovanej Jednotnej metodiky na posudzovanie vybraných vplyvov, účinnej od 10.6. 2022.</p>	O	A	

<p><b>MHSR</b></p>	<p><b>K Doložke vybraných vplyvov</b>  Odporúčame predkladateľovi uviesť a popísať v časti 10. "Poznámky" potenciálne a marginálne vplyvy na podnikateľské prostredie. Odôvodnenie: Negatívny vplyv môže vzniknúť pri administratívnej záťaži, v ktorej je potreba reportovania podrobných informácií, napríklad v § 16 ods. 5.</p>	<p>O</p>	<p>A</p>	<p>Podľa záverov Európskej komisie z 15. 10. 2014, podľa ktorého v slovenskom systéme zdravotného poistenia prevládajú sociálne ciele, jedná sa o systém založený najmä na zásade solidarity, pričom Komisia dospela k záveru, že dotknuté činnosti (výkon verejného zdravotného poistenia) nemajú ekonomickú povahu. Preto nie je možné považovať prostredie, v ktorom zdravotné poisťovne pôsobia, za podnikateľské prostredie.</p>
<p><b>MIRRI SR</b></p>	<p><b>K vlastnému materiálu</b>  Celý materiál žiadame upraviť tak, že namiesto rodného čísla poistenca sa v príslušných registroch/zoznamoch bude evidovať „identifikátor fyzickej osoby" podľa osobitného predpisu. Osobitným predpisom je v tomto prípade § 3 písm. n) zákona č. 305/2013 Z. z. o elektronickej podobe výkonu pôsobnosti orgánov verejnej moci a o zmene a doplnení niektorých zákonov (zákon o e-Governmente) v znení zákona č. 273/2015 Z. z. ODÔVODNENIE: Návrh zákona žiadame upraviť v súlade so zákonom o e-Governmente, a to v záujme zabezpečenia vysokej dátovej kvality, aktuálnosti, spoľahlivosti údajov evidovaných v IS, tiež v záujme dosiahnutia interoperability, vytvorenia podmienok pre dôsledné plnenie povinností stotožňovania a referencovania údajov, a to aj v súlade s Európskou dátovou stratégiou a súvisiacimi právne záväznými aktmi na úrovni EÚ.</p>	<p>Z</p>	<p>N</p>	<p>Tento zákon bežne používa pojem rodné číslo napr. náležitosť prihlášky, preukazu poistenca, výkazu nedoplatkov, žiadosti na úhradu neodkladnej ZS a atď. Uvádza sa v ustanoveniach o oznamovacích povinnosti poistencov, platiteľov alebo samotných ZP, je to dátová požiadavka pri prerozdeľovaní a atď. Na rozporovom rokovaní zo dňa 26. júla 2022 MIRRI ponecháva na zvážení predkladateľa úpravu, nakoľko v mnohých ustanoveniach sa používa iba rodné číslo bez uvedenia mena a priezviska.</p>

<p><b>MKSR</b></p>	<p><b>Čl. II bod 3</b>  V navrhovanom znení § 16 ods. 5 písm. i) bod 3 odporúčame číselné označenie odkazu 35caa uviesť horným indexom.  Odôvodnenie: Ide o legislatívno-technickú pripomienku.</p>	<p>O</p>	<p>A</p>	
<p><b>MOSR</b></p>	<p><b>Čl. I - body 4 a 7</b>  Body 4 a 7 odporúčame spojiť do jedného bodu v tomto znení: „4. V § 27 ods. 3 a § 27a ods. 3 sa slová „95 %“ nahrádzajú slovami „96 %“.</p>	<p>O</p>	<p>A</p>	
<p><b>MOSR</b></p>	<p><b>Všeobecne</b>  Návrh zákona treba zosúladiť s prílohou č. 1 Legislatívnych pravidiel vlády Slovenskej republiky (ďalej len „príloha k legislatívnym pravidlám“). Napríklad: - v názve návrhu zákona slová „a o zmene a doplnení zákona č. 581/2004 Z. z.“ nahradiť slovami „ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 581/2004 Z. z.“ v súlade s bodom 29.1. prílohy k legislatívnym pravidlám, - v úvodnej vete čl. I za slová „zákona č. 101/2022“ vložiť slová „Z. z.“, - v bode 19 - § 27d ods. 3 slovo „pätnástich“ nahradiť číslicou „15“ v súlade s bodom 6 prílohy k legislatívnym pravidlám, - v bode 19 - § 27e ods. 4 slová „§ 27e ods. 1“ nahradiť slovami „odseku 1“, - v bode 29 slová „v odsekoch 4 písm. a) až g), 9 a 10“ nahradiť slovami „v odseku 4 písm. a) až g) a odsekoch 9 a 10“. - v bode 31 slová „ods. 4“ nahradiť slovami „ods. 5 písm. a) štvrtom bode“, - v bodoch 32 a 33 slová „ods. 4“ nahradiť slovami „ods. 5“, - v bode 34 slová „odsek 4“ nahradiť slovami „odsek 5“.</p>	<p>O</p>	<p>A</p>	

<b>MOSR</b>	<b>Čl. III</b> Odporúčame zväžiť zmenu termínu účinnosti návrhu zákona vzhľadom na dĺžku legislatívneho procesu a harmonogram schôdzí Národnej rady Slovenskej republiky.	O	A	
<b>MOSR</b>	<b>Čl. I - bod 35</b> V nadpise § 38ezc odporúčame, vzhľadom na dĺžku legislatívneho procesu a harmonogram schôdzí Národnej rady Slovenskej republiky, zväžiť zmenu termínu 1. november 2022. Súčasne odporúčame upraviť aj slová „31. októbra 2022“.	O	A	
<b>MPRVSR</b>	<b>K čl. I 19. bodu</b> V § 27d navrhujeme v odseku 10 druhej vete slová „Návrh musí obsahovať“ nahradiť slovami „Návrh na zmenu zoznamu diagnostických skupín musí obsahovať“.	O	A	
<b>MPRVSR</b>	<b>K čl. I 19. bodu</b> V § 27f navrhujeme v odseku 8 druhej vete slová „Návrh musí obsahovať“ nahradiť slovami „Návrh na zmenu zoznamu nákladových skupín zdravotníckych pomôcok musí obsahovať“.	O	A	
<b>MPSVRSR</b>	<b>K doložke vybraných vplyvov</b> Odporúčame predkladateľovi zhodnotiť, akým spôsobom v porovnaní so súčasným stavom môže schválenie predloženého materiálu ovplyvniť zmenu úhrad fyzických osôb za lieky, zdravotnícke pomôcky a za poskytovanú zdravotnú starostlivosť, ako aj zhodnotiť, akým spôsobom	O	A	

	<p>predložený materiál mení prístup fyzických osôb k liekom, zdravotníckym pomôckam a k zdravotnej starostlivosti. V prípade, ak schválenie materiálu mení súčasný stav v danej oblasti, potom je potrebné v doložke vybraných vplyvov v bode 9. Vybrané vplyvy materiálu označiť existenciu sociálnych vplyvov a vypracovať separátnu analýzu sociálnych vplyvov, kde v bode 4.1 odporúčame opísať ako predložený materiál ovplyvní hospodárenie dotknutých domácností a v bode 4.2 ako predložený materiál ovplyvní prístup k zdrojom, právam, tovarom a službám.</p> <p>Odôvodnenie: Cieľom predloženého materiálu je rozšírenie indexov rizika o diagnosticko-nákladové skupiny, skupiny zdravotníckych pomôcok a skupiny osôb so zdravotným postihnutím, ktoré majú zlepšiť predikčnú schopnosť súčasného výpočtu prerozdelenia mechanizmu. Z uvedeného však nie je jasné, ako v porovnaní so súčasným stavom ovplyvní schválenie predloženého materiálu ceny liekov, zdravotníckych pomôcok a zdravotnej starostlivosti hradených fyzickou osobou a ako ovplyvní prístup fyzických osôb k liekom, zdravotníckym pomôckam a zdravotnej starostlivosti.</p>			
MSSR	<p><b>K čl. I bod 32 (§ 28a ods. 4)</b>  Ponechávame na zváženie predkladateľa upraviť úvodnú vetu tak, že slová „piatym až siedmym bodom“ sa nahradia slovami „bodmi 5 až 7“. Ide o analógiu v nadväznosti na legislatívnu techniku odporúčanú v bode 31 Prílohy č. 1 k Legislatívnym pravidlám vlády Slovenskej republiky.</p>	O	A	

MSSR	<p><b>K čl. I bod 8 (§ 27a ods. 9)</b>  Ponechávame na zváženie predkladateľa upraviť úvodnú vetu tak, že slová „tretí bod až piaty bod“ sa nahradia slovami „nové body 3 až 5“. Ide o analógiu v nadväznosti na legislatívnu techniku odporúčanú v bode 32 Prílohy č. 1 k Legislatívnym pravidlám vlády Slovenskej republiky.</p>	O	A	
MSSR	<p><b>K čl. I bod 4 (§ 27 ods. 3) a bod 7 (§ 27a ods. 3)</b>  Slová „95%“ je potrebné upraviť do tvaru „95 %“. To platí aj pri slovách „96%“.</p>	O	A	
MSSR	<p><b>K čl. I bod 35 (§ 38ezc)</b>  V nadpise pod § 38ezc je potrebné za slová „k úpravám“ vložiť slovo „účinným“. Porov. bod 25.2 Prílohy č. 1 k Legislatívnym pravidlám vlády Slovenskej republiky.</p>	O	A	
MSSR	<p><b>K informatívnemu návrhu vykonávacích predpisov</b>  V návrhu vyhlášky Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa ustanovujú podrobnosti o výpočte indexu rizika nákladov, je potrebné v nadpise vypustiť za číslom „2022“ slová „Z. z.“ z dôvodu nadbytočnosti. Obdobne v návrhu vyhlášky Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa ustanovuje index rizika nákladov na zdravotnú starostlivosť za rok 2023.</p>	O	A	
MŠVVaŠSR	<p><b>všeobecne</b>  Odporúčame návrh zákona upraviť legislatívno-technicky, napríklad - v názve zákona slová "o zmene a doplnení zákona" nahradit' slovami "ktorým sa mení a dopĺňa zákon", -</p>	O	A	

	v čl. I úvodnej vete za slová "č. 101/2022" vložiť skratku "Z. z.", - v čl. I bode 22 § 28 ods. 4 písm. e) štvrtom bode na konci bodku nahradiť čiarkou; rovnakú pripomienku uplatňujeme aj k písm. f) štvrtému bodu, v bode 34, v čl. II bodoch 2 a 3, - v čl. I bode 32 úvodnej vete za slovo "piatym" vložiť slovo "bodom", - v čl. II úvodnej vete číslo "125/52022" nahradiť číslom "125/2022".			
<b>MŠVVaŠSR</b>	<b>nad rámec návrhu</b> Žiadame vložiť nový novelizačný bod 1, ktorý by znel: "1. V § 3 ods. 3 písm. d) slová "viazaná alebo" nahradiť slovami "viazaná, študent, ktorému sa poskytuje štipendium zo štipendijného programu vytvoreného so súhlasom vlády Slovenskej republiky alebo".". Odôvodnenie: Žiadame doplniť, aby aj študenti v rámci programov schválených vládou Slovenskej republiky boli verejne zdravotne poistení ako poistenci štátu. Cieľom navrhovanej úpravy je zatriktívnenie štipendií podľa Plánu obnovy a odolnosti Slovenskej republiky. Túto pripomienku považuje MŠVVaŠ SR za zásadnú.	Z	N	Nad rámec novely. Novela rieši úpravu prerozdelenia mechanizmu, nie vstup osôb do systému verejného zdravotného poistenia. Na rokovaní na úrovni ministrov bolo dohodnuté, že MŠVVaŠSR pri tomto návrhu zákona na pripomienke netrvá a prehodnocuje ju na obyčajnú pripomienku. O pripomienky, ak bude vznesená k materiálu - <a href="https://www.slov-lex.sk/legislativne-procesy/SK/LP/2022/446">https://www.slov-lex.sk/legislativne-procesy/SK/LP/2022/446</a> , budeme ďalej diskutovať.
<b>OAPSVLÚVSR</b>	<b>Nad rámec návrhu zákona:</b> 1. Upozorňujeme predkladateľa, že podľa databázy EUR-Lex a Themis, boli do zákona č. 580/2004 Z. z. transponované aj tieto smernice, ktoré nie sú súčasťou jeho transpozičnej prílohy: - smernica Rady 2000/78/ES z 27. novembra 2000, ktorá ustanovuje všeobecný rámec pre rovnaké zaobchádzanie v zamestnaní a povolani (Mimoriadne vydanie Ú. v. EÚ, kap. 5/zv.4; Ú. v. ES L 303, 2.12.2000), - smernica	O	A	



<p>Rady 2009/13/ES zo 16. februára 2009 , ktorou sa vykonáva Dohoda uzavretá Združením vlastníkov lodí Európskeho spoločenstva (ECSA) a Európskou federáciou pracovníkov v doprave (ETF) o Dohovore o pracovných normách v námornej doprave z roku 2006 a ktorou sa mení a dopĺňa smernica 1999/63/ES (Ú. v. EÚ L 124, 20.5.2009), - smernica Európskeho parlamentu a Rady 2011/95/EÚ z 13. decembra 2011 o normách pre oprávnenie štátnych príslušníkov tretej krajiny alebo osôb bez štátneho občianstva mať postavenie medzinárodnej ochrany, o jednotnom postavení utečencov alebo osôb oprávnených na doplnkovú ochranu a o obsahu poskytovanej ochrany (Ú. v. EÚ L 337, 20.12.2011), - smernica Európskeho parlamentu a Rady 2014/36/EÚ z 26. februára 2014 o podmienkach vstupu a pobytu štátnych príslušníkov tretích krajín na účel zamestnania ako sezónni pracovníci (Ú. v. EÚ L 94, 28.3.2014), - smernica Európskeho parlamentu a Rady 2014/66/EÚ z 15. mája 2014 o podmienkach vstupu a pobytu štátnych príslušníkov tretích krajín v rámci vnútropodnikového presunu (Ú. v. EÚ L 157, 27.5.2014), - smernica Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/801 z 11. mája 2016 o podmienkach vstupu a pobytu štátnych príslušníkov tretích krajín na účely výskumu, štúdia, odborného vzdelávania, dobrovoľníckej služby, výmenných programov žiakov alebo vzdelávacích projektov a činnosti aupair (Ú. v. EÚ L 132, 21.5.2016). Žiadame preto predkladateľa o objasnenie, či bol zákon č. 580/2004 Z. z. notifikovaný Európskej komisii ako ich transpozičné</p>		
---	--	--

	opatrenie, a následne vysvetlenie, prečo nie sú uvádzané smernice súčasťou transpozičnej prílohy k zákonu č. 580/2004 Z. z..			
OAPSVLÚVSR	<p><b>K doložke zlučiteľnosti:</b></p> <p>1. V bode 3 písm. b) doložky zlučiteľnosti žiadame upraviť citáciu prvého uvádzaného 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. 5/zv. 5; Ú. v. EÚ L 166, 30.4.2004) v platnom znení“.</p>	O	A	
OAPSVLÚVSR	<p><b>K osobitnej časti dôvodovej správy:</b></p> <p>1. Žiadame predkladateľa, aby prepracoval osobitnú časť dôvodovej správy tak, aby odôvodnenia k jednotlivým bodom neobsahovali iba opis, resp. prepis znenia z návrhu zákona. Táto požiadavka vyplýva z § 7 ods. 2 zákona č. 400/2015 Z. z. o tvorbe právnych predpisov a o Zbierke zákonov Slovenskej republiky a o zmene a doplnení niektorých zákonov a z čl. 19 ods. 4 Legislatívnych pravidiel vlády SR, kde je ustanovené, že osobitná časť dôvodovej správy obsahuje vecné odôvodnenie jednotlivých navrhovaných ustanovení – teda obsahuje vysvetlenie, prečo sú jednotlivé ustanovenia navrhované v takomto znení. Jedná sa najmä o osobitnú časť dôvodovej správy k čl. I bod 19 predkladaného návrhu zákona.</p>	O	A	
OAPSVLÚVSR	<p><b>K doložke zlučiteľnosti:</b></p> <p>2. V bode 3 písm. b) doložky zlučiteľnosti žiadame k</p>	O	A	

	smernici 2011/24/EÚ v platnom znení, doplniť za uvádzaný publikačný zdroj dodatok „v platnom znení“.			
OAPSVLÚVSR	<b>K doložke zlučiteľnosti:</b> 3. V súvislosti s vyplneným bodom 3 písm. b) doložky zlučiteľnosti žiadame náležite vyplniť aj bod 4 písm. a) a c) doložky zlučiteľnosti.	O	A	
SAIA	<b>§ 3 a § 11</b> 1. V § 3 ods. 3 písm. d) sa znenie odseku mení takto: „je žiak alebo študent študujúci na škole v Slovenskej republike, a to za rovnakých podmienok ako fyzické osoby poistené podľa § 3 ods. 2, ktoré sú zároveň v postavení žiaka, študenta alebo študenta doktorandského štúdia podľa predpisov platných v Slovenskej republike,“; 2. V § 3 ods. 3 sa za písm. k) vkladá nové písmeno l) v znení: „je poberateľ štipendia financovaného v rámci programu, ktorého vytvorenie schválila vláda Slovenskej republiky, alebo ktoré sa realizujú na základe medzinárodných zmlúv alebo v rámci programov Európskej únie, alebo ktorý sa realizuje podľa osobitného predpisuXX), a to ak dĺžka jeho pobytu na území Slovenskej republiky, počas ktorej je zároveň poberateľom štipendia, je najmenej jeden mesiac“; pričom nová poznámka pod čiarou XX) je v znení: „XX) § 94a zákona 131/2002 Z. z. v znení neskorších predpisov“; 3. V § 11 ods. 7 sa znenie písm. h) mení takto: „žiaka alebo študenta študujúceho na škole v Slovenskej republike, a to za rovnakých podmienok ako fyzické osoby poistené podľa § 3 ods. 2, ktoré sú zároveň v postavení žiaka, študenta alebo študenta doktorandského	Z	N	Nad rámec novely. Novela rieši úpravu prerozdeľovacieho mechanizmu, nie vstup osôb do systému verejného zdravotného poistenia

štúdiá podľa predpisov platných v Slovenskej republike,“; 4. V § 11 ods. 7 sa za písm. v) vkladá nové písm. w) v znení: „poberateľa štipendia financovaného v rámci programu, ktorého vytvorenie schválila vláda Slovenskej republiky, alebo ktoré sa realizujú na základe medzinárodných zmlúv alebo v rámci programov Európskej únie, alebo ktorý sa realizuje podľa osobitného predpisuXX), a to ak dĺžka jeho pobytu na území Slovenskej republiky, počas ktorej je zároveň poberateľom štipendia, je najmenej jeden mesiac“.

Zdôvodnenie: Navrhované zmeny v bodoch 1. a 3. súvisia s naplnením Opatrenia 4.2.5 Stratégie internacionalizácie vysokého školstva do roku 2030, schválenej uznesením vlády SR č. 731 z 8. 12. 2021. Viaceré štúdie v rôznych krajinách ukazujú na ekonomické prínosy zahraničných študentov pre domácu ekonomiku, napr. Fínsko (<https://www.oph.fi/en/statistics-and-publications/publications/facts-express4b2014-what-do-we-know-about-economic-impact>), Španielsko (<https://monitor.icef.com/2019/06/economicimpact-of-foreign-students-in-spain-estimated-at-e2-2-billion/>), Česko (<http://www.msmt.cz/vzdelavani/vysoke-skolstvi/ipn-kredo-kvalita-relevance-efektivita-diverzifikace-a-konkretne-cast-podkladov-pre-strategicke-rozhodovanie-ceskeho-ministerstva-skolstva-pre-oblast-internationalizacie>) a pod. Zároveň študenti – cudzinci vzhľadom na relatívne mladý vek a s tým súvisiacu predpokladanú nízku chorobnosť (porovnateľnú s rovnakou populáciou slovenských študentov v obdobnom veku) by nemali predstavovať zvýšenú finančnú záťaž pre

	<p>system verejného zdravotného poistenia, teda výdavky z poistného. Zároveň navrhované zmeny v bodoch 2. a 4. so zvýšením atraktivity pobytov cudzincov v rámci štipendijných schém, ktoré sú financované aj jednostrannými štipendiami ponúkanými vládou SR alebo ministerstvom školstva, a teda ide o zrovnoprávnenie postavenia takýchto štipendistov s osobami, ktoré prichádzajú na pobyty v rámci medzinárodných zmlúv, keďže v oboch prípadoch ide o záujem SR prilákať cudzincov na Slovensko (pozri bod B.1 uznesenia vlády SR č. 731 z 8. 12. 2021). Účelom tejto navrhovanej úpravy je tiež zatraktívnenie štipendií podľa Plánu obnovy a odolnosti SR. Zároveň, aby nedochádzalo k zbytočnej administrácii pri krátkych pobytoch, navrhuje sa aplikovať toto povinné zdrav. poistenie až pri pobytoch trvajúcich nad 1 mesiac.</p>			
<p><b>SAIA</b></p>	<p><b>čl. I</b> OPRAVA k už podanej pripomienke (v už podanej pripomienke sme zabudli identifikovať, že ide o návrh k čl. I predkladanej novely): Navrhujeme čl. I doplniť o nové body, ktorými sa upravia § 3 a § 11 zákona č. 580/2004 Z. z. takto: 1. V § 3 ods. 3 písm. d) sa znenie odseku mení takto: „je žiak alebo študent študujúci na škole v Slovenskej republike, a to za rovnakých podmienok ako fyzické osoby poistené podľa § 3 ods. 2, ktoré sú zároveň v postavení žiaka, študenta alebo študenta doktorandského štúdia podľa predpisov platných v Slovenskej republike,“; 2. V § 3 ods. 3 sa za písm. k) vkladá nové písmeno l) v znení: „je poberateľ štipendia</p>	<p>Z</p>	<p>N</p>	<p>Nad rámec novely. Novela rieši úpravu prerozdelenia mechanizmu, nie vstup osôb do systému verejného zdravotného poistenia.</p>

financovaného v rámci programu, ktorého vytvorenie schválila vláda Slovenskej republiky, alebo ktoré sa realizujú na základe medzinárodných zmlúv alebo v rámci programov Európskej únie, alebo ktorý sa realizuje podľa osobitného predpisuXX), a to ak dĺžka jeho pobytu na území Slovenskej republiky, počas ktorej je zároveň poberateľom štipendia, je najmenej jeden mesiac“; pričom nová poznámka pod čiarou XX) je v znení: „XX) § 94a zákona 131/2002 Z. z. v znení neskorších predpisov“; 3. V § 11 ods. 7 sa znenie písm. h) mení takto: „žiaka alebo študenta študujúceho na škole v Slovenskej republike, a to za rovnakých podmienok ako fyzické osoby poistené podľa § 3 ods. 2, ktoré sú zároveň v postavení žiaka, študenta alebo študenta doktorandského štúdia podľa predpisov platných v Slovenskej republike,“; 4. V § 11 ods. 7 sa za písm. v) vkladá nové písm. w) v znení: „poberateľa štipendia financovaného v rámci programu, ktorého vytvorenie schválila vláda Slovenskej republiky, alebo ktoré sa realizujú na základe medzinárodných zmlúv alebo v rámci programov Európskej únie, alebo ktorý sa realizuje podľa osobitného predpisuXX), a to ak dĺžka jeho pobytu na území Slovenskej republiky, počas ktorej je zároveň poberateľom štipendia, je najmenej jeden mesiac“. --

-----  
Zdôvodnenie: Navrhované zmeny v bodoch 1. a 3. súvisia s naplnením Opatrenia 4.2.5 Stratégie internacionalizácie vysokého školstva do roku 2030, schválenej uznesením vlády SR č. 731 z 8. 12. 2021. Viaceré štúdie v rôznych krajinách ukazujú na ekonomické prínosy zahraničných študentov pre

<p>domácu ekonomiku, napr. Fínsko (<a href="https://www.oph.fi/en/statistics-and-publications/publications/facts-express4b2014-what-do-we-know-about-economic-impact">https://www.oph.fi/en/statistics-and-publications/publications/facts-express4b2014-what-do-we-know-about-economic-impact</a>), Španielsko (<a href="https://monitor.icef.com/2019/06/economicimpact-of-foreign-students-in-spain-estimated-at-e2-2-billion/">https://monitor.icef.com/2019/06/economicimpact-of-foreign-students-in-spain-estimated-at-e2-2-billion/</a>), Česko (<a href="http://www.msmt.cz/vzdelavani/vysoke-skolstvi/ipn-kredo-kvalita-relevance-efektivita-diverzifikace-a">http://www.msmt.cz/vzdelavani/vysoke-skolstvi/ipn-kredo-kvalita-relevance-efektivita-diverzifikace-a</a> - konkrétne časť podkladov pre strategické rozhodovanie českého ministerstva školstva pre oblasť Internacionalizácie) a pod. Zároveň študenti – cudzinci vzhľadom na relatívne mladý vek a s tým súvisiacu predpokladanú nízku chorobnosť (porovnateľnú s rovnakou populáciou slovenských študentov v obdobnom veku) by nemali predstavovať zvýšenú finančnú záťaž pre systém verejného zdravotného poistenia, teda výdavky z poistného. Zároveň navrhované zmeny v bodoch 2. a 4. so zvýšením atraktivity pobytov cudzincov v rámci štipendijných schém, ktoré sú financované aj jednostrannými štipendiami ponúkanými vládou SR alebo ministerstvom školstva, a teda ide o zrovnoprávnenie postavenia takýchto štipendistov s osobami, ktoré prichádzajú na pobyty v rámci medzinárodných zmlúv, keďže v oboch prípadoch ide o záujem SR prilákať cudzincov na Slovensko (pozri bod B.1 uznesenia vlády SR č. 731 z 8. 12. 2021). Účelom tejto navrhovanej úpravy je tiež zatriktívnenie štipendií podľa Plánu obnovy a odolnosti SR. Zároveň, aby nedochádzalo k zbytočnej administrácii pri krátkych pobytoch, navrhuje sa aplikovať toto povinné zdrav. poistenie až pri pobytoch</p>			
--	--	--	--

	trvajúcich nad 1 mesiac.			
<b>Union ZP</b>	<p><b>§ 27 ods. 3</b> Navrhujeme ponechať pôvodných 95%- Odôvodnenie: Súčasný systém je fungujúci motivačný nástroj na efektívne vymáhanie dlžného poistného. V prípade zníženia podielu, ktorý prináleží zdravotnej poisťovni sa zníži ekonomická motivácia na takéto kroky a to napríklad v prípadoch samostatne zárobkovo činných osôb, kde sú platené odvody z minimálneho základu a kde je práve podiel neuhradeného poistného vysoký. V konečnom dôsledku to bude znamenať pokles príjmov do zdravotného poistenia bez zlepšenia prerozdelenieho mechanizmu.</p>	Z	N	Súčasná úroveň úspešnosti výberu poistného všetkých zdravotných poisťovní je vyššia ako 96 %, preto je požiadavka na prerozdelenie sumy 96 % z vybraného poistného akceptovateľná. Súčasná úroveň úspešnosti výberu poistného všetkých zdravotných poisťovní je vyššia ako 96 %, preto je požiadavka na prerozdelenie sumy 96 % z vybraného poistného akceptovateľná. Predmetom prerozdelenia by mali byť všetky vybrané finančné prostriedky, preto sa % odvíja od úspešnosti výberu poistného, nakoľko každá ZP dosiahla úspešnosť cez 96%. Ak by úspešnosť zdravotných poisťovní bola 100%, potom by sa 100% malo prerozdeľovať. Nižšie % ako 100% je v prerozdelenom mechanizme preto, aby zdravotné poisťovne boli motivované vyberať poistné od platiteľov poistného.
<b>Union ZP</b>	<p><b>§ 27ds ods. 1</b> Navrhujeme vypustiť časť definície: „umožňuje odhadnúť budúce náklady na poskytovanú zdravotnú starostlivosť poistenca s diagnózou uvedenou v zozname diagnostických skupín“. Odôvodnenie: Táto časť definície diagnostickej skupiny nemá žiadnu výpovednú hodnotu ani relevanciu, na</p>	O	N	Uvedená formulácia sa používa od roku 2012.



	základe nej nie je možné dodefinovať alebo určiť diagnostickú skupinu.			
<b>Union ZP</b>	<p><b>§ 28 ods. 16</b>  § 28 ods. 16 znie: „Všeobecne záväzný právny predpis, ktorý vydá ministerstvo zdravotníctva po dohode s Ministerstvom financií Slovenskej republiky a zdravotnými poisťovňami, ustanoví...“ Odôvodnenie: Navrhujeme doplniť zdravotné poisťovne ako subjekty, ktoré participujú na príprave vykonávacích predpisov podľa ods. 16., keďže ich považujeme za podstatné subjekty, ktoré sa musia podieľať na príprave vykonávacích predpisov.</p>	O	N	Zdravotná poisťovňa nie je zákonodarca a preto nemôže byť určená zákonom ako subjekt, ktorého súhlas je potrebný na vydanie všeobecne záväzného právneho predpisu.
<b>Union ZP</b>	<p><b>§ 38 ezc, ods. 3</b>  Navrhujeme doplniť ods. 3, ktorý by upravoval povinnosť poskytnúť údaje podľa § 28 ods. 4 pre účely výpočtu indexov nákladov po nadobudnutí účinnosti tejto novely, najskôr však mesiac po vydaní novelizovanej vyhlášky, ktorou sa ustanovujú dátové rozhrania na zasielanie údajov.</p>	Z	A	Prechodnú ustanovenie doplnené.
<b>Union ZP</b>	<p><b>§ 2 vyhlášky, ktorou sa ustanovujú podrobnosti o kritériách na zaradenie farmaceuticko-nákladovej skupiny, diagnostickej nákladovej skupiny a nákladovej skupiny zdravotníckych pomôcok do zoznamu farmaceuticko-nákladových skupín, diagnosticko-nákladových skupín a nákladových skupín zdravotníckych pomôcok a na jej vyradenie z tohto zoznamu</b>  Navrhujeme doplniť prechodné ustanovenie, ktoré by</p>	Z	N	Uvedené priamo v zákone v prechodnom ustanovení.

	upravovalo, že zdravotná poisťovňa postupuje podľa tejto vyhlášky prvýkrát pri vykonávaní mesačného prerozdelenia poistného v marci 2023 za mesiac január 2023 a pri ročnom prerozdeľovaní poistného za rok 2023, ktoré sa vykoná v roku 2024.			
<b>Union ZP</b>	<p><b>§ 3 vyhlášky, ktorou sa ustanovujú podrobnosti o zaradovaní poistencov do farmaceuticko-nákladových skupín</b></p> <p>Navrhujeme doplniť prechodné ustanovenie, ktoré by upravovalo, že zdravotná poisťovňa postupuje podľa tejto vyhlášky prvýkrát pri vykonávaní mesačného prerozdelenia poistného v marci 2023 za mesiac január 2023 a pri ročnom prerozdeľovaní poistného za rok 2023, ktoré sa vykoná v roku 2024.</p>	Z	N	Uvedené priamo v zákone v prechodnom ustanovení.
<b>Union ZP</b>	<p><b>§ 27b ods. 4 písm. a) a b)</b></p> <p>Navrhujeme ponechať doterajšie znenie písm. a) a b).</p> <p>Odôvodnenie: Nie sme za vylúčenie podmienky o potrebnom zvýšení koeficientu determinácie parametrom farmaceuticko-nákladovej skupiny – táto podmienka zabezpečuje, že model obsahuje parametre, ktoré sú nielen štatisticky významné (čo sa nejaví ako dostatočná podmienka pri takejto veľkosti dátovej vzorky), ale ktoré zmysluplne “presúvajú peniaze” medzi poistencami, a teda zlepšujú prerozdelenie. Má zmysel diskutovať o zlepšení tejto podmienky, napríklad zmene „koeficientu determinácie“ na „upravený koeficient determinácie“ alebo úprave súčasnej hodnoty 0,01% zlepšenia na nižšiu hodnotu, ale úplné vylúčenie tejto</p>	Z	N	Tak ako boli doteraz počítané body a) a b) nie je vhodný spôsob hľadania nakoľko pre každú farmaceuticko-nákladovú skupinu boli body a) a b) počítané za prítomnosti všetkých ostatných farmaceuticko-nákladových skupín a teda nebol zohľadnený efekt ich simultánneho vylúčenia z modelu. Bod b) bol nahradený sekvenčnou formou. Nerozumieme prečo práve koeficient determinácie by mal zohľadňovať „zmysluplné presúvanie peňazí“ a navrhovaný F test nie, keďže F test testuje s akou pravdepodobnosťou by

	podmienky povedie podľa nášho názoru skôr k horšiemu nastaveniu prerozdelenia mechanizmu.			pozorované zvýšenie koeficientu determinácie bolo spôsobené náhodou ak by skúmaná farmaceuticko-nákladová skupina neprinášala žiadnu informáciu o budúcich nákladoch.
<b>Union ZP</b>	<p><b>§ 27a ods. 3</b> Navrhujeme ponechať pôvodných 95%. Odôvodnenie: Súčasný systém je fungujúci motivačný nástroj na efektívne vymáhanie dlžného poistného. V prípade zníženia podielu, ktorý prináleží zdravotnej poisťovni sa zníži ekonomická motivácia na takéto kroky a to napríklad v prípadoch samostatne zárobkovo činných osôb, kde sú platené odvody z minimálneho základu a kde je práve podiel neuhradeného poistného vysoký. V konečnom dôsledku to bude znamenať pokles príjmov do zdravotného poistenia bez zlepšenia prerozdelenia mechanizmu.</p>	Z	N	Súčasná úroveň úspešnosti výberu poistného všetkých zdravotných poisťovní je vyššia ako 96 %, preto je požiadavka na prerozdelenie sumy 96 % z vybraného poistného akceptovateľná. Súčasná úroveň úspešnosti výberu poistného všetkých zdravotných poisťovní je vyššia ako 96 %, preto je požiadavka na prerozdelenie sumy 96 % z vybraného poistného akceptovateľná. Predmetom prerozdelenia by mali byť všetky vybrané finančné prostriedky, preto sa % odvíja od úspešnosti výberu poistného, nakoľko každá ZP dosiahla úspešnosť cez 96%. Ak by úspešnosť zdravotných poisťovní bola 100%, potom by sa 100% malo prerozdelať. Nižšie % ako 100% je v prerozdelenom mechanizme preto, aby zdravotné poisťovne boli motivované vyberať poistné od platiteľov poistného.
<b>Union ZP</b>	<p><b>§ 28 ods. 4 písm. g)</b> Navrhujeme slová „dva roky“ nahradiť slovami „tri a štyri</p>	Z	A	Jedná sa o preklep v pôvodne predkladanom znení – tak ako uvádza

	<p>roky“. Odôvodnenie: Pri nákladových skupinách zdravotníckych pomôcok je potrebné poskytnúť dáta až za 2 roky (dáta za roky, ktoré predchádzajú 3 a 4 roky kalendárnemu roku, na ktorý sa vypočítava index rizika nákladov), keďže vyhláška určuje, že pri niektorých pomôckach bude na zaradenie potrebné sledovať obdobie až 2 rokov. V súčasnosti sa uvádza v návrhu zákona len jeden rok dát o zdravotníckych pomôckach.</p>			<p>pripomienka, údaje majú pochádzať z 3 rokov pred kalendárnym rokom, na ktorý sa vypočítava index rizika nákladov.</p>
<b>Union ZP</b>	<p><b>§ 28 ods. 4 písm. e)</b> Navrhujeme slová „dva roky“ nahradiť slovami „tri roky“. Odôvodnenie: Pri diagnosticko-nákladových skupinách považujeme za správne dodať dáta za rok, ktorý 3 roky (nie 2) predchádza kalendárnemu roku, na ktorý sa vypočítava index rizika nákladov pre zachovanie konzistentnosti s farmaceuticko-nákladovými skupinami.</p>	Z	A	<p>Jedná sa o preklep v pôvodne predkladanom znení – tak ako uvádza pripomienka, údaje majú pochádzať z 3 rokov pred kalendárnym rokom, na ktorý sa vypočítava index rizika nákladov.</p>
<b>Union ZP</b>	<p><b>§ 27d ods. 3</b> Navrhujeme upraviť, resp. zjednodušiť. Odôvodnenie: Takto komplikovane formulované ustanovenie je v rozpore s legislatívnymi pravidlami tvorby právnych predpisov.</p>	O	N	<p>Daná metóda sa dá presne matematicky definovať.</p>
<b>Union ZP</b>	<p><b>§ 27ds ods. 1</b> Navrhujeme vypustiť časť definície: „umožňuje odhadnúť budúce náklady na poskytovanú zdravotnú starostlivosť poistenca s diagnózou uvedenou v zozname diagnostických skupín“. Odôvodnenie: Táto časť definície diagnostickej skupiny nemá žiadnu výpovednú hodnotu ani relevanciu, na základe nej nie je možné dodefinovať alebo určiť</p>	O	N	<p>Uvedená formulácia sa používa od roku 2012.</p>

	diagnostickú skupinu.			
<b>Union ZP</b>	<p><b>§ 27f ods. 1</b> Navrhujeme vypustiť časť definície: „umožňuje odhadnúť budúce náklady na zdravotnú starostlivosť poistenca“. Odôvodnenie: Táto časť definície nákladovej skupiny nemá žiadnu výpovednú hodnotu ani relevanciu, na základe nej nie je možné dodefinovať alebo určiť nákladovú skupinu.</p>	O	N	Uvedená formulácia sa používa od roku 2012.
<b>Union ZP</b>	<p><b>§ 27e</b> Navrhujeme vypustiť. Odôvodnenie: Nesúhlasíme so zaradením parametra invalidity do prerozdeľovacieho mechanizmu – analýza vplyvov tohto parametra ukazuje zhoršenie kompenzácie pre najviac podkompenzovaných a nadkompenzovaných poistencov, a tiež zhoršenie prerozdelenia podľa krajov. Parameter invalidity sa prekrýva s ostatnými parametrami (napríklad PCG skupina dialyzovaní a invalidi majú takmer 100% prekryv, rovnako existuje prekryv pri zdravotníckych pomôckach), čo znižuje užitočnosť tohto parametra. Nakoniec viaceré poisťovne aj Gupta komunikovali nízku kvalitu dát spojenú s týmto parametrom. Vzhľadom na túto pripomienku navrhujeme primerane upraviť návrh zákona [V čl. I v bode 3, v § 27 ods. 2 vypustiť písm. i) a j); v bode 6, v § 27a ods. 2 vypustiť písm. d); v bode 20 v § 28, ods. 1 vypustiť písm. f); v bode 21 v § 28 ods. 3 vypustiť písm. f); v bode 22, v § 28 ods. 4 vypustiť písm. f);v bode 24, v § 28 ods. 8 vypustiť časť vety: „údaje o poistencoch evidovaných zdravotnou poisťovňou ako osoby so zdravotným postihnutím podľa § 27e ods. 4,</p>	Z	N	Parameter invalidity je súčasťou prerozdeľovacích modelov v krajinách ako Holandsko, ktoré sa vo všeobecnosti považujú za state-of-art v oblasti risk equalisation. Podľa analýzy údajov zdravotnej poisťovne VŠZP (ktorá pokrýva 65 percent trhu) práve skupina invalidov generuje veľké reziduá. Takisto analýza Gupta poukazuje na zvýšenú nákladovosť invalidov. Práve preto by mal byť ten to parameter zahrnutý v modeli. Nesúhlasíme s argumentom, že „dáta pochádzajú z rôznych zdrojov a ich spoľahlivosť je otázna“. Ak by bolo toto tvrdenie pravdivé, nasvedčovalo by to tomu, že štátne inštitúcie, ktoré sú zodpovedné za evidovanie, resp. pridelovanie statusu invalidity si zle vykonávajú svoju prácu a teda vyplácajú invalidné dôchodky/príspevky ľuďom, ktorým

	<p>ktoré nie sú takými osobami“; v bode 32, v § 28a ods. 4, písm. a) vypustiť bod 7; v bode 34, v § 28a ods. 4 vypustiť písm. e). V čl. II v bode 1, v § 16 ods. 2 vypustiť písm. t); v bode 3, v § 16 ods. 5 vypustiť písm. i)] a príslušné vyhlášky.</p>			<p>neprináležia. Nič nenasvedčuje tomu, že by takýto problém existoval. Súhlasíme však s tým, že daný parameter by mal byť otestovaný a preto bude znenie zákona upravené o testovanie koeficientu F-testom, resp. t-testom podobne ako je to pri PCG, DCG a zdravotníckych pomôckach. Ak parameter nebude výrazne zlepšovať fit modelu, tak v ňom nebude zahrnutý.</p>
<p><b>Union ZP</b></p>	<p><b>Vyhláška, ktorou sa ustanovuje zoznam farmaceuticko-nákladových skupín, zoznam diagnosticko-nákladových skupín, zoznam viacročných nákladových skupín a zoznam nákladových skupín zdravotníckych pomôcok na rok 2023, Príloha č. 2.</b></p> <p>Pri diagnózach, ktoré vstupujú do parametra DCG navrhujeme vyňať ambulatórne senzitivne diagnózy pre motiváciu zdravotnej poisťovne zachytiť pacienta prevenciou alebo v ambulantnom sektore. Ide o diagnózy: I20, I240, I248, I249, J45, J46 , J20, J40 , J41, J42 , J43, J44, J47, G40, G41, R56, O15, E10, E11, E12, E13, E14, I10, I1190, D50, I1100, I50, J81, N70, N73, N74, F20, F31, F320, F321, F328, F329, F00, F01, F02, F10-F19, A35, A36, A37, A80, B05, B06, B161, B169, B180, B181, B26, J13, J14, J153, J154, J157, J159. Pre zachytenie veľmi ťažkých prípadov spojených s týmito diagnózami ich navrhujeme zaradiť ak hospitalizácia trvala aspoň 10 dní.</p>	Z	N	<p>Podľa viacerých autorov, ktorí sú expertami v oblasti risk equalisation (Wynand van de Ven, Randall Ellis) by samotný prerozdelený mechanizmus nemal slúžiť ako nástroj zvyšovania efektivity zdravotných poisťovní. Vylúčením pacientov, ktorí boli hospitalizovaní na tieto diagnózy (najmä pacienti s komplikáciami diabetu, ktorých je na Slovensku relatívne veľa) vznikne výrazná podkompenzácia, keďže títo pacienti budú zaradení do DCG skupiny s najnižšími nákladmi (ak nemajú inú hospitalizáciu). Takisto je veľmi problematická definícia ambulantne senzitivných diagnóz, čo aj samotná pripomenka priznáva.</p>

<p><b>Union ZP</b></p>	<p><b>§ 28 ods. 16</b>  V súvislosti so zavedením nových parametrov pre prerozdeľovanie navrhujeme novelizovať Vyhlášku č. 191/2012 Z. z., ktorou sa ustanovujú dátové rozhrania na zasielanie údajov. Odôvodnenie: bez tejto vyhlášky nebude možné jednoznačne a rovnakým spôsobom pre všetky zdravotné poisťovne vybrať dáta do prerozdelenia, a preto žiadame o jej doplnenie a vydanie. Pri príprave vyhlášky budeme súčinní a navrhujeme zriadiť k nej pracovnú skupinu, kde budú vyjasnené dátové otázky (napr. či rátať hospitalizáciu u poskytovateľa s viacerými prekladmi a diagnózami ako jednu hospitalizáciu alebo viaceré – tento bod na pracovných stretnutiach nebol vyriešený; podobne nie je špecifikované ako odovzdať dáta pre poisťencov, ktorí zmenili poisťovňu a ďalšie otázky).</p>	<p>Z</p>	<p>A</p>	<p>Vyhláška bude novelizovaná.</p>
<p><b>ÚVSR</b></p>	<p><b>§ 25 ods. 4 zákona (nad rámec novely)</b>  Navrhujeme upraviť znenie § 25 ods. 4 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, doplnením možnosti žiadať relevantné informácie orgánu verejnej správy aj prostredníctvom iného komunikačného kanála, ako je informačný systém verejnej správy podľa osobitného predpisu (napr. na základe žiadosti orgánu verejnej správy). Zároveň navrhujeme uviesť na začiatku odkazov č. 55a) a 55b) slovo „Napríklad“ alebo rozšíriť predmetné odkazy o ďalšie právne predpisy, nakoľko finančné prostriedky z</p>	<p>Z</p>	<p>N</p>	<p>Nad rámec návrhu zákona. Po rozporovom rokovaní, ktoré sa uskutočnilo dňa 26. júla 2022 bolo dohodnuté, že UV, uplatní pripomienku do návrhu zákona - <a href="https://www.slov-lex.sk/legislativne-procesy/SK/LP/2022/446">https://www.slov-lex.sk/legislativne-procesy/SK/LP/2022/446</a>.</p>

<p>fondov EÚ sa poskytujú v rámci viacerých programových období a viacerých právnych predpisov a teda vymenovanie vybraných paragrafov zákona č. 292/2014 Z. z. nie je postačujúce (napr. na programové obdobie 2021-2027 je vo vzťahu k príspevkom z fondov EÚ účinný zákon č. 121/2022 Z. z.). Uvedené je potrebné primerane zohľadniť aj v rámci ďalších relevantných právnych predpisov, a to najmä v rámci zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (§ 76 ods. 5 písm. a) bod 8 predmetného zákona). Odôvodnenie: Úrad vlády SR plní v zmysle viacerých právnych predpisov úlohy orgánu zabezpečujúceho ochranu finančných záujmov EÚ. V rámci plnenia týchto úloh je Úrad vlády SR okrem iného aj koordináčnym útvarom pre boj proti podvodom podľa nariadenia EP a Rady (EÚ, Euratom) č. 883/2013, ktorý svoje úlohy vykonáva aj prostredníctvom poskytovania súčinnosti pri administratívnom vyšetrení Európskeho úradu pre boj proti podvodom (ďalej len OLAF), zabezpečovania, koordinácie a monitorovania výmeny informácií medzi subjektmi verejnej správy a vo vzťahu k OLAF-u, ak ide o podozrenia z podvodov a ďalších protiprávných konaní pri poskytovaní príspevku. V prípade, ak si OLAF vyžiada v rámci týchto administratívnych vyšetrení informácie, ktoré sú uvedené v § 25 ods. 4 písm. a) až c), nie je de facto možné tieto informácie od zdravotnej poisťovne získať, nakoľko Úrad vlády SR nemá so zdravotnými poisťovňami informačný systém verejnej správy, prostredníctvom ktorého</p>			
---	--	--	--



	by bolo možné získať informácie v rozsahu uvedenom v § 25 ods. 4 písm. a) až c), a preto je na efektívne plnenie úloh koordinačného útvaru pre boj proti podvodom dôležité upraviť ustanovenie § 25 ods. 4 predmetného zákona tak, aby sa možnosti stanovené legislatívou dali aj reálne využiť v praxi, a to najmä za účelom ochrany finančných záujmov EÚ a SR. Zároveň sa navrhuje úprava odkazov č. 55a) a 55b) tak, aby boli pokryté aj iné programové obdobia, počas ktorých môžu taktiež byť poskytované finančné prostriedky z fondov EÚ.			
VšZP	<b>Čl. II bod 3. – ustanovenie § 16 ods. 5</b> V ustanovení § 16 ods. 5 písm. j) sa v bodoch 3. a 4. pred slovo „hospitalizácie” vkladá slovo „ukončenej”. Odôvodnenie: Legislatívno-technická pripomienka – označenie podľa zavedenej legislatívnej skratky.	O	A	
VšZP	<b>Čl. I bod 3. – ustanovenie § 27 ods. 2</b> V ustanovení § 27 ods. 3 písm. h) sa v bodoch 3. a 4. pred slovo „hospitalizácie” vkladá slovo „ukončenej”. Odôvodnenie: Legislatívno-technická pripomienka – označenie podľa zavedenej legislatívnej skratky v predchádzajúcom bode.	O	A	
VšZP	<b>Čl. I bod 3. – ustanovenie § 27 ods. 2</b> V ustanovení § 27 ods. 3 písm. j) sa v bodoch 2. a 3. sa namiesto slov „nákladových skupín” vkladajú slová „nákladovej skupiny”. Odôvodnenie: Legislatívno-technická	O	A	

	pripomienka.			
<b>VšZP</b>	<b>Čl. I bod 19. – ustanovenie § 27e ods. 1</b> V ustanovení § 27e ods. 1 sa namiesto slov „je spôsobilá” vkladá slovo „umožňuje”. Odôvodnenie: Legislatívno-technická pripomienka.	O		Ustanovenie vypustené, pripomienka bezpredmetná.
<b>VšZP</b>	<b>Čl. I bod 19. – ustanovenie § 27e ods. 2</b> V ustanovení § 27e ods. 2 sa na konci vety vkladajú slová „v tomto kalendárnom mesiaci”. Odôvodnenie: Legislatívno-technická pripomienka.	O		Ustanovenie vypustené, pripomienka bezpredmetná.
<b>VšZP</b>	<b>Čl. I bod 19. – ustanovenie § 27f ods. 4</b> V ustanovení § 27f ods. 4 sa za slová „v minimálnom počte” vkladá slovo „mesiacov”. Odôvodnenie: Legislatívno-technická pripomienka.	O	A	
<b>VšZP</b>	<b>Čl. I bod 19. – ustanovenie § 27f ods. 5</b> V ustanovení § 27f ods. 5 sa namiesto slov „odseku 6” vkladajú slová „odseku 4” a slová „najvyššími priemernými nákladmi” vkladajú slová „najvyšším indexom rizika nákladov”. Odôvodnenie: Legislatívno-technická pripomienka.	O	A	
<b>VšZP</b>	<b>Čl. I bod 22. – ustanovenie § 28 ods. 4</b> V ustanovení § 28 ods. 4 písm. e) sa v bodoch 3. a 4. pred slovo „hospitalizácie” vkladá slovo „ukončenej”. Odôvodnenie: Legislatívno-technická pripomienka – označenie podľa zavedenej legislatívnej skratky.	O	A	

