

Dôvodová správa

B. Osobitná časť

K čl. I (581/2004 Z. z.)

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

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

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

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

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

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

K bodu 7 (§ 6 ods. 1 písm. c))

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

K bodu 8 (§ 6 ods. 1 písm. o))

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

K bodu 9 (§ 6 ods. 2 písm. g)

Legislatívno-technická úprava v nadväznosti na absentujúcu legislatívnu skratku.

K bodu 10 (§ 6 ods. 3 písm. c))

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

K bodu 11 (§ 6 ods. 6 písm. d))

V súvislosti s úpravou pravidiel tvorby zisku zdravotnej poisťovne už nebude zákonom stanovená výška výdavkov na prevádzkové činnosti zdravotnej poisťovne, preto sa upravuje možnosť zdravotnej poisťovne financovať ďalšie vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov. Predkladateľ navrhuje špecifikovať zdroje, z akých môžu zdravotné poisťovne financovať ďalšie vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov. V prípade, ak by NR SR neschválila reguláciu tvorby zisku, zdravotné poisťovne by v zmysle návrhu čl. I bodu 6 mohli financovať ďalšie financovanie zdravotníckych pracovníkov zo zdrojov určených na zdravotnú starostlivosť.

K bodu 12 (§ 6 ods. 9)

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

K bodu 13 (§ 6 ods. 12)

Stanovenie peňažnej odplaty na získanie jednej potvrdenej prihlášky prinesie rovnaké pravidlá pre všetky zdravotné poisťovne. Obdobná právna úprava regulácie prevádzkových nákladov je v ustanovení § 63e zákona č. 43/2004 Z. z. o starobnom dôchodkovom sporení a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, kde sú upravené výdavky dôchodkovej správcovskej spoločnosti (DSS) na uzatvorenie jednej zmluvy, ktoré nesmú presiahnuť 8 % priemernej mesačnej mzdy v národnom hospodárstve pred dvoch rokov. Identický mechanizmus sa navrhuje zaviesť pri definovaní maximálnej sumy nákladov na potvrdenú prihlášku poistenca pre zdravotnú poisťovňu, ktorá by pri limite 5 % priemernej mesačnej mzdy v národnom hospodárstve pred dvoch rokov, predstavovala sumu 54,60 eur.

K bodu 14 (§ 6a ods. 1)

Upravujú sa prevádzkové výdavky vo vzťahu k menšej zdravotnej poisťovni, nakoľko aj malá zdravotná poisťovňa musí mať zabezpečenú verejnú minimálnu sieť, zabezpečené IT systémy a podobne).

K bodu 15 (§ 6a ods. 3)

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

K bodu 16 (§ 6aa – Kladný výsledok hospodárenia zdravotnej poisťovne)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

K Odseku 1

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

K Odseku 2 a 3

Limit podľa súčasnej právnej úpravy:

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

$$\text{Limit} = 2.9\% + (2.000.000 / (1.000.000 + \text{PPZP}))$$

¹ https://www.udzs-sk.sk/wp-content/uploads/2021/07/Regulacia_ziskZP_2021jul26-final.pdf

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

Limit podľa navrhovanej právnej úpravy:

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

$$\text{Limit} = 95.1\% + (1.000.000 + \text{PPZP}) / 2.000.000$$

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

Koeficient obdobne ako doteraz zohľadňuje veľkosť zdravotnej poisťovne a súvisiace synergie pri jej správe. Ak by mala VŠZP k 1. januáru kalendárneho roka 2 900 000 poistencov, koeficient predstavuje 1.95 % ($3\,900\,000 / 2\,000\,000$), čo znamená, že do zdravotníctva sa vráti spolu 97.05 % z vybraného poistného. Ak by mala Dôvera k 1. januáru kalendárneho roka 1 600 000 poistencov, koeficient predstavuje 1.3 % ($2\,600\,000 / 2\,000\,000$), čo znamená, že do zdravotníctva sa vráti spolu 96.4 % z vybraného poistného. Ak by mala Union k 1. januáru kalendárneho roka 800 000 poistencov, koeficient predstavuje 0.9 % ($1\,800\,000 / 2\,000\,000$), čo znamená, že do zdravotníctva sa vráti spolu 96 % z vybraného poistného.

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

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

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

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

K Odsekom 4 až 6:

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

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

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

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

priemer 10 rokov	10 %	8 %
priemer 5 rokov	9 %	7 %
priemer 3 roky	8 %	6 %

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

- ACHMEA: 0.7 %
- Penta Investments 5.5 %²

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

Príklad s výpočtom:

Vlastné imanie (Účtovná závierka, Pasíva, riadok 56): 110 000 000 EUR
Suma optimálneho hospodárskeho výsledku (110 000 000 * 10 %)
11 000 000 EUR

² <https://www.pentainvestments.com/en/fileGet.aspx?f=yqzzisppi&m=2>

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

Rozdelenie hospodárskeho výsledku:

- Prídelenie do rezervného fondu (10 % podľa obchodného zákonníka):	2 500 000 EUR
- Prídelenie do samostatného fondu, suma presahujúca vyrátaný optimálny hospodársky výsledok (25 000 000 – 2 500 000 – 11 000 000):	11 500 000 EUR
- Preúčtovanie optimálneho hospodárskeho výsledku na Výsledok hospodárenia minulých rokov:	11 000 000 EUR

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

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

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

Ústavný súd v náleze PL. ÚS 3/09 zdôraznil najmä existenciu a potrebu použitia menej invazívnych zásahov s uvedením konkrétnych možností, ktoré mal zákonodarca k dispozícii a ktoré v danom prípade nevyužil (*napr. povinnosť zdravotných poisťovní vytvoriť technické rezervy, povinnosť zabezpečiť platobnú schopnosť zdravotnej poisťovni po celý čas výkonu zdravotného poistenia, inštitút ozdravného plánu, percentuálne obmedzenie výdavkov na prevádzkové činnosti...*). Ústavný súd vo vzťahu k zákazu zisku explicitne uviedol, že štátu sa nesporne ponúkajú aj iné možnosti využitia existujúceho status quo súkromného poistenia vo verejnom rámci napríklad zmenou už existujúceho regulačného rámca alebo úpravou systému prerozdelenia. Zároveň ide podľa názoru ústavného súdu o právne prostriedky, ktoré nenarúšajú zásadnejším spôsobom legitímne očakávanie zdravotných poisťovní. Napriek výroku o protiústavnosti zákazu zisku teda Ústavný súd zároveň jednoznačne skonštatoval, že zmena

regulačného rámca je nielen legitímnym cieľom v zmysle prvého subtestu pri teste proporcionality, ale dal najavo, že prejde aj subtestom nevyhnutnosti v prípade, že i) budú všetky iné možnosti na zlepšenie situácie v systéme zdravotníctva vyčerpané ii) zásah nebude priveľmi invazívny a iii) bude existovať korelácia medzi napĺňaním pozitívneho záväzku zakotveného v článku 40 ústavy a jednotlivými legislatívnymi opatreniami t. j. legislatíva bude smerovať k poskytovaniu lepšej zdravotnej starostlivosti.

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

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

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

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

³ Legislatíva spĺňa podmienku primeranosti v súvislosti so sledovaným cieľom a nejde nad rámec toho, čo je na dosiahnutie týchto cieľov nevyhnutné. Pozri aj Joined Cases C-105/12 to C-107/12 Staat der Nederlanden v Essent et al. 2013, bod. 66.

Pre účely prijatia novej legislatívy je nutné podotknúť, že z pohľadu SD EÚ „zavedenie konkurenčného prvku do systému s charakteristikami uvedenými v bode 32 tohto rozsudku s ohľadom na to, že jeho cieľom je motivovať hospodárske subjekty k výkonu ich činnosti v súlade so zásadami dobrej správy, teda čo najefektívnejšie a s čo najnižšími nákladmi, v záujme riadneho fungovania systému sociálneho zabezpečenia, nemení povahu tohto systému“.⁴ Súdny dvor explicitne stanovil, že možnosť regulovania zisku v záujme lepšej zdravotnej starostlivosti je k dispozícii: „Navyše, ako vyplýva z bodu 64 napadnutého rozsudku, hoci prípadné zisky, ktoré títo poskytovatelia dosiahnu, môžu byť použité a rozdelené, musí to byť v súlade s požiadavkami na zabezpečenie udržateľnosti systému a dosahovanie sociálnych a solidárnych cieľov, na ktorých je systém založený. Zdá sa teda, že možnosť usilovať sa o zisk a dosahovať ho je značne obmedzená zákonom a na rozdiel od úvah Všeobecného súdu rozvinutých v bodoch 63 a 64 napadnutého rozsudku ju nemožno považovať za okolnosť, ktorá by mohla vyvrátiť sociálny a solidárny charakter vyplývajúci zo samotnej povahy dotknutých činností.“⁵ Z

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

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

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

Ústavný súd v predmetnom náleze judikoval, že zákaz zisku neprešiel subtestom nevyhnutnosti, keďže „existovali miernejšie a prijateľnejšie zásahy do práv nadobudnutých zdravotnými poisťovňami legálne v zmysle pôvodného znenia zákona o zdravotných poisťovniach“. Navrhovaná úprava reflektuje na tieto výčitky a na rozdiel od zákazu zisku, ktorý bol vyhodnotený ako neakceptovateľný zásah do práv, volí cestu miernejšej regulácie,

⁴ Pozri v tomto zmysle rozsudok zo 16. marca 2004, AOK Bundesverband a i., C 264/01, C 306/01, C 354/01 a C 355/01, EU:C:2004:150, bod 56.

⁵ C-262/18 P a C-271/18 P, Dôvera v. Komisia, bod. 40.

ktorá je v súlade so substestom nevyhnutnosti. Zdravotné poisťovne, na rozdiel od zákazu zisku, budú mať možnosť vyplácať zisk. Ako uviedol aj arbitrážny súd v prípade Eureko: „Aj keď niektoré opatrenia, ktoré zasahujú do toho, aby investor využíval svoje vlastnícke právo k investícii, môžu byť také závažné, že z právneho hľadiska predstavujú takéto pozbavenie, nie všetky opatrenia zasahujúce [do práva] sú schopné to dosiahnuť.“⁶

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

V tomto kontexte je zrejmé, že regulovanie zisku nie je „samoučelné“, ale motiváciou je zlepšenie poskytovania zdravotnej starostlivosti pre poistencov v súlade s čl. 40 ústavy. Na Slovensku sme opakovane svedkami prípadov, keď sú pacienti trpiaci zriedkavými chorobami, resp. ťažkými onkologickými diagnózami, odkázaní na verejné zbierky, ktoré majú zabezpečiť či už uhradenie liekov alebo poskytnutie liečby. Zákonodarca teraz vytvára fond kvality zdravia. Cieľom tohto opatrenia je vytvorenie špecifického fondu, ktorý bude pokrývať takéto prípady a zmierňovať súčasnú situáciu, keď sa pacienti dlhodobo nevedia dostať k finančným prostriedkom potrebným na liečbu. Tento prvok taktiež zdôrazňuje sociálny a solidárny charakter systému tak, ako je zakotvený nielen v slovenskej legislatíve, ale ako ho potvrdil aj v už vyššie citovanom rozhodnutí SD EÚ. Kým pri zákaze zisku mal ústavný súd pochybnosti, či zákaz zisku ako taký sám osebe smeruje k lepšej zdravotnej starostlivosti⁷, pri navrhovanej právnej úprave je nespochybniteľné, že sledovaným cieľom je poskytnutie lepšej zdravotnej starostlivosti pre poistencov a zastopovanie zisku je iba nástrojom na dosiahnutie tohto cieľa.

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

Ústava v čl. 13 špecifikuje možnosti podmienok ukladania povinností,^[10] konkrétne zákonom alebo na základe zákona a v jeho medziach. V materiálnom právnom štáte je evidentný účel ochrany poskytovanej ustanovením tohto článku, za ktorý možno považovať ochranu jednotlivcov pri určovaní povinností obmedzujúcich základné práva a slobody pred verejnou mocou, resp. pred extenzívnym uplatňovaním právomoci orgánov verejnej moci. K článku 13

⁶ While some measures that interfere with the enjoyment by an investor of its rights of ownership of an investment may be so severe as to amount in law to such a deprivation, not all measures of interference are capable of doing so. Achmea B.V. v. Slovak Republic, Final Award 7 December 2012, PCA Case No. 2008-13, bod 288. Pozri aj Duke Energy Electroquil Partners & Electroquil S.A. v. Republic of Ecuador, ICSID Case No. ARB/04/19, Award, 18 August 2008.

⁷ „...legitímnu úvahu o tom, či vôbec možno prostredníctvom nej naplniť sledovaný cieľ – zvýšiť kvalitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti poistencom, t. j. pozitívny dopad napadnutej právnej úpravy na spoločenské vzťahy je v okolnostiach posudzovanej veci minimálne otázky.“

ods. 1 ústavy vo všeobecnosti ústavný súd už uviedol, že „*toto ustanovenie neobsahuje konkrétnu garanciu základného práva a slobody, ale obsahuje len pravidlo, že povinnosti možno ukladať zákonom alebo na základe zákona, v jeho medziach a pri zachovaní základných práv a slobôd. Uvedené ustanovenie je akýmsi základným či všeobecným ustanovením limitujúcim zásahy štátu vo vzťahu k nositeľom základných práv a slobôd.*“ (III. ÚS 13/2013).

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

Ministerstvo zdravotníctva predložilo dňa 27.7.2022 text návrhu novely zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach na medzirezortné pripomienkové konanie pod značkou LP/2022/446.

Ústavný súd sa v rozhodnutí PL. ÚS 3/09 okrajovo vyjadril k testu proporcionality v užšom zmysle, keďže vyjadril pochybnosť, že samotný zákaz zisku zdravotných poisťovní priniesie lepšiu zdravotnú starostlivosť. Ústavný súd vyjadril „...úvahu o tom, či vôbec možno prostredníctvom nej naplniť sledovaný cieľ – zvýšiť kvalitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti poistencom, t. j. pozitívny dopad napadnutej právnej úpravy na spoločenské vzťahy je v okolnostiach posudzovanej veci minimálne otázky.“⁸

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

Ústavný súd sa v náleze PL. ÚS 3/09 vyjadril, že v prípade zákazu zisku ide fakticky o odňatie práva podnikat' v okruhu verejného zdravotného poistenia.⁹ **V prípade regulácie zisku však nejde o totožnú situáciu**, keďže sa tu zavádza iba určitý medzistupeň, ktorý musí zdravotná poisťovňa splniť skôr, ako by si vyplatila zisk. V prípade akceptovania výhrady prezentovanej zdravotnou poisťovňou by nikdy nebolo možné prijať žiadne legislatívne zmeny, napr. úpravu výšky technických rezerv, nakoľko by išlo o modifikovanie povinnosti, ktorú už dnes má zdravotná poisťovňa. Právomoc zákonodarcu prijímať v tejto oblasti reguláciu je potvrdená aj

⁸ Nález Ústavného súdu PL. ÚS 3/09, s. 74.

⁹ *Ibid.*

judikatúrou ESĽP, napr. *James a ostatní proti Spojenému kráľovstvu* (z 21. februára 1986, č. 8793/79).¹⁰

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

Test proporcionality v užšom zmysle zahŕňa praktickú konkordanciu (praktickú súladnosť), t. j. test zachovania maxima z obidvoch základných práv, resp. vážiaci vzorec.¹¹ V prípade navrhovanej regulácie zisku nepochybne ide o určitú formu obmedzenia práva zdravotných poisťovní, ale zároveň po evaluácii praktickej konkordancie je zrejmé, že legitímny cieľ prevažuje nad týmto obmedzením.¹² V prípade vytvorenia fondu kvality zdravia sa sleduje cieľ zabezpečenia kvalitnejšej zdravotnej starostlivosti pre širší okruh pacientov v porovnaní s dnešným stavom, preto je možné považovať tento cieľ za primeraný. Ochrana zdravia ako legitímny cieľ obmedzenia výkonu iných základných práv Ústavný súd najnovšie potvrdil aj v rozhodnutí PL. ÚS 14/2020 zo 4. novembra 2020. Všeobecne možno uviesť, že čím väčší verejný (spoločenský) záujem štát preukáže, tým aj intenzívnejšie obmedzenie práva vlastníť majetok môže byť považované za primerané...¹³

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

V neposlednom rade Ústavný súd stanovil kritérium kauzality t. j. existenciu väzby medzi použitým prostriedkom a chráneným verejným záujmom.¹⁴ Ak má posudzovaná právna úprava vyhovieť testu proporcionality, je nevyhnutné, aby sa preukázala funkčnosť väzby medzi použitým prostriedkom a chráneným verejným záujmom. Táto funkčnosť potom ústavne legitimizuje aj cieľ preskúmvanej právnej úpravy, keďže mu dáva punc dostatočnej dôležitosti, ktorá ospravedlňuje obmedzenie základného práva alebo slobody.

¹⁰ „Súd považuje za normálne, že zákonodarca disponuje voľnosťou pri rozhodovaní o ekonomickej a sociálnej politike a rešpektuje spôsob, akým koncipuje imperatívny, všeobecného záujmu s výnimkou prípadov, keď sa jeho rozhodnutie zdá ako zjavne bez racionálneho základu.“

¹¹ OROSZ, L., SVÁK, J. a kol. *Ústava Slovenskej republiky. Komentár. Zväzok I.* Bratislava : Wolters Kluwer SR s. r. o., 2021, s. 27.

¹² Podľa ustálenej judikatúry Ústavného súdu obmedziť základné práva a slobody možno len v záujme dosiahnutia legitímneho cieľa spočívajúceho v ochrane dôležitého verejného záujmu, pričom opatrenie obmedzujúce základné práva a slobody musí byť vo vzťahu k sledovanému cieľu proporcionálne (PL. ÚS 1/2017).

¹³ OROSZ, L., SVÁK, J. a kol. *Ústava Slovenskej republiky. Komentár. Zväzok I.* Bratislava : Wolters Kluwer SR s. r. o., 2021, s 277.

¹⁴ Pozri nález Ústavného súdu PL. ÚS 20/2014.

Vzhľadom na vyššie uvedené je potrebné konštatovať, že navrhované opatrenie spĺňa kritérium proporcionality v užšom zmysle, resp. primeranosti. Spĺňa ho, preto, lebo financovanie systému je previazané na vybrané zdravotné odvody, ktoré sú určené na úhradu konkrétneho druhu zdravotnej starostlivosti. Vytvorenie špecifického fondu, ktorý zlepši postavenie pacienta a jeho liečbu, nie je možné dosiahnuť iným cieľom ako dôsledným využívaním vybraného poistného pre úhradu zdravotnej starostlivosti a z hľadiska proporcionality v užšom zmysle ho možno jednoznačne akceptovať za cenu väčšej regulácie zisku zdravotných poisťovní. Je vhodné uviesť nosné aspekty rozsudku C-262/18 a C-271/18 P,¹⁵ keďže majú zásadný význam pre definovanie slovenského systému verejného zdravotného poistenia, a tým aj pre otázku regulácie zisku zdravotných poisťovní.

Predmetom konania bola otázka možnej nelegálnej štátnej pomoci zo strany štátu pre verejnú zdravotnú poisťovňu. V tejto súvislosti sa posudzoval komplexný charakter systému zdravotného poistenia na Slovensku, a to najmä z pohľadu jeho účelu a fungovania. Zadefinovanie základných atribútov systému je potrebné pre zodpovedanie otázky, či v ňom prevláda sociálny a solidárny charakter alebo naopak prevažujú trhové princípy. V prípade, že prevažujú trhové princípy, mohli by byť zdravotné poisťovne definované ako podnik (ang. „*undertaking*“) v zmysle európskeho súťažného práva. Súdny dvor Európskej únie k tomu uviedol: „*Na posúdenie, či činnosť vykonávaná v rámci systému sociálneho zabezpečenia nemá hospodársku povahu, uskutočňuje celkové posúdenie predmetného systému a na tieto účely zohľadní nasledujúce skutočnosti, a to sledovanie sociálneho cieľa týmto systémom, ním uplatňovanú zásadu solidarity, neexistenciu zámeru dosiahnuť vykonávanou činnosťou zisk a štátny dohľad nad ním.*“¹⁶

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

¹⁵ C-262/18 P a C-271/18 P., Európska komisia a Slovenská republika proti Dôvera zdravotná poisťovňa, Rozsudok Súdneho dvora (veľký senát) z 11. júna 2020. ECLI:EU:C:2020:450.

¹⁶ (pozri v tomto zmysle rozsudky zo 17. februára 1993, *Poucet a Pistre*, C-159/91 a C 160/91, EU:C:1993:63, body 8 až 10, 14, 15 a 18; z 22. januára 2002, *Cisal*, C- 218/00, EU:C:2002:36, body 34, 38 a 43; zo 16. marca 2004, *AOK Bundesverband a i.*, C 264/01, C 306/01, C 354/01 a C 355/01, EU:C:2004:150, body 47 až 50; z 5. marca 2009, *Kattner Stahlbau*, C-350/07, EU:C:2009:127, body 35, 38 a 43, ako aj z 3. marca 2011, *Prévoyance*, C-437/09, EU:C:2011:112, body 43 až 46). bod.30 rozsudku C-262/18 P a C-271/18 P.

by mohla vyvrátiť sociálny a solidárny charakter vyplývajúci zo samotnej povahy dotknutých činností.”¹⁷

Z vyššie uvedenej citácie Súdneho dvora je jednoznačne možné odvodiť, že tvorba zisku ako taká je na jednej strane povolená, no na druhej strane podlieha silnej regulácii v záujme zabezpečenia udržateľnosti systému pre dosahovanie jeho sociálnych a solidárnych cieľov. Medzi tieto ciele je bezpochyby možné zaradiť zlepšenie poskytovania zdravotnej starostlivosti pre pacienta. V tejto súvislosti je potrebné uviesť, že Fond kvality zdravia má slúžiť na presne vymedzený účel, a to úhradu konkrétne určenej ďalšej zdravotnej starostlivosti. V tomto smere sú podstatné nasledujúce závery Súdneho dvora: „Okrem toho a predovšetkým z odôvodnenia 94 sporného rozhodnutia vyplýva, že **možnosť poskytovateľov poistenia usilovať sa o zisk, používať ho a rozdeľovať ho je značne obmedzená zákonom, účelom týchto zákonných povinností je zabezpečiť životaschopnosť a kontinuitu povinného zdravotného poistenia. V tom istom duchu požiadavka kladená na poskytovateľov poistenia pôsobiacich v slovenskom systéme povinného zdravotného poistenia má právnu formu akciovej spoločnosti v rámci súkromného práva zameranej na dosahovanie zisku a otvorenosť tohto systému pre poskytovateľov poistenia kontrolovaných súkromnými subjektmi má podľa zistení v odôvodnení 13 tohto rozhodnutia za cieľ posilniť efektívne využívanie dostupných prostriedkov a kvalitu zdravotnej starostlivosti.**“¹⁸

Súdny dvor sa síce explicitne nevyjadroval k otázke regulácie zisku zdravotných poisťovní, no pri analýze systému determinoval mantinely a určil základné vlastnosti, ktoré charakterizujú systém ako taký. **Z pohľadu Súdneho dvora je primárnou zložkou systému napĺňanie cieľa, t. j. poskytnutie lepšej zdravotnej starostlivosti, a preto prípadné obmedzenie možnosti tvorby zisku je nutné vnímať v tomto kontexte. Vytvorenie Fondu kvality zdravia neznamená, že zisk ako taký je zakázaný ani že je zastropovaná jeho výška v absolútnom vyjadrení.** Zdravotná poisťovňa si môže v zmysle navrhovanej legislatívy vyplatiť zisk. Je však potrebné, aby predtým splnila všetky zákonom stanovené podmienky, ktoré sa postupom času môžu aj meniť a dopĺňať. Takto nastavený systém môže byť, tak ako každá legislatívna úprava, predmetom diskusie z hľadiska jeho možných vylepšení, resp. úvahy či zákonodarca nemá k dispozícii jednoduchšiu formu zákonnej úpravy, avšak jeho podstata ani technické nastavenie nenaráža na limity nastavené ústavou, ústavnými zákonmi alebo právom Európskej únie.¹⁹

V tejto súvislosti treba dať do pozornosti aj rozhodnutie Všeobecného súdu vo veci Dôvera (voči ktorému prebehlo odvolanie a následne rozhodol Veľký senát v prípade C-262/18 a C-271/18 P). Súdny dvor zrušil toto rozhodnutie Všeobecného súdu, ktorý v ňom nesprávne posúdil systém ako taký. Napriek tomu, pre posilnenie argumentácie v prospech ústavnosti, resp. konformity s právom Európskej únie, je možné uviesť, že už aj samotný Všeobecný súd zdôraznil, že „**možnosť využívať a rozdeľovať zisky je regulovaná prísnejšie ako v bežných obchodných odvetviach, keďže táto právomoc je v tomto prípade podmienená splnením požiadaviek, ktorých cieľom je zabezpečiť kontinuitu systému a dosiahnutie sociálnych a solidárnych cieľov, o ktoré sa opiera.**“²⁰

¹⁷ Body 39 – 40 rozsudku.

¹⁸ Bod 62 rozsudku.

¹⁹ Takisto nie je možné hovoriť o tzv. nepriamom vyvlastnení z pohľadu medzinárodného práva, nakoľko dané opatrenie nedosahuje takú intenzitu.

²⁰ *Indeed, the Commission rightly states that the ability to use and distribute profits is regulated more strictly than in normal commercial sectors, since that power is, in the present case, subject to the fulfilment of requirements intended to ensure the continuity of the scheme and the attainment of the social and solidarity objectives underpinning it.* Bod. 64. T-216/15 Dôvera zdravotná poisťovňa, a.s. proti Európska komisía,

Na záver možno ešte citovať zo stanoviska Generálneho advokáta Pikamäe, ktorý poukázal na systém verejného vzdelávania, v ktorom skutočnosť, že niektoré subjekty poskytujúce toho vzdelávanie sú súkromné (teda vykonávajú túto činnosť za účelom dosiahnutia zisku), nemá vplyv na ne hospodársky charakter tejto činnosti.²¹

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

Pokiaľ ide o možné porušenie legitímneho očakávania súkromných akcionárov zdravotných poisťovní v tejto súvislosti je nutné uviesť, že v rozhodnutí PL. ÚS 3/09 Ústavný súd posudzoval tzv. absolútny zákaz zisku, t. j. nemožnosť tvorby zisku za žiadnych okolností. Takúto právnu úpravu označil súd za protiústavnú. **Z rozhodnutia Ústavného súdu však nie je možné ani len nepriamo determinovať záver, že prijatie akejkoľvek právnej úpravy, ktorá sa dotýka tvorby a regulácie zisku, je porušenie legitímnych očakávaní s ústavnou intenzitou. Naopak, z rozhodnutia vyplýva, že ďalšia regulácia zisku je možná, ale musí byť zrejmé, za akým účelom sa k nej pristupuje a musí mať svoj konkrétny prínos v podobe zlepšenia zdravotnej starostlivosti.** V prípade, že by sme prijali prezumpciu, že zákonodarcu nemôže prijímať žiadnu reguláciu, ktorá sa dotkne distribúcie prostriedkov vybraných z verejného zdravotného poistenia, išli by sme do príkreho rozporu so samotným zmyslom existencie verejného zdravotného poistenia. Bol by to tiež rozpor s právom zákonodarcu na tvorbu legislatívy a aj s medzinárodným investičným právom, ktoré explicitne zakotvuje tzv. „*right to regulate*“. **V prípade predkladanej legislatívy ide o súbor opatrení, ktoré sú prijímané proporčne a sledujú legitímny cieľ v podobe zlepšenia poskytovania zdravotnej starostlivosti.**²² Nie každý zásah do legitímnych očakávaní automaticky dosiahne ústavnú intenzitu.

Ústavný súd v rozhodnutí PL. ÚS 12/05 z 12. mája 2005 uviedol na ochranu legitímnych očakávaní²³ nasledovné: „...ústavný súd zdôrazňuje, že v súlade s tendenciami príznačnými pre

Rozsudok Všeobecného súdu (druhý senát) z 5. februára 2018, ECLI:EU:T:2018:64 (rozsudok dostupný iba v angličtine).

²¹ Návrhy generálneho advokáta Priit Pikamäe v spojených veciach C-262/18 P a C-271/18 P Európska komisia a Slovenská republika proti Dôvera zdravotná poisťovňa, a. s., prednesené 19. decembra 2019, bod. 105.

²² Ústavný súd v rozhodnutí PL. ÚS 3/09 uviedol: *Ak sa napadnutým § 15 ods. 6 zákona o zdravotných poisťovniach zdravotným poisťovniam ako subjektom oprávneným vykonávať aj podnikateľskú činnosť odňala možnosť autonómne rozhodovať o použití kladného hospodárskeho výsledku (zisku) vytvoreného vo sfére verejného zdravotného poistenia, resp. ustanovil príkaz použiť ho len na úhrady zdravotnej starostlivosti, tak v danom prípade nepochybne ide o zásah do práva na podnikanie, ktorý je zároveň zásahom do jeho podstaty a zmyslu.* V nadväznosti na vyššie uvedené je však nutné uviesť, že možnosť autonómne rozhodovať o použití zisku v aktuálne predloženom návrhu pretrváva, nakoľko jedinou podmienkou pre vyplatenie zisku je vytvorenie Fondu kvality zdravia s legitímnym a presne špecifikovaným účelom. To je zásadný rozdiel oproti predchádzajúcej úprave, ktorá len generálne prikazovala použiť zisk na úhrady zdravotnej starostlivosti, bez špecifikácie, akým spôsobom a akej zdravotnej starostlivosti.

²³ Ústavný súd v tomto smere vychádza z judikatúry ESJP týkajúcej sa ochrany majetku podľa čl. 1 ods. 1 Dodatkového protokolu k Dohovoru o ochrane ľudských práv a základných slobôd (ďalej len „dodatkový protokol“). V tejto judikatúre možno rozoznať dva druhy alebo dve línie rozhodnutí týkajúcich sa legitímnych očakávaní (pozri Sigron, M. Legitimate expectations. Intersentia, 2014. s. 4 – 5 a s. 176). Samotný ESJP konštatoval existenciu rôznych línií týchto rozhodnutí vo veci Bélané Nagy proti Maďarsku, sťažnosť č. 53080/13 (pozri bod 77 a 78, v ktorých sa hovorí o „different lines of cases concerning legitimate expectations“). Toto rozhodnutie odkazovalo okrem iného aj na vec Kopecký proti Slovenskej republike,

modernú európsku konštitucionalistiku podlieha z hľadiska princípu právnej istoty ochrane aj tzv. legitímne očakávanie (*legitimate expectation, der Vertrauensschutz*), **ktoré je užšou kategóriou ako právna istota**. Štát, aj keď nekoná retroaktívne alebo nezasiahne do nadobudnutých práv, môže vertikálnym mocenským zásahom, napríklad náhlou, resp. neočakávanou zmenou pravidiel, na ktoré sa adresáti právnych noriem spoliehali, porušiť princíp právneho štátu. Ide o jeden z množstva konkrétnych výrazov princípu materiálneho právneho štátu, v ktorom sú všetci nositelia verejnej moci vrátane parlamentu podriadení ústave a jej princípom...“

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

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

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

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

V tejto súvislosti je potrebné uviesť, že v zmysle platnej legislatívy vytvorenie technických rezerv u zdravotných poisťovní už funguje (§ 6 ods. 9 zákona č. 581/2004 Z. z.). Inštitút ozdravného plánu je taktiež zakotvený v platnej legislatíve (§ 51 a nasl. zákona č. 581/2004 Z. z.) a bol v minulosti využitý (napr. rok 2017). Rovnako tak percentuálne obmedzenie výdavkov na prevádzkové činnosti zakotvuje v súčasnosti § 6a zákona č. 581/2004 Z. z. Z týchto dôvodov

sťažnosť 44912/98, v ktorom sú tieto línie opísané a rozlíšené (pozri bod 45 a k nemu bod 48 odôvodnenia, „another aspect of legitimate expectations“). Prvá línia rozhodnutí (a to aj historicky) je reprezentovaná rozhodnutím vo veci Pine Valley Developments Ltd a ďalší proti Írsku, sťažnosť č. 12742/87, resp. neskôr aj Stretch proti Spojenému kráľovstvu, sťažnosť č. 44277/98; druhá línia je reprezentovaná rozhodnutím vo veci Pressos Compania Naviera S. A. a ďalší proti Belgicku, sťažnosť č. 17849/91.

je možné uviesť, že **menej invazívne prostriedky na zefektívnenie fungovania verejného zdravotného poistenia sú už využité, avšak legitímny cieľ v podobe zlepšenia poskytovania zdravotnej starostlivosti stále pretrváva**. Nie je preto zrejmé, akým iným spôsobom ako vytvorením Fondu kvality zdravia by sa v súčasnosti mohlo efektívne zabezpečiť zlepšenie poskytovania zdravotnej starostlivosti a efektívnejšie využívanie už vybraného poistného. V tejto súvislosti je potrebné konštatovať, že navrhovaná právna úprava reguluje použitie zisku, ktorý pochádza z verejného zdravotného poistenia, a to na účely úhrady zdravotnej starostlivosti presne vymedzeného druhu. Obmedzenie zisku z vybraného zdravotného poistenia na účel jeho použitia na úhradu konkrétne špecifikovanej zdravotnej starostlivosti predstavuje ústavne konformnú právnu reguláciu, aj keď ovplyvňuje vlastnícke právo.

V tejto súvislosti je namieste pripomenúť aj závery ďalšieho rozhodnutia Ústavného súdu, na ktoré sám rozsiahlo poukázal aj v náleze PL. ÚS 3/09: „...obmedzenie, resp. zasahovanie do ústavou chránených práv a slobôd, a teda aj do základného práva podnikat' a uskutočňovať inú zárobkovú činnosť podľa čl. 35 ods. 1 ústavy, je ústavne akceptovateľné len vtedy, ak je ustanovené zákonom, zodpovedá niektorému ustanovenému legitímnemu cieľu a je nevyhnutné v demokratickej spoločnosti na dosiahnutie sledovaného cieľa, t. j. ospravedlňuje ho existencia naliehavej spoločenskej potreby a primerane (spravodlivo) vyvážený vzťah medzi použitými prostriedkami a sledovaným cieľom (mutatis mutandis PL. ÚS 3/00, I. ÚS 4/02, I. ÚS 36/02 alebo I. ÚS 193/03).“²⁴

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

K bodu 17 (§ 7 ods. 9 písm. e))

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

K bodu 18 (§ 8aa ods. 2 písm. l))

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

K bodu 19 (§ 8aa ods. 4)

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

²⁴ Nález Ústavného súdu PL. ÚS 67/07 zo 6. februára 2008.

K bodu 20 (§ 8a)

Operačné stredisko záchranej zdravotnej služby Slovenskej republiky (OS ZZS SR) je financované podľa § 8a zákona č. 581/2004 Z. z. sumou, ktorá zodpovedá 0,35 % z celkovej sumy ročného prerozdelenia poisťného. Posledná novelizácia výšky príspevku prebehla v roku 2009. Stav je teda nemenný za posledných 12 rokov, čo absolútne nezodpovedá ako požiadavkám kladeným na samotnú prevádzku OS ZZS SR, tak ani vývoju platov, základnej valorizácii a všeobecnému stavu na trhu práce. Dôležitým faktom v tejto oblasti je istá nenahraditeľnosť pracovníkov Linky tiesňového volania (LTV) na ktorých sú kladené špecifické personálne a vedomostné predpoklady. Zohnať na pracovnom trhu vhodného kandidáta je čím ďalej ťažšie a zamestnanci opúšťajú OS ZZS SR vzhľadom k neatraktívnemu finančnému ohodnoteniu v porovnaní s inými príležitosťami alebo pre výkon práce v zahraničí. Keďže personálne náklady, ktoré sú už teraz nedostatočné, tvoria majoritu výdavkov OS ZZS SR aj v tomto čase kedy je OS ZZS SR personálne poddimenzované, je nevyhnutné situáciu riešiť úpravou podielového percenta ktorým je OS financované tak, aby bol v najbližších rokoch dosiahnutý aspoň vyrovnaný rozpočet hospodárenia OS.

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

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

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

Detailná analýza vývoja nákladov

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

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

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

K bodu 21 (§ 8b)

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

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

Napríklad

- vznikol Národný register asistovanej reprodukcie (zákon č. 41/2017 Z. z.), Národný register organizácií zaoberajúcich sa liekmi (zákon č. 41/2017 Z. z.), ktorý sa následne zmenil na Národný register organizácií s osobitnými úlohami v zdravotníctve,
- rozšíril sa rozsah subjektov, ktorým sa sprístupňujú údaje z Elektronickej knižky občana,
- zvyšuje sa množstvo spravodajských jednotiek, ktoré nahlasujú údaje do Národného registra zdravotníckych pracovníkov (zákon č. 351/2017 Z. z.),
- zabezpečenie kontrolovaného prístupu do priestorov ePZP, v ktorých sa vytvárajú elektronické preukazy zdravotníckych pracovníkov (zákon 69/2018 Z. z.) a zvýšenie fyzickej bezpečnosti na pracoviskách Zvolen a Dunajská,
- vytvorenie rezortného dohľadového centra pre sektor zdravotníctva (zákon č. 95/2019 Z. z. a zákon č. 69/2018 Z. z.),

- zabezpečenie kontinuálnej a udržateľnej prevádzky nutnou obnovou, aktualizáciou, upgrade-om komponentov prostredia NZIS (zákon č. 95/2019 Z. z. a zákon č. 69/2018 Z. z.),
- vznikol Národný skriningový register (zákon č. 392/2020 Z. z.),
- rozšíril sa Národný register zdravotníckych pracovníkov o údaje z Centrálného registra zdravotníckych pracovníkov o ďalšom vzdelávaní (zákon č. 252/2021 Z. z.),
- zriadenie a udržiavanie krízového riadenia, ako napríklad za posledné cca 2 roky
- zabezpečenie prístupov vo vzťahu k záznamom o očkovaní, v súvislosti s pandémiou COVID-19, (zákon č. 125/2020 Z. z.),
- poskytovanie súčinnosti orgánom štátnej správy na úseku verejného zdravotníctva a kompletne zabezpečenie systémov a informovanie osôb v súvislosti so zamedzením šírenia COVID-19 (zákon č. 286/2020 Z. z.),
- vydávanie a sprístupňovanie digitálnych COVID preukaz EÚ (252/2021 Z. z.).

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

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

K bodu 22 (8c ods. 1)

Legislatívno-technická úprava súvisiaca sa s rozšírením možnosti využívať klasifikačný systém aj na úhradu jednodňovej ústavnej starostlivosti.

K bodu 23 (§ 8c ods. 2 písm. b))

Legislatívno-technická úprava v nadväznosti na vypustenie § 67c.

K bodu 24 (§ 8d)

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

Revízne pravidlá ako celok nie sú jednotné, a to v zmysle, že každá zdravotná poisťovňa má v súčasnosti vytvorené svoje vlastné pravidlá revíznej činnosti. Zdravotná poisťovňa môže pravidlá meniť za predpokladu, že sú v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi (napríklad s Katalógom zdravotných výkonov²⁵). Neexistuje však zákonná povinnosť zverejňovať tieto pravidlá, a ani informovať poskytovateľov zdravotnej starostlivosti o ich zmene. Z aplikačnej praxe a stanovísk poskytovateľov jednoznačne vyplýva záver, že poskytovatelia zdravotnej starostlivosti nemajú úplný prístup k revíznym pravidlám, a ak ho majú, častokrát nie sú pre nich pravidlá prehľadné.

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

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

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

Druhým dôvodom na zavedenie povinnosti zverejňovať pravidlá revíznej činnosti je zefektívnenie výkonu dohľadu nad nákupom zdravotnej starostlivosti zo strany Úradu pre dohľad. Z informácii poskytnutých úradom vyplýva, že v rámci viacerých dohľadov, ktoré úrad v uplynulom období realizoval na podnety poskytovateľov bolo zistené, že zdravotná poisťovňa v rámci revízie zdravotných výkonov nepristupuje ku všetkým poskytovateľom jednotne –

²⁵ Príloha k Nariadeniu vlády Slovenskej republiky č. 776/2004 Z. z., ktorým sa vydáva Katalóg zdravotných výkonov

²⁶ Dôvera zdravotná poisťovňa a. s. a UNION zdravotná poisťovňa, a. s. vyhotovujú tzv. Protokol sporných dokladov. VŠZP, a. s. vyhotovuje chybové protokoly.

jednému poskytovateľovi za zdravotný výkon uhradí a druhému poskytovateľovi tej istej odbornosti, ktorý vykázal ten istý výkon s tou istou diagnózou výkon zamietne. Táto situácia nastáva aj prípade, že majú obaja poskytovatelia so zdravotnou poisťovňou uzatvorené obsahovo identické zmluvy.

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

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

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

K bodu 25 (§ 10 ods. 4)

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

K bodu 26 (§ 11 ods. 1 písm. b))

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

K bodu 27 (§ 13 ods. 3):

Doplňa sa povinnosť zdravotnej poisťovne informovať úrad pre dohľad o zániku výkonu funkcie osoby, vo vzťahu ku ktorej bol úradom vydaný predchádzajúci súhlas podľa § 13 ods.

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

K bodu 28 (§ 13 ods. 5 až 10)

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

K bodu 29 (§ 15 ods. 1 písm. t))

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

K bodu 30 (§ 15 ods. 1 písm. an))

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

K bodu 31 (§ 15 ods. 8)

Navrhujeme upraviť podmienky zostavenia programového rozpočtu tak, aby sa

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

Stanovenie minimálnej celkovej sumy výdavkov je potrebné pre zabezpečenie prenosu príjmov zdravotných poisťovní do zmluvnej praxe a zabezpečenie zvýšenej predvídateľnosti príjmov poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Minimálna celková suma výdavkov zodpovedá celkovej sume výdavkov uvedenej v rozpočte verejnej správy („Výdavky VZP celkom“). Stanovenie sumy v eurách pre jednotlivé zdravotné poisťovne je nevyhnutné pre zabezpečenie

vykonateľnosti zavedenie stropu výdavkov zdravotnej poisťovne na výnimkové lieky v zmysle § 88 ods. 18 a § 98h ods. 6 zákona č. 363/2011 Z. z. v znení novely č. 266/2022 Z. z. Bez uvedenia celkovej sumy zdravotná poisťovňa nedokáže vypočítať strop na výnimkové lieky prepočtom z celkovej výšky výdavkov na lieky, ktorú uvádza rozpočet verejnej správy. Zo zámeru zákonodarcu v zákone č. 363/2011 Z. z. je zrejmé, že strop na výnimkové lieky nemajú zdravotné poisťovne k dispozícii v sume 3x3,9 % ale len 1x3,9 %.

K bodom 32 a 33 (§ 15a)

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

K bodu 34 (§ 16 ods. 1 písm. f))

K bodu 35 (§ 16 ods. 2 písm. g)

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

K bodu 36 (§ 16 ods. 5 písm. h)

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

K bodu 37 (§ 16 ods. 6)

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

K bodu 38 (§ 18 ods. 1 písm. a))

V konaniach o vydaní predmetných rozhodnutiach vystupuje úrad pre dohľad voči zdravotným poisťovniam z pozície orgánu verejnej moci. V rámci tohto procesu je úrad viazaný zákonom č. 305/2013 Z. z. a tieto rozhodnutia vyhotovuje vo forme pôvodného elektronického dokumentu, ktorý následne zasiela zdravotným poisťovniam do ich elektronickej schránky, ktorá im bola zriadená v zmysle zákona č. 305/2013 Z. z. Vzhľadom na uvedené zasiela úrad

aj ministerstvu zdravotníctva tieto rozhodnutia do elektronickej schránky ako pôvodný elektronický dokument, nie ako jeho kópiu. Vzhľadom na uvedené sa upravuje znenie tak, aby zodpovedalo aplikačnej praxi, nakoľko jeho súčasné znenie je už vzhľadom na elektronizáciu verejnej správy prekonané.

K bodu 39 (§ 18 ods. 1 písm. a) 10. bod))

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

K bodu 40 (§ 18 ods. 1 písm. c))

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

K bodu 41 (§ 18 ods. 1 písm. d))

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

K bodu 42 (§ 18 ods. 1 písm. x))

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

K bodu 43 (§ 20 ods. 1 písm. e))

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

K bodu 44 (§ 20 ods. 1 písm. e) siedmeho bodu)

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

K bodu 45 (§ 20 ods. 1 písm. s)

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

K bodu 46 (§ 20 ods. 1 písm. t) a u))

Úrad pre dohľad podľa § 20 ods. 1 písm. e) body 1, 5 a 8 zákona č. 581/2004 Z. z. vedie centrálny register poistencov, register zdravotníckych pracovníkov a register úmrtí fyzických osôb alebo vyhlásení za mŕtveho, ktoré obsahujú aj osobné údaje dotknutých osôb. Vzhľadom

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

K bodu 47 (§ 20 ods. 2 písm. q) a r))

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

K bodu 48 (§ 20b)

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

K bodu 49 (§ 23 ods. 2)

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

K bodu 50 (§ 23 ods. 4)

Zákon v súčasnosti nepriznáva predsedovi úradu nárok na odmenu, ani náhradu na pokrytie výdavkov súvisiacich s výkonom funkcie, ako je zaužívané u iných verejných funkcionárov vrátane predsedov regulačných a kontrolných orgánov, napríklad predsedu Úradu na ochranu oznamovateľov protispoločenskej činnosti alebo predsedu Úradu pre reguláciu sieťových odvetví. Z toho dôvodu sa navrhuje, aby predseda úradu mal nárok na pokrytie nevyhnutných výdavkov súvisiacich s vykonávaním funkcie, najviac do výšky 50 % zo mzdy. Navrhovaným sa nezvýši príspevok na činnosť úradu; úrad bude vykrývať vyššie výdavky z existujúcich zdrojov.

K bodu 51 (§ 25 ods. 1 písm. g)

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

K bodu 52 (§ 31 a 32)

Legislatívno-technická úprava existujúceho § 31 a 32.

K § 31 odseku 1

Precizovanie textu a pojmov.

K odseku 2

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

K odseku 3

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

K bodu 53 (§ 33 ods. 1)

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

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

K bodu 54 (§ 33 ods. 3 písm. e))

Niektoré osoby, ktoré sú navrhované zo strany zdravotných poisťovní do ich riadiacich a kontrolných orgánov, skôr pôsobili aj ako samostatne zárobkovo činné osoby. Vzhľadom na

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

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

K bodu 55 (§ 33 ods. 3 písm. h))

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

K bodu 56 (§ 33 ods. 10)

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

K bodu 57 (§ 36 ods. 1)

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

K bodu 58 (§ 39 ods. 1 písm. d))

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

K bodu 59 (§ 39 ods. 5)

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

K bodu 60 (§ 41 ods. 5)

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

K bodu 61 (§ 42 ods. 2)

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

K bodu 62 (§ 43 až 47) – Výkon dohľadu nad zdravotnou starostlivosťou

K odstráneniu diskrepancií v súčasnom znení zákona

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

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

K nevydávaniu poverení na výkon dohľadu

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

K spočítaniu lehoty na výkon dohľadu a k prizvaným osobám

Podľa poskytnutých informácií, úrad pre dohľad v čase, kedy musel znalcov obligatórne oslovovať²⁷ v prípadoch spojených s úmrtím nemá do obdobia júna 2022 doručené všetky vyžiadané posudky. Z toho dôvodu nie je možné dodržať súčasne nastavené lehoty na vybavenie podnetu.

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

Podávateľ podnetu

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

²⁷ § 43 ods. 12 zákona č. 581/2004 Z. z. v účinnosti od 1. mája 2021 do 15. júna 2021.

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

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

Začatie, zastavenie a skončenie výkonu dohľadu, doručovanie písomností

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

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

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

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

Rozširuje sa okruh osôb, ktoré majú mať právo na sprístupnenie zistených skutočností a výsledku dohľadu (resp. kópie protokolu, písomných námietok a zápisnice) o blízku osobu pacienta a splnomocneného zástupcu, ktorí by mali mať taký rozsah oprávnení, aké im udelí splnomocniteľ. Blízka osoba osoby zomrelej má podľa zákona č. 576/2004 Z. z. právo na

sprístupňovanie údajov zo zdravotnej dokumentácie, má právo podať podnet na vykonanie dohľadu, preto by mala dostať aj informáciu o zistených skutočnostiach a aj výsledku dohľadu.

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

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

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

Zastupovanie podávateľa podnetu

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

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

K obligatórnemu odmietnutiu podnetu

Za účelom zabránenia šikanózných podnetov sa dopĺňajú dôvody odmietnutia podnetu. Obligatórne bude môcť úrad odmietnuť podnet aj ak podávateľ podnetu žiada prešetriť zdravotnú starostlivosť, v období viac ako 5 rokov pred podaním podnetu, a aj ak je z podnetu

zrejme, že ide o formálne alebo periodické, zjavne bezúspešné uplatňovanie práva na prešetrenie správnosti poskytnutej zdravotnej starostlivosti.

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

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

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

Dohliadané subjekty a osoby oprávnené na výkon dohľadu

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

Dopĺňa sa *expressis verbis* povinnosť osoby oprávnenej na výkon dohľadu umožniť na základe žiadosti dohliadaného subjektu nahliadnuť do spisu dohľadu a v prípade dohľadov nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti vyzvať dohliadaný subjekt pred vyhotovením protokolu na vyjadrenie sa k podkladom pre vyhotovenie protokolu. Posilňuje sa tým zásadným spôsobom

právna ochrana dohliadaného subjektu, nakoľko bude mať možnosť vyjadriť sa k všetkým podkladom pre vydanie protokolu ešte pred jeho vydaním a získa tak priestor a čas na obhájenie svojho postupu pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti ešte pred vyhotovením protokolu. Týmto spôsobom stratí zmysel vydávať dva typy protokolov – predbežný a záverečný, nakoľko tento proces je neprehľadný a zásadným spôsobom administratívne zaťažujúci nielen pre úrad, ale aj pre dohliadané subjekty, nakoľko okrem týchto písomností sa samostatne vyhotovuje aj vyjadrenie k písomným námietkam a zápisnica o prerokovaní písomných námietok. Nový proces bude prehľadnejší, administratívne menej náročný a zabezpečí vyššiu ochranu práv a právom chránených záujmov dohliadaných subjektov.

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

Dopĺňajú sa práva dohliadaného subjektu, korelujúce s povinnosťami osoby oprávnenej na výkon dohľadu. Zásadne sa posilňuje právo dohliadaného subjektu na spravodlivý proces (ktorý neprineslo zavedenie inštitútu záverečného protokolu) tým, že dohliadaný subjekt bude mať v prípade dohľadov nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti pred vyhotovením protokolu možnosť vyjadriť sa k podkladom pre vyhotovenie protokolu. V praxi sa v prípade dohľadov nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti pri prerokovávaní protokolu úrad pravidelne stretáva s argumentáciou dohliadaného subjektu, že nemal možnosť oboznámiť sa s obsahom spisu, ako aj s posudkami prizvaných osôb, v dôsledku čoho nemal možnosť účinne sa brániť. Určujú sa obligatórne a fakultatívne náležitosti protokolu, najmä sa určujú identifikačné údaje dohliadaného subjektu, ktoré sú dnes neúplné pre všetky typy dohľadaných subjektov. Protokol obsahuje zistené skutočnosti (najmä údaje zo zdravotnej dokumentácie, prípadne údaje z vyjadrenia dohliadaného subjektu) a výsledok dohľadu (v prípade zistených nedostatkov obsahuje skutkové a právne vymedzenie s uvedením konkrétnych ustanovení všeobecne záväzných právnych predpisov). Zároveň sa definujú náležitosti zápisnice o vyhodnotení opodstatnenosti písomných námietok.

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

K bodu 63 (§ 47b ods. 3)

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

K bodu 64 (§ 47b až § 48)

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

K bodu 65 (§ 47c)

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

K bodu 66 (§ 48)

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

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

K bodu 67 (§ 49)

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

K bodu 68 (§ 50 ods. 2)

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

K bodu 69 (§ 50 ods. 3)

Legislatívno-technická úprava a precizovanie textu. Úrad pre dohľad môže zistiť iné nedostatky nielen v činnosti poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, ale aj v činnosti zdravotníckeho pracovníka, voči ktorému môže napríklad príslušná komora začať disciplinárne konanie. Úrad môže zistiť nedostatky aj v rámci svojej inej činnosti, nielen pri výkone dohľadu nad zdravotnou starostlivosťou. Úrad pri svojej činnosti nezistí porušenie povinností poskytovateľa zdravotnej starostlivosti alebo zdravotníckeho pracovníka podľa osobitného predpisu, ale môže

zistiť nedostatky, ktoré môžu byť dôvodom na začatie konania pred iným príslušným orgánom. Konštatovanie porušenia povinností ustanovených v osobitnom predpise patrí do vecnej pôsobnosti príslušného orgánu verejnej moci a je výsledkom konania, ktoré vedie tento príslušný orgán podľa predmetného osobitného predpisu.

K bodu 70 (§ 50 ods. 4)

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

K bodu 71 (§ 50 ods. 4, 5, 15)

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

K bodu 72 (§ 50 ods. 12)

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

K bodu 73 (§ 51 ods. 1 písm. c))

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

K bodu 74 (§ 54 ods. 2 písm. e))

Legislatívno-technická úprava v súvislosti s aktualizáciou pojmu.

K bodu 75 (§ 64 ods. 1)

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

K bodu 76 (poznámka pod čiarou k odkazu 71a)

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

K bodu 77 (§ 64 ods. 9 a 10)

Legislatívno-technická úprava. Obe ustanovenia sú uvedené už v súčasnom znení zákona. Navrhovaný odsek 10 je súčasný odsek 15. Predradenie odseku navrhujeme z dôvodu istoty - aby nebola pochybnosť o tom, že aj na pokutu uloženú škole sa vzťahujú ustanovenia odsekov

10 až 13. Úrad má právomoc uložiť v zmysle súčasného § 64 ods. 5 poskytovateľovi pokutu za nesprávne vedenie zdravotnej dokumentácie až do výšky 1 000 eur. Nakoľko sa v poznámke pod čiarou k odkazu 71a) vypúšťa príslušné ustanovenie zákona o zdravotnej starostlivosti (povinnosť viesť zdravotnú dokumentáciu), sankcia je vyňatá osobitne do samostatného ustanovenia.

K bodu 78 (§ 64 ods. 14)

Legislatívno-technická úprava v nadväznosti na predradenie existujúceho odseku 15 do odseku 10.

K bodu 79 (§ 67a ods. 2 a ods. 3)

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

K bodu 80 (§ 67a ods. 5)

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

K bodu 81 (§ 67a ods. 6)

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

K bodu 82 (§ 67b ods. 1 písm. b)

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

K bodu 83 (§ 67b ods. 1 písm. d))

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

K bodu 84 (§ 67b ods. 1 písm. j))

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

K bodu 85 (§ 67b ods. 1)

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

dát, aplikácia kalkulačnej príručky). Zároveň sa ruší povinnosť pre ministerstvo zabezpečovať odbornú prípravu na získanie odbornej spôsobilosti a ich ďalšie vzdelávanie.

K bodu 86 (§ 67b ods. 2)

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

K bodu 87 (§ 67b ods. 3 písm. f))

Legislatívno-technická úprava z dôvodu precizovania textu.

K bodu 88 (§ 67c)

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

K bodu 89 (§ 76 ods. 1)

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

K bodu 90 (§ 76 ods. 3 písm. c))

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

K bodu 91 (§ 76 ods. 3 písm. h))

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

K bodu 92 (§ 76 ods. 5 bod 8.)

Úrad vlády SR plní v zmysle viacerých právnych predpisov úlohy orgánu zabezpečujúceho ochranu finančných záujmov EÚ. V rámci plnenia týchto úloh je Úrad vlády SR okrem iného aj koordinačným útvarom pre boj proti podvodom podľa nariadenia EP a Rady (EÚ, Euratom) č. 883/2013, ktorý svoje úlohy vykonáva aj prostredníctvom poskytovania súčinnosti pri

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

K bodu 93 (§ 76 ods. 5 trinásty bod)

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

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

K bodu 94 (§ 76 ods. 6)

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

K bodom 95 (§ 76 ods. 10)

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

K bodu 96 (Prechodné ustanovenia)

K odsekom 1 a 2

Vzhľadom k skutočnosti, že výkon dohľadu nad zdravotnou starostlivosťou a konania o udelení pokuty zdravotným poisťovňam prebiehajú aj na prelome kalendárnych rokov, je nevyhnutné

stanoviť akým spôsobom sa majú subjekty vysporiadať pri prebiehajúcich konaniach po nadobudnutí účinnosti zákona. Navrhuje sa, aby výkon dohľadu, ktorý nebol právoplatne ukončený do 31. decembra bol dokončený v znení, ktoré bolo účinné do totožného dátumu. Rovnako sa bude postupovať pri konaniach o uložení pokuty zdravotným poisťovňami.

K odseku 3

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

K odseku 4 a 6

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

K bodu 97 (Príloha č. 1)

Návrhy na zmenu vzorca pre limit prevádzkových nákladov alebo zmenu % a koeficientu sa navrhujú z dôvodu, že súčasný limit na prevádzkové náklady nedostatočne zohľadňuje výšku oprávnených nákladov malých zdravotných poisťovní a výšku fixných nákladov zdravotnej poisťovne (aj malá zdravotná poisťovňa musí mať zabezpečenú verejnú minimálnu sieť, zabezpečené IT systémy a podobne).

K čl. II (zákon č. 480/2002 Z. z.)

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

K čl. III (zákon č. 576/2004 Z. z.)

K bodom 1 a 2 (§ 10a ods. 2)

Rozširuje sa povinnosť zariadenia sociálnej pomoci poskytujúceho ošetrovateľskú starostlivosť, dodržiavať pri vedení zdravotnej dokumentácie aj ustanovenia § 21 ods. 4 až 6 zákona č. 576/2004 Z. z. Zariadeniu sociálnej pomoci, ktoré poskytuje ošetrovateľskú starostlivosť, sa ustanovuje povinnosť požiadať o zápis do registra zariadení sociálnej pomoci

poskytujúcich ošetrovateľskú starostlivosť vedeného úradom pre dohľad. Väčšina zariadení sociálnej pomoci, ktoré v praxi poskytujú, resp. mali by poskytovať ošetrovateľskú starostlivosť, sa do tohto registra neprihlási, v dôsledku čoho úrad pre dohľad nemá vedomosť o tom, ktoré zariadenie sociálnej pomoci poskytuje ošetrovateľskú starostlivosť, čo je podstatná informácia na posúdenie, či je úrad pre dohľad kompetentný v zariadení vykonávať dohľad nad ošetrovateľskou starostlivosťou. Získavanie tejto informácie predlžuje vybavenie podnetov občanov a zbytočne zaťažuje aj samotné zariadenia.

K bodu 3 (§ 12)

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

K bodom 4 a 5 (§ 17 ods. 1 a 2)

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

K bodu 6 (§ 25 ods. 1 písm. k)

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

K bodu 7 (§ 25 ods. 2)

Platná právna úprava je koncipovaná tak, že podľa niektorých výkladov bráni sprístupniť zdravotnú dokumentáciu vedenú v písomnej forme prostredníctvom zaslania jej kópie (viď znenie § 25 ods. 2 v spojení s ods. 5 zákona č. 576/2004 Z. z., ktorý upravuje ako sa sprístupnenie realizuje). Vzhľadom na problémy z aplikačnej praxe navrhujeme doplniť, že

dohliadaný subjekt na základe žiadosti oprávnenej osoby sprístupní dokumentáciu aj zaslaním jej kópie osobe oprávnenej na dohľad. Sprístupňovanie zdravotnej dokumentácie formou zaslania kópie bude musieť spĺňať bezpečnostné opatrenia tak, aby boli poskytnuté dostatočné záruky pre práva dotknutých osôb.

K čl. IV (zákon č. 577/2004 Z. z.)

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

K čl. V (zákon č. 578/2004 Z. z.)

K bodu 1 (§ 19 ods. 1 písm. l))

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

K bodu 2 (§ 19 ods. 4 písm. e))

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

K bodu 3 (§ 79 ods. 1 písm. af))

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

K bodu 4 (§ 79 ods. 1 písm. zb))

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

K bodom 5 až 8 (§ 79 ods. 1 písm. zb prvý až štvrtý bod)

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

K bodu 9 (§ 79 ods. 1 písm. ze))

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

K bodu 10 (§ 79 ods. 10 a 12)

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

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

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

K bodu 13 (§ 81 ods. 1 písm. j))

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

K bodu 14 (§ 82 ods. 22)

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

K čl. VI (580/2004 Z. z.)**K bodu 1 (§ 3 ods. 2 písm. c))**

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

K bodom 2 a 4 (§ 3 ods. 3 písm. a), § 3 ods. 12)

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

povinnosť vypisovať a doručovať prihlášku do nimi zvolenej zdravotnej poisťovne a boli im vystavované a doručované preukazy zdravotnej poisťovne.

K bodu 3 (§ 3 ods. 3 písm. b))

Navrhuje sa, aby pre vznik účasti na verejnom zdravotnom poistení cudzincov nebolo postačujúcou podmienkou vydanie oprávnenia na výkon podnikania, ale aj existencia povolenia na pobyt v SR. Uvedená zmena sa navrhuje z dôvodu, že v praxi vznikajú často situácie, kedy cudzinec má vydané živnostenské oprávnenie, avšak príslušný orgán ešte nerozhodol o udelení pobytu a cudzinec ešte nevstúpil na územie SR a živnosť nemôže ešte vykonávať. Obdobne, napr. v prípade administratívneho vyhostenia cudzinca dochádza k situáciám, že živnosť cudzinca nie je ukončená, pričom on sám už na území SR nie je, nemôže si plniť oznamovacie povinnosti voči zdravotnej poisťovni a ani nemôže platiť poisťné. Nastávajú situácie, kedy zdravotným poisťovňam vznikajú pohľadávky, ktoré sú nevyhľaditeľné.

K bodom 5 a 13 (§ 6 ods. 4 písm. a), § 6 ods. 11, písm. c))

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

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

K bodu 6 (§ 6 ods. 5)

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

K bodu 7 (§ 6 ods. 5)

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

K bodom 8, 17 a 19 (§ 6 ods. 9, § 8 ods. 1, § 8 ods. 1 písm. g, 8 ods. 7))

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

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

Ustanovujú sa pravidlá, kedy je zdravotná poisťovňa povinná odmietnuť prijatie a potvrdenie prihlášky poistenca. Zdravotná poisťovňa nemôže prijať každú prihlášku, ktorá jej je doručená. Prijatiu prihlášky by mala predchádzať kontrola spôsobu podania prihlášky, úplnosti a rozsahu údajov, ktorými zdravotné poisťovne disponujú aj správnosti údajov uvádzaných na prihláške (§ 8). Tento mechanizmus plní predovšetkým preventívnu funkciu, eliminuje riziko tzv. nezákonných prepoistení. Nakoľko sa však v aplikačnej praxi v tejto súvislosti vyskytli výkladové rozdiely, za účelom odstránenia akýchkoľvek pochybností je potrebné do zákona doplniť znenie, z ktorého bude jednoznačne zrejmé, že ak prihláška neobsahuje obligatórne zákonné náležitosti, zdravotná poisťovňa takúto prihlášku bez odstránenia týchto nedostatkov nemôže akceptovať.

Z dôvodu eliminácie nezákonných prepoistení sa ustanovujú štyri spôsoby podania prihlášky a ich náležitosti. Za účelom riadnej identifikácie poistenca sa stanovuje, že prihlášku môže poistencem alebo osobou oprávnenou konať za poistenca podať na pracovisku zdravotnej poisťovne, kde ho pracovník zdravotnej poisťovne overí podľa identifikačného dokladu, ďalej poštou alebo

elektronickými prostriedkami, kedy na overenie identifikácie poistenca slúži fotokópia identifikačného dokladu poistenca alebo osoby oprávnenej konať za poistenca, ktorá je povinnou prílohou takto podanou prihláškou, v ostatných prípadoch podania prihlášky musí byť podpís poistenca alebo osoby oprávnenej konať za poistenca úradne osvedčený. Tento mechanizmus plní predovšetkým preventívnu funkciu.

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

K bodom 9 a 11 (§ 6 ods. 10 písm. a), § 6 ods. 11 písm. a))

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

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

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

K bodu 14 (§ 6 ods. 14 a 15)

K odseku 14

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

K odseku 15

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

K bodom 16, 19 a 58 (8a, § 25 ods. 1 písm. b))

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

K bodu 17 (§ 8 ods. 1 písm. b))

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

K bodu 18 (§ 8 ods. 7)

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

K bodom 20 až 24 a 36 (§ 9 ods. 2 až 4, § 9 ods. 5, § 9 ods. 7 písm. e), § 9 ods. 8, § 10 ods. 6)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

zdravotnú starostlivosť týmto osobám poskytnú alebo nie. Lekári by ale nemali byť pred takúto dilemu vôbec postavení.

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

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

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

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

K bodom 25 až 30 (§ 9f)

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

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

Smernica EP a Rady 2011/24/EÚ o uplatňovaní práv pacientov pri cezhraničnej zdravotnej starostlivosti nepredpokladá, že by žiadosť o predchádzajúci súhlas mohla byť zamietnutá, napr. na základe absencie vyúčtovania nákladov alebo na základe toho, že pacient nedoložil potvrdenie o prijatí od zahraničného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. V zmysle judikatúry Súdneho dvora Európskej únie vyplýva, že čl. 20 nariadenia 883/2004 v spojení s článkom 26 ods. 4 nariadenia č. 987/2009 nevyžadujú aby lekárske stanovisko podporujúce žiadosť o predchádzajúci súhlas týkajúci sa liečby, ktorá sa má poskytnúť v inom členskom štáte, než je členský štát bydliska poistenca, vydal lekár pôsobiaci vo verejnom systéme zdravotného poistenia členského štátu bydliska tohto poistenca, a nebráni ani tomu, aby sa v priebehu konania vo veci vydania súhlasu zohľadnilo druhé lekárske stanovisko vydané lekárom pôsobiacim v členskom štáte, do ktorého poistenec zamýšľa pricestovať na účely tejto liečby.²⁸

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

K bodom 31 až 34 a 61 (§ 9h, § 38ezc ods. 1)

Žiadatelia o azyl, žiadatelia o poskytnutie dočasného útočiska a osoby v programe dobrovoľných asistovaných návratov majú aj v súčasnosti nárok na poskytnutie a úhradu neodkladnej zdravotnej starostlivosti. Táto zdravotná starostlivosť je v súčasnosti zabezpečovaná prostredníctvom Ministerstva vnútra SR. Pre zjednodušenie procesu poskytovania a úhrady tejto zdravotnej starostlivosti sa navrhuje, aby bola zabezpečovaná prostredníctvom zdravotnej poisťovne, ktorej následne náklady refunduje MZ SR. Nejedná sa o rozšírenie rozsahu nároku, iba o administratívnu zmenu pri realizácii úhrady, pričom táto zmena je v prospech týchto osôb a tiež aj v prospech poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Poskytovanie zdravotnej starostlivosti týmto osobám bude prebiehať u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti na celom území SR, ktorí si následne budú (elektronicky, cez dávky) fakturovať túto zdravotnú starostlivosť na Všeobecnú zdravotnú poisťovňu, a. s.. Ak by VŠZP tento údaj nemala k dispozícii, museli by lekári k fakturácii predkladať aj identifikačné doklady týchto osôb, následne by si ich musela VŠZP jednotlivo preverovať na MV SR, pričom celý proces poskytovania a uhrádzania zdravotnej starostlivosti by sa neúmerne predlžil, skomplikoval a zbyrokratizoval. Údaje o začatí konania o udelenie azylu ministerstvo vnútra neoznamuje v prípade, ak o udelenie azylu požiada cudzinec, ktorý má na území Slovenskej republiky udelený prechodný pobyt alebo trvalý pobyt, alebo už má udelený azyl alebo poskytnutú doplnkovú ochranu. Údaje o ukončení konania o udelenie azylu ministerstvo vnútra oznamuje aj v prípade, ak sa žiadateľovi v konaní udelil azyl alebo poskytla doplnková ochrana, ale cudzinec je stále aj žiadateľom vzhľadom na prípadné preskúmanie rozhodnutia o neudelení azylu alebo neposkytnutí doplnkovej ochrany v tej časti, ktorej sa mu nevyhovelo.

K bodu 35 (§ 10 ods. 4)

Súčasná právna úprava vyžaduje predkladanie faktúr za poskytnutú zdravotnú starostlivosť v cudzine na prelome rokov, a to za každých okolností vo vzťahu k všetkým poistencom, ktorí

²⁸ Rozsudok zo 6. októbra 2021, TS a i., C-538/19, EU:C:2021:809.

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

K bodu 37 (§ 10a ods. 1)

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

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

K bodom 38, 40 a 45 (§ 10b ods. 2, § 13 ods. 2, § 16 ods. 2 písm. b))

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

K bodom 39, 41, 42, 44, 46, 47 a 49 (§ 13 ods. 1, § 13 ods. 5, § 13 ods. 10 a 11, § 13b, § 16 ods. 8 písm. f), § 16a, § 19 ods. 1)

Navrhuje sa zavedenie minimálneho vymeriavacieho základu pre zamestnanca. Na rozdiel od ostatných skupín platiteľov poistného (osoby samostatne zárobkovo činné a dobrovoľne nezamestnané osoby) neexistuje u zamestnanca žiaden minimálny vymeriavací základ. Zamestnancovi postačuje akýkoľvek čiastkový úväzok na to, aby uhradil poistné na verejné zdravotné poistenie zo sumy reálne vyplatenej z tohto úväzku. Kvôli tomuto nedostatku dochádza k špekulatívnym uzatváraniam pracovných pomerov (napr. úväzok 1/10 a pod.), tieto osoby platia mesačne poistné na úrovni niekoľko eur a majú zabezpečené verejné zdravotné poistenie (ak by nemali žiaden úväzok a boli by dobrovoľne nezamestnaní, vznikla by im povinnosť platiť poistné na úrovni minimálnej výšky odvodu, čo je pre rok 2022 suma 79,31 eur mesačne). Preto sa navrhuje zavedenie minimálneho vymeriavacieho základu zamestnanca. Ak zamestnanec nebol zamestnancom celé rozhodujúce obdobie, minimálny vymeriavací základ sa bude pomerne krátiť. Minimálny vymeriavací základ sa nemá vzťahovať na zamestnanca, ktorý je zároveň poistencom štátu (napr. poberateľ dôchodku). Ak príjem zamestnanca nedosiahne úroveň minimálneho vymeriavacieho základu, zamestnanec bude musieť odvieť poistné na verejné zdravotné poistenie z minimálneho vymeriavacieho základu.

K bodu 43 (§ 13 ods. 13)

Navrhuje sa minimálna hranica pri určení platby za poistencov štátu. Vzhľadom k skutočnosti, že súčasná definícia platby za poistencov štátu neobsahuje žiadne ani približné určenie

minimálnej sumy, ktorú by mal štát za svojich poistencov uhradiť, príprava rozpočtu zdravotných poisťovní na ďalší rok a s tým súvisiace rokovania o zmluvách s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti obsahujú značnú mieru neistoty. Zároveň sa z platby za poistencov štátu stáva politikum, kedy sa táto suma určuje nie s ohľadom na potrebu zabezpečenia zdravotnej starostlivosti poistencom, ale s cieľom čo najviac šetriť zdroje z Ministerstva financií SR. Vedľajším prejavom tohto stavu je stále klesajúci podiel platby za poistencov štátu na celkových zdrojoch verejného zdravotného poistenia a deficitné financovanie celého systému, vrátane poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Vo všeobecnosti možno skonštatovať, že poistenci štátu patria k najnákladnejším skupinám poistencov, pričom vývoj platby za túto skupinu v posledných rokoch tomu nezodpovedá.

rok	2013	2014	2015	2016	2017
platba za poistencov štátu	1 269 613 310	1 206 432 312	1 369 678 843	1 390 378 659	1 291 648 897
(rok – 2)	2011	2012	2013	2014	2015
hrubý domáci produkt SR	71 477 100 000	73 360 800 000	74 217 300 000	76 092 700 000	79 888 100 000
podiel platby na hrubom domácom produkte SR	1,78%	1,64%	1,85%	1,83%	1,62%

rok	2018	2019	2020	2021
platba za poistencov štátu	1 190 115 914	1 203 811 958	1 139 028 589	1 290 425 853
(rok – 2)	2016	2017	2018	2019
hrubý domáci produkt	81 014 300 000	84 442 900 000	89 430 000 000	94 048 000 000
podiel platby na hrubom domácom produkte	1,47%	1,43%	1,27%	1,37%

Navrhuje sa určenie minimálnej platby za poistencov štátu na úrovni 1,9 % z hrubého domáceho produktu SR spred dvoch rokov, vzhľadom k predpokladanému starnutiu populácie a vyššiemu počtu poistencov štátu. Výška percenta sa navrhuje s ohľadom na skutočnosť, že sa očakáva postupné ďalšie predlžovanie strednej dĺžky života predovšetkým seniorskej populácie. Keďže očakávaný vývoj počtu seniorov (ktorí sú výrazne zastúpení medzi osobami, za ktoré platí poisťné štát) sa nesie v znamení pokračovania vzostupného trendu, aj samotný vývoj počtu poistencov štátu bude mať rastúcu tendenciu. Pokiaľ ide o vývoj počtu osôb vo veku nad 65 rokov, v druhej polovici 20. rokov 21. storočia by mohlo dôjsť k prelomeniu 20% hranice z celkovej populácie Slovenska, na začiatku 40. rokov by štvrtina slovenskej populácie mala byť staršia ako 65 rokov a nakoniec v horizonte prognózy do r. 2060 by sme mohli hovoriť o približne každom treťom obyvateľovi Slovenska, ktorý by spĺňal chronologicky stanovenú definíciu seniora.²⁹ Vzhľadom k predpokladanému nárastu počtu seniorov, a teda aj poistencov štátu, je potrebné nastaviť takú minimálnu hranicu pre platbu poisťného za túto skupinu, ktorá bude zodpovedať vyššie popísaným trendom.

K bodu 48 (§ 17c ods. 1 písm. b))

Zo súčasného znenia zákona nie je jednoznačný časový termín odpisu pohľadávky zdravotnej poisťovne v prípade splnenia reštrukturalizačného plánu (ďalej len „RP“), resp. časový okamih v otázke dĺžky evidovania iného majetkového práva veriteľa, kt. má byť uspokojený zo zisku dlžníka. S prihliadnutím aj na ustanovenie § 155a a § 159b zákona č. 7/2005 Z. z o konkurze a

²⁹ Branislav Šprocha, Pavol Ďurček: Starnutie populácie Slovenska v čase a priestore, SAV 2019, ISBN 978-80-89524-39-6

reštrukturalizácií v znení účinnom od 29.04.2015 do 31.12.2016, ako aj v znení účinnom od 01.01.2017 bez zmeny doterajšej právnej úpravy môže nastať stav, že dlžník bude po splnení RP dlhodobo evidovaný v zozname dlžníkov. Teda do času vykonania odpisu pohľadávky, ktorého termín zo súčasného znenia zákona nie je jednoznačný. Navrhovanou zmenou právnej úpravy by sa stanovil presný okamih odpisu pohľadávky - t.j. po splnení RP. Odpis pohľadávky neznamena jej zánik, ak by platiteľ poisťného v budúcnosti generoval zisk, tak zdravotná poisťovňa má nárok na uspokojenie odpísanej pohľadávky zo zisku platiteľa vykazaného v účtovnej závierke, ktorý platiteľ poisťného nepotrebuje k zachovaniu prevádzky podniku alebo jej podstatnej časti predpokladanej plánom (viď § 159b ods. 1 ZKR). Odpis pohľadávky by teda nevyučoval uplatnenie postupu veriteľa podľa § 159a a § 159b ZKR v prípade splnenia zákonných podmienok. Spresnenie právnej úpravy je dôvodné jednak za účelom stanovenia presných pravidiel odpisovania nevyožiteľných pohľadávok na poisťnom a jednak za účelom zabezpečenia právnej istoty na strane veriteľa ako aj na strane dlžníka.

K bodu 50 (§ 19 ods. 19)

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

K bodu 51 (§ 21 ods. 1)

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

K bodu 52 (§ 22 písm. l))

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

K bodu 53 (§ 23 ods. 6)

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

K bodu 54 (§ 23 ods. 12)

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

K bodu 55 (§ 23 ods. 17)

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

K bodu 56 a 57 (§ 25 ods. 1)

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

K bodu 58 (§ 26 ods. 1 písm. a))

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

K bodu 59 (§ 25 ods. 4 a 5)

Úrad vlády SR plní v zmysle viacerých právnych predpisov úlohy orgánu zabezpečujúceho ochranu finančných záujmov EÚ. V rámci plnenia týchto úloh je Úrad vlády SR okrem iného aj koordinačným útvarom pre boj proti podvodom podľa nariadenia EP a Rady (EÚ, Euratom) č. 883/2013, ktorý svoje úlohy vykonáva aj prostredníctvom poskytovania súčinnosti pri administratívnom vyšetrowaní 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 vyšetrowaní informácie, ktoré sú uvedené v § 25 ods. 4 písm. a) až c) zákona č. 580/2004 Z. z., nie je *de facto* možné tieto informácie od zdravotnej poisťovne získať, nakoľko Úrad vlády SR nemá so zdravotnými poisťovňami informačný systém verejnej správy, prostredníctvom ktorého by bolo možné získať informácie v takomto rozsahu. Preto sa na efektívne plnenie úloh koordinačného útvaru pre boj proti podvodom dôležité upravuje ustanovenie § 25 zákona č. 580/2004 Z. z. a § 76 ods. 5 písm. a) bod 8 zákona č. 581/2004 Z. z. tak, aby sa možnosti

stanovené legislatívou dali aj reálne využiť v praxi, a to najmä za účelom ochrany finančných záujmov EÚ a SR.

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

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

K bodu 60 (§ 29b ods. 1 písm. d))

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

K čl. VII (zákon č. 540/2021 Z. z.)

K bodu 1 (§ 2 ods. 7 až 9)

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

Bolo nelogické viazať plynutie lehoty časovej dostupnosti na prvú indikáciu konkrétnej medicínskej služby (akýmkoľvek) nemocničným lekárom. To, že lekár v nemocnici indikuje poskytnutie konkrétneho výkonu zdravotnej starostlivosti, žiaľ, neznamená, že poistenec ako pacient súhlasí s poskytnutím indikovaného výkonu, ani že s ním súhlasí v čase prvej indikácie, ani, ak súhlasí s výkonom, že má záujem, aby mu bol poskytnutý v nemocnici, kde mu bol indikovaný. Lehota plánovanej starostlivosti z pohľadu pacienta, logicky, môže začať plynúť až vtedy, keď s jej poskytnutím prejaví súhlas a je mu vyhotovený návrh na plánovanú starostlivosť. Poistenec sa môže kedykoľvek rozhodnúť, že si podstúpenie indikovaného zdravotného výkonu rozmyslí, alebo navštívi iné pracovisko. Až sa nakoniec rozhodne pre podstúpenie zdravotného výkonu v konkrétnej nemocnici a pristúpi na vyhotovenie návrhu, lehota časovej dostupnosti ústavnej starostlivosti už môže byť na svojom konci, alebo uplynúť. Ak by bola zachovaná pôvodná dikcia zákona mohli by nastávať situácie, v ktorých by indikujúci lekár poistenca odmietol ešte pri indikácii s odôvodnením, že mu nemôže dať termín kvôli vlastnej vyťaženosti taký, ktorý by prekročoval lehotu plánovanej starostlivosti pri danej medicínskej službe. Dochádzalo by k situáciám, kedy by boli všetky lehoty v súlade s vyhláškami, avšak v skutočnosti by sa poistenci odsúvali na iné termíny, mimo oficiálne zaznamenaných štatistík. Zdravotná poisťovňa by tak bez vystaveného návrhu nemohla hľadať pre poistenca náhradu. Preto sa ustanovuje, že lekár nemôže odmietnuť vystaviť poistencovi návrh na plánovanú zdravotnú starostlivosť iba na základe dôvodu, že predpokladaný dátum plánovanej starostlivosti prekročí časovú dostupnosť medicínskej služby. V praxi môže nastať situácia, kedy poistenec môže sám akceptovať dlhšiu lehotu čakania, ako je lehota časovej dostupnosti určená vyhláškou, napr. z dôvodu, že preferuje daného poskytovateľa/ lekára.

Ustanovuje sa, že lekár nemôže nestanoviť lehotu plánovanej zdravotnej starostlivosti a nevystaviť návrh iba z dôvodov, že prevádzkovateľ nemocnice nevie garantovať časovú dostupnosť medicínskej služby. Práve prevádzkovateľ nemocnice by mal byť garantom, že poistenec sa dostane k plánovanej zdravotnej starostlivosti v intenciách časovej dostupnosti ústavnej starostlivosti stanovenej kategorizáciou ústavnej zdravotnej starostlivosti. A malo by byť primárne vecou prevádzkovateľa nemocnice prijať také organizačno-technické opatrenia

aby časovú dostupnosť vedel garantovať. Parameter časovej dostupnosti sa vyhodnocuje v rámci vyhodnocovania siete pre všetky nemocnice. Rovnako sa uvedené vzťahuje aj na poskytovateľa jednodňovej zdravotnej starostlivosti, ak poskytuje rovnaké medicínske služby, pre ktoré kategorizácia ústavnej zdravotnej starostlivosti ustanovila časovú dostupnosť ústavnej starostlivosti.

K bodu 2 (§ 39)

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

K bodu 3 (§ 40)

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

Navrhuje sa upraviť postup ak existujú duplicitné návrhy na plánovanú starostlivosť tak, že skorší (pôvodný, starší) návrh zdravotná poisťovňa zamietne nakoľko novší návrh presnejšie

odzrkadľuje momentálnu vôľu poistenca. Keďže poistenec vedome prejavil preferenciu dlhšieho čakania na plánovanú zdravotnú starostlivosť, povinnosť zdravotnej poisťovne postupovať podľa § 42 ods. 12 a 13 sa neuplatňuje. Poistenec by si mal byť vedomý duplicity pri podpise návrhu na plánovanú zdravotnú starostlivosť a takisto by si mal byť vedomý, že svojím podpisom nového návrhu súhlasí s vyradením pôvodne podpísaného návrhu na identickú plánovanú zdravotnú starostlivosť. Ak poistenec požiada iného poskytovateľa prevádzkovateľa nemocnice o vystavenie návrhu na plánovanú starostlivosť, malo by byť povinnosťou zdravotnej poisťovne túto jeho vôľu rešpektovať.

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

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

Navrhuje sa zmena znenia § 40 ods. 13 písm. b), ktorý odkazuje na § 9b ods. 10 zákona č. 580/2004 Z. z. v z. n. p., t.j. plánovanú zdravotnú starostlivosť v inom členskom štáte, jednak určuje, že má byť pri vydávaní nárokového dokladu dodržaný proces, uvedený v § 9b citovaného zákona, čo predpokladá podanie riadne vyplnenej žiadosti zo strany poistenca (žiadosť musí obsahovať meno, priezvisko, dátum narodenia, rodné číslo, ak je pridelené, adresu bydliska poistenca, diagnózu poistenca a odôvodnenie potreby plánovanej zdravotnej starostlivosti v cudzine poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, potvrdenie zdravotnej indikácie a odôvodnenie potreby poskytnutia navrhovanej liečby v cudzine klinickým pracoviskom príslušného špecializačného odboru, výpočet predpokladaných nákladov

plánovanej zdravotnej starostlivosti v cudzine vypracovaný poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v cudzine, kde sa má zdravotná starostlivosť poskytnúť, a potvrdenie o možnom prijatí poistenca u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti v cudzine). § 40 vo svojom odseku 13 písm. b) zákona č. 540/2021 Z. z. neprinášalo nič nové, resp. žiaden benefit pre poistenca. Toto právo, t.j. požiadať o vydanie nárokového dokladu podľa § 9b ods. 10 písm. a), teda z dôvodu, že „ochorenie nie je možné liečiť v Slovenskej republike v lehote časovej dostupnosti ústavnej zdravotnej starostlivosti stanovenej kategorizáciou ústavnej zdravotnej starostlivosti“ má poistenec aj dnes, a keďže ide o správne konanie, predpokladá aj určitú časovú náročnosť. Preto sa navrhuje ustanoviť ako z časového hľadiska pre poistenca výhodnejšie a logickejšie riešenie odkázať sa na § 9d zákona č. 580/2004 Z. z. s tým, že právo požiadať § 9f ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z. o dodatočné vydanie súhlasu podľa § 9b ods. 10 citovaného zákona mu zostane zachované resp. poistenec bude tak či tak oprávnený požiadať o vydanie predchádzajúceho súhlasu podľa § 9b ods. 10 písm. a) citovaného zákona.

K bodu 5 (§ 42)

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

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

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

K bodom 6 až 10 (§ 43 ods. 1)

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

K bodu 11

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

K bodom 12 až 14 (účinnosť)

Vzhľadom na predpokladaný reálny termín nadobudnutia platnosti návrhu novely publikovaním v zbierke zákonov v priebehu mesiaca december a vzhľadom na technickú implementačnú náročnosť všetkých predpokladaných zmien v návrhu novely, bude legisvakačná doba do 1. januára 2023 neadekvátne. Minimálny časový posun na implementáciu technického riešenia sú tri mesiace. Bežne je nevyhnutné na implementáciu technických zmien minimálne šesť mesiacov, v tomto prípade je nevyhnutné ráta s tým, že veľa vecí je možné si predpripraviť na základe existujúceho zákona. Finálne riešenie však potrebuje aspoň 3 mesiace mesiace od schválenia definitívneho znenia návrhu.

Čl. VIII (153/2013 Z. z.)

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

K čl. IX (účinnosť)

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

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

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