

VYHODNOTENIE MEDZIREZORTNÉHO PRIPOMIENKOVÉHO KONANIA

Zákon, ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a ktorým sa menia a dopĺňajú niektoré zákony

Spôsob pripomienkového konania riadny – 15 pracovných dní
 Počet vznesených pripomienok, z toho zásadných 823 /486
 Počet vyhodnotených pripomienok 823

Počet akceptovaných pripomienok, z toho zásadných 0 /0
 Počet čiastočne akceptovaných pripomienok, z toho zásadných 0 /0
 Počet neakceptovaných pripomienok, z toho zásadných 0 /0

Rozporové konanie (s kým, kedy, s akým výsledkom) MIRRI- 5.9.2022; MPSVaR, MHSR, MŠVVaŠ, MZV SR, MFSR – 6.9.2022; AZZZ, KOZ, MSSR – 7.9.2022; ÚVSR – 12.9.; ÚOOÚ – 14.9.2022
 Rozpor trvá s MFSR, MPSVaR, MZV SR, ÚVSR

Počet odstránených pripomienok
 Počet neodstránených pripomienok

Sumarizácia vznesených pripomienok podľa subjektov

Č.	Subjekt	Pripomienky do termínu	Pripomienky po termíne	Nemali pripomienky	Vôbec nezaslali
1.	Asociácia finančných sprostredkovateľov a finančných poradcov	3 (1o,2z)	0 (0o,0z)		
2.	Asociácia nemocníc Slovenska	2 (0o,2z)	0 (0o,0z)		
3.	Asociácia na ochranu práv pacientov SR	48 (2o,46z)	0 (0o,0z)		
4.	Asociácia priemyselných zväzov a dopravy	3 (0o,3z)	0 (0o,0z)		

5.	Asociácia súkromných lekárov Slovenskej republiky	20 (0o,20z)	0 (0o,0z)		
6.	Asociácia zamestnávateľských zväzov a združení Slovenskej republiky	3 (0o,3z)	0 (0o,0z)		
7.	DÔVERA zdravotná poisťovňa, a. s.	133 (20o,113z)	0 (0o,0z)		
8.	Generálna prokuratúra Slovenskej republiky	3 (3o,0z)	0 (0o,0z)		
9.	Inštitút zamestnanosti	3 (1o,2z)	0 (0o,0z)		
10.	Klub 500	1 (0o,1z)	0 (0o,0z)		
11.	Konfederácia odborových zväzov Slovenskej republiky	9 (0o,9z)	0 (0o,0z)		
12.	Kancelária Rady pre rozpočtovú zodpovednosť	6 (4o,2z)	0 (0o,0z)		
13.	Ministerstvo dopravy a výstavby Slovenskej republiky	23 (23o,0z)	0 (0o,0z)		
14.	Ministerstvo financií Slovenskej republiky	17 (5o,12z)	0 (0o,0z)		
15.	Ministerstvo hospodárstva Slovenskej republiky	7 (3o,4z)	0 (0o,0z)		
16.	Ministerstvo investícií, regionálneho rozvoja a informatizácie Slovenskej republiky	3 (2o,1z)	0 (0o,0z)		
17.	Ministerstvo obrany Slovenskej republiky	37 (37o,0z)	0 (0o,0z)		
18.	Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky	33 (16o,17z)	0 (0o,0z)		
19.	Ministerstvo spravodlivosti Slovenskej republiky	51 (32o,19z)	0 (0o,0z)		
20.	Ministerstvo školstva, vedy, výskumu a športu Slovenskej republiky	9 (8o,1z)	0 (0o,0z)		
21.	Ministerstvo vnútra Slovenskej republiky	12 (12o,0z)	0 (0o,0z)		
22.	Ministerstvo zahraničných vecí a európskych záležitostí Slovenskej republiky	1 (0o,1z)	0 (0o,0z)		

23.	Národná banka Slovenska	6 (6o,0z)	0 (0o,0z)		
24.	Notárska komora Slovenskej republiky	3 (0o,3z)	0 (0o,0z)		
25.	Odbor aproximácie práva sekcie vládnej legislatívy Úradu vlády SR	16 (16o,0z)	0 (0o,0z)		
26.	Protimonopolný úrad Slovenskej republiky	1 (1o,0z)	0 (0o,0z)		
27.	Republiková únia zamestnávateľov	2 (1o,1z)	0 (0o,0z)		
28.	Slovenská banková asociácia	2 (0o,2z)	0 (0o,0z)		
29.	Slovenská komora exekútorov	1 (0o,1z)	0 (0o,0z)		
30.	Slovenská komora zubných lekárov	2 (0o,2z)	0 (0o,0z)		
31.	Slovenská lekárnická komora	2 (2o,0z)	0 (0o,0z)		
32.	Slovenská lekárska komora	12 (0o,12z)	0 (0o,0z)		
33.	Slovenská pošta, a.s.	8 (2o,6z)	0 (0o,0z)		
34.	Nezávislá platforma SocioFórum, o.z.	1 (0o,1z)	0 (0o,0z)		
35.	Sociálna poisťovňa, Ul. 29 augusta č. 8 a 10, 813 63 Bratislava 1	3 (1o,2z)	0 (0o,0z)		
36.	Slovenská poľnohospodárska a potravinárska komora	1 (0o,1z)	0 (0o,0z)		
37.	Štatistický úrad Slovenskej republiky	3 (3o,0z)	0 (0o,0z)		
38.	Úrad pre dohľad nad výkonom auditu	3 (1o,2z)	0 (0o,0z)		
39.	Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou	102 (58o,44z)	0 (0o,0z)		
40.	Únia miest Slovenska	1 (0o,1z)	0 (0o,0z)		

41.	Union zdravotná poisťovňa, a.s.	81 (30o,51z)	0 (0o,0z)		
42.	Univerzitná nemocnica Martin	1 (1o,0z)	0 (0o,0z)		
43.	Úrad na ochranu osobných údajov Slovenskej republiky	11 (1o,10z)	0 (0o,0z)		
44.	Úrad vlády Slovenskej republiky	4 (0o,4z)	0 (0o,0z)		
45.	Verejnosť	5 (5o,0z)	0 (0o,0z)		
46.	Všeobecná zdravotná poisťovňa, a. s.	106 (38o,68z)	0 (0o,0z)		
47.	Zväz ambulancných poskytovateľov	10 (0o,10z)	0 (0o,0z)		
48.	Žilinský samosprávny kraj	9 (2o,7z)	0 (0o,0z)		
49.	Úrad jadrového dozoru Slovenskej republiky	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)	x	
50.	Ministerstvo pôdohospodárstva a rozvoja vidieka Slovenskej republiky	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)	x	
51.	Národný bezpečnostný úrad	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)	x	
52.	Úrad pre normalizáciu, metrológiu a skúšobníctvo Slovenskej republiky (Úrad vlády Slovenskej republiky, odbor legislatívy ostatných ústredných orgánov štátnej správy)	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)	x	
53.	Ministerstvo životného prostredia Slovenskej republiky	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)	x	
54.	Úrad geodézie, kartografie a katastra Slovenskej republiky	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)	x	
55.	Úrad priemyselného vlastníctva Slovenskej republiky	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)	x	
56.	Ministerstvo kultúry Slovenskej republiky	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)	x	
57.	Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)		x

58.	Úrad pre verejné obstarávanie	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)		x
59.	Úrad pre normalizáciu, metrológiu a skúšobníctvo Slovenskej republiky	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)		x
60.	Správa štátnych hmotných rezerv Slovenskej republiky	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)		x
61.	Najvyšší kontrolný úrad Slovenskej republiky	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)		x
62.	Najvyšší súd Slovenskej republiky	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)		x
63.	Národná rada Slovenskej republiky	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)		x
64.	Kancelária Ústavného súdu Slovenskej republiky	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)		x
65.	Združenie miest a obcí Slovenska	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)		x
66.	Splnomocnenec vlády Slovenskej republiky pre rómske komunity	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)		x
67.	Konferencia biskupov Slovenska	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)		x
	Spolu	823 (337o,486z)	0 (0o,0z)		

Vyhodnotenie vecných pripomienok je uvedené v tabuľkovej časti.

Vysvetlivky k použitým skratkám v tabuľke:

O – obyčajná A – akceptovaná
Z – zásadná N – neakceptovaná
ČA – čiastočne akceptovaná

Subjekt	Pripomienka	Typ	Vyh.	Odôvodnenie
AFISP	<p>1. Čl. I bod 7: v §6 ods. 9 zákona č.581.2004 Z.z. sa na konci vety pripája táto veta: „Fyzická osoba vykonávajúca nábor poistencov pre zdravotnú poisťovňu nesmie vykonávať žiadnu inú zárobkovú činnosť pre inú zdravotnú poisťovňu a nesmie byť osobou zapísanou Národnou bankou Slovenska v registri podľa osobitného zákona (pozn. 18aaa zákon č. 186/2009 Z.z.) alebo zamestnancom tejto osoby“ Pripomienka AFISP je zásadná: Exklúzia možnosti pracovať pre inú poisťovňu všeobecne vylučuje akékoľvek iné zamestnanie a akúkoľvek inú pracovnú pozíciu v inej poisťovni, pričom zákon neposkytuje žiadnu garanciu sociálneho zabezpečenia pri výkone náborovania takouto osobou. Jedná sa o zásadné obmedzenie, ktoré je v rozpore s Ústavou chránenými právami, vid' čl. 35 ods. 1 Ústavy Slovenskej republiky, zabezpečujúci právo na slobodu povolania, podnikania a uskutočňovania zárobkovej činnosti. Návrh na obmedzenie v tak zásadnom rozsahu nie je odôvodnený a nemožno ho akceptovať pre konflikt záujmov, na ktorý navrhovateľ poukazuje, pretože takýto konflikt záujmov neexistuje, pretože nie je použiteľný test proporcionality, ktorý pri regulácii výkonu povolania mal byť uskutočnený v súlade so zákonom č. 391/2020 Z.z. a so smernicou Európskeho parlamentu a Rady 2018/958 z 28.6.2018 o teste proporcionality pred prijatím novej regulácie povolania. Posledná časť vety „a nesmie byť osobou...“, ktorá vylučuje činnosť finančných sprostredkovateľov na náborovaní je neprijateľná v celom rozsahu a je v rozpore s princípom rovnosti v hospodárskej súťaži podnikateľských subjektov a v rozpore so zavádzaním rovnakých podmienok podnikania uplatnením tzv. „level playing field“ pre podnikateľské subjekty. Takto navrhované vylúčenie osôb plniacich vysoké kritéria odbornej spôsobilosti a dôveryhodnosti podľa zákona č. 186/2009 Z.z. o finančnom sprostredkovaní a finančnom poradenstve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. Cílené obmedzenie podnikania finančných agentov je zásadnou chybou, ktorá neobmedzí výkon povolania nekontrolovateľnými zamestnancami. Obmedzenie finančných sprostredkovateľov dohliadaných Národnou bankou Slovenska má priamy zásadný a negatívny dopad na podnikateľské prostredie Slovenskej republiky, spôsobuje v podnikaní značnú nerovnováhu a nezabezpečuje výkon náborovania pre jednotlivé zdravotné poisťovne skutočne dohliadanými subjektami Celé znenie čl. I bod 7 navrhujeme vypustiť.</p>	O	A	Ustanovenie vypustené.
AFISP	<p>1. Čl. I bod 7: v §6 ods. 9 zákona č.581.2004 Z.z. sa na konci vety pripája táto veta: „Fyzická osoba vykonávajúca nábor poistencov pre zdravotnú poisťovňu nesmie vykonávať žiadnu inú zárobkovú činnosť pre inú zdravotnú poisťovňu a nesmie byť osobou zapísanou Národnou bankou Slovenska v registri podľa osobitného zákona (pozn. 18aaa zákon č. 186/2009 Z.z.) alebo zamestnancom tejto osoby“ Pripomienka AFISP je zásadná: Exklúzia možnosti pracovať pre inú poisťovňu všeobecne vylučuje akékoľvek iné zamestnanie a akúkoľvek inú pracovnú pozíciu v inej poisťovni, pričom zákon neposkytuje žiadnu garanciu sociálneho zabezpečenia pri výkone náborovania takouto osobou. Jedná sa o zásadné obmedzenie, ktoré je v rozpore s Ústavou chránenými právami, vid' čl. 35 ods. 1 Ústavy Slovenskej republiky, zabezpečujúci právo na slobodu povolania, podnikania a uskutočňovania zárobkovej činnosti. Návrh na obmedzenie v tak zásadnom rozsahu nie je odôvodnený a nemožno ho akceptovať pre konflikt záujmov, na ktorý navrhovateľ poukazuje, pretože takýto konflikt záujmov neexistuje, pretože nie je použiteľný test proporcionality, ktorý pri regulácii výkonu povolania mal byť uskutočnený v súlade so</p>	Z	A	Ustanovenie vypustené.

	zákonom č. 391/2020 Z.z. a so smernicou Európskeho parlamentu a Rady 2018/958 z 28.6.2018 o teste proporcionality pred prijatím novej regulácie povolání. Posledná časť vety „a nesmie byť osobou...“, ktorá vylučuje činnosť finančných sprostredkovateľov na náborovaní je neprijateľná v celom rozsahu a je v rozpore s princípom rovnosti v hospodárskej súťaži podnikateľských subjektov a v rozpore so zavádzaním rovnakých podmienok podnikania uplatnením tzv. „level playing field“ pre podnikateľské subjekty. Takto navrhované vylúčenie osôb plniacich vysoké kritéria odbornej spôsobilosti a dôveryhodnosti podľa zákona č. 186/2009 Z.z. o finančnom sprostredkovaní a finančnom poradenstve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. Cielené obmedzenie podnikania finančných agentov je zásadnou chybou, ktorá neobmedzí výkon povolania nekontrolovateľnými zamestnancami. Obmedzenie finančných sprostredkovateľov dohliadaných Národnou bankou Slovenska má priamy zásadný a negatívny dopad na podnikateľské prostredie Slovenskej republiky, spôsobuje v podnikaní značnú nerovnováhu a nezabezpečuje výkon náborovania pre jednotlivé zdravotné poisťovne skutočne dohliadanými subjektami Celé znenie čl. I bod 7 navrhujeme vypustiť.			
AFISP	2. Čl. VIII bod 15 (§7 ods. 4 zákona) o zavedení akceptačných listov. Slovenská republika sa zaviazala znížiť administratívne zaťaženie osôb pri uplatňovaní svojich zákonných práv a povinností, uvedený návrh tomuto záväzku priamo odporuje a naopak administratívne zaťaženie priamo zvyšuje. Odôvodnenie o podvodných prepoisteniach nie je racionálne a akceptovateľné. Podvodné prepoistenia budú eliminované, ak samotný výkon náborovania a prepoisťovania bude zverených osobám, ktoré sú osobitne regulované a dohliadané a zabráni sa činnosti nekontrolovateľných osôb. Celé znenie čl. VIII bod 15 navrhujeme vypustiť.	Z	ČA	Vypustené ustanovenia o vylúčení finančných sprostredkovateľoch a akceptačnom liste. Ponechané ustanovenia o preukázanom podpise prihlášky, s cieľom eliminovať možné podvody.
ANS	Čl. I bod 66. K § 67a ods. 2 a 3 Navrhujeme prehodnotiť počet zástupcov v Riadiacom výbore resp. stanovenie členstva UDZS a SLK, vzhľadom na ich mandát v zmysle príslušnej aktuálne platnej a účinnej legislatívy. Odôvodnenie: Ide o zbytočné rozšírenie počtu členov Riadiaceho výboru o nových členov z UDZS a SLK, čím sa zníži akcieschopnosť Riadiaceho výboru. UDZS už mal v správe DRG systém niekoľko rokov s nepresvedčivým efektom. SLK má zo zákona úplne iné kompetencie a nezastupuje priamo poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Navrhujeme ponechať aktuálny počet členov na 9, pričom ak MZ SR má zámer rozšíriť RV o zástupcu UDZS, môže mu prepustiť jedno miesto zo svojho počtu 3. Podobne ak poskytovatelia majú zámer potreby zastúpenia SLK v riadiacom výbore, môžu jej prepustiť jedno miesto zo svojho počtu.	Z	N	Pridanie členov bolo výsledkom rokovaní medzi MZSR a SLK a AOPP.
ANS	Čl. IX. Navrhujeme nové znenie bodu č. 9 s odkladom účinnosti rozhodnutia MZ SR o podmienenom zaradení nemocníc do siete a o vydaní prvého zoznamu kategorizovaných nemocníc na základe prolongácie prechodného obdobia podľa § 4 ods. 4) zákona č. 540.2021 Z. z. úpravou znenia § 45 ods.6 a 7 zákona. V súvislosti s touto navrhovanou zmenou je potrebné analogicky s posunom prechodných, posudzovacích a vyhodnocovacích období prehodnotiť časový harmonogram aj pre druhú kategorizáciu ústavnej starostlivosti, ako aj v § 45 stanovených podmienok s časovým determinantom. Navrhujeme nové znenie bodu č. 9, a to § 45 ods. 6 a 7 zákona: „V § 45 odseky 6 a 7 znejú: „6) Ministerstvo zdravotníctva vydá všeobecne záväzný právny predpis, ktorým ustanoví	Z	N	Pripomienka nad rámec návrhu zákona, nakoľko návrh zákona neupravoval koncept optimalizácie siete nemocníc ako taký. Plán obnovy a odolnosti má určité nastavenie lehôt vo vzťahu k reforme nemocníc, ktoré ministerstvo zdravotníctva musí rešpektovať, inak SR príde o finančné prostriedky.

<p>prvú kategorizáciu ústavnej starostlivosti v rozsahu § 44 ods. 2, do do 1. júla 2023. 7) Ministerstvo zdravotníctva rozhodne o podmienenom zaradení nemocníc do siete a vydá prvý zoznam kategorizovaných nemocníc, ktorý zverejní na svojom webovom sídle, do 31. decembra 2023, až po vydaní všeobecne záväzného právneho predpisu podľa odseku 6. Ustanovenia § 3 ods. 6 až 8, § 12, § 15, § 21 až 26, § 28 až 30, § 33 a 34 sa neuplatňujú na postup podľa prvej vety. Rozhodnutie vydané podľa prvej vety sa stáva vykonateľné najskôr k 1. januáru 2026. Ministerstvo zdravotníctva v rozhodnutí podľa prvej vety môže rozhodnúť o podmienenom zaradení nemocnice do siete, ktorá neplní podmienky podľa § 8 ods. 1, ak čerpala alebo čerpá v období od februára 2021 do júna 2023 finančné prostriedky v sume najmenej 3 000 000 eur z Európskej únie; pre tieto nemocnice sa v rozhodnutí stanoví aj dátum vyradenia zo siete. Ministerstvo zdravotníctva v rozhodnutí podľa prvej vety môže rozhodnúť o podmienenom zaradení nemocnice I. úrovne do siete na obdobie od 1. januára 2024 do 31. decembra 2025, ak prevádzkovateľ nemocnice nebude poskytovať žiaden doplnkový program a zdravotná poisťovňa má s prevádzkovateľom tejto nemocnice uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti k 1. januáru 2022.“.</p> <p>Odôvodnenie: Pripomienka č. 2 Zásadná K Čl. IX. Navrhujeme nové znenie bodu č. 9 s odkladom účinnosti rozhodnutia MZ SR o podmienenom zaradení nemocníc do siete a o vydaní prvého zoznamu kategorizovaných nemocníc na základe prolongácie prechodného obdobia podľa § § 4 ods. 4) zákona č. 540/2021 Z. z. úpravou znenia § 45 ods.6 a 7 zákona. V súvislosti s touto navrhovanou zmenou je potrebné analogicky s posunom prechodných, posudzovacích a vyhodnocovacích období prehodnotiť časový harmonogram aj pre druhú kategorizáciu ústavnej starostlivosti, ako aj v § 45 stanovených podmienok s časovým determinantom. Navrhujeme nové znenie bodu č. 9, a to § 45 ods. 6 a 7 zákona: „V § 45 odseky 6 a 7 znejú: „6) Ministerstvo zdravotníctva vydá všeobecne záväzný právny predpis, ktorým ustanoví prvú kategorizáciu ústavnej starostlivosti v rozsahu § 44 ods. 2, do do 1. júla 2023. 7) Ministerstvo zdravotníctva rozhodne o podmienenom zaradení nemocníc do siete a vydá prvý zoznam kategorizovaných nemocníc, ktorý zverejní na svojom webovom sídle, do 31. decembra 2023, až po vydaní všeobecne záväzného právneho predpisu podľa odseku 6. Ustanovenia § 3 ods. 6 až 8, § 12, § 15, § 21 až 26, § 28 až 30, § 33 a 34 sa neuplatňujú na postup podľa prvej vety. Rozhodnutie vydané podľa prvej vety sa stáva vykonateľné najskôr k 1. januáru 2026. Ministerstvo zdravotníctva v rozhodnutí podľa prvej vety môže rozhodnúť o podmienenom zaradení nemocnice do siete, ktorá neplní podmienky podľa § 8 ods. 1, ak čerpala alebo čerpá v období od februára 2021 do júna 2023 finančné prostriedky v sume najmenej 3 000 000 eur z Európskej únie; pre tieto nemocnice sa v rozhodnutí stanoví aj dátum vyradenia zo siete. Ministerstvo zdravotníctva v rozhodnutí podľa prvej vety môže rozhodnúť o podmienenom zaradení nemocnice I. úrovne do siete na obdobie od 1. januára 2024 do 31. decembra 2025, ak prevádzkovateľ nemocnice nebude poskytovať žiaden doplnkový program a zdravotná poisťovňa má s prevádzkovateľom tejto nemocnice uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti k 1. januáru 2022.“.</p> <p>Odôvodnenie: Navrhujeme posun účinnosti v zákone t.č. stanovenom termíne účinnosti rozhodnutia MZ SR o podmienenom zaradení nemocníc do siete a o vydaní prvého zoznamu kategorizovaných nemocníc na základe prolongácie prechodného obdobia podľa § § 4 ods. 4) zákona č. 540/2021 Z. z. úpravou znenia § 45 ods.6 a 7 zákona nielen z potreby definovania dopadu na verejné financie a podnikateľské prostredie, ale aj z pohľadu</p>			
---	--	--	--

samotného financovania výkonov v súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, prehodnotením DRG vykazovania, prehodnotením materiálo- technických a personálnych požiadaviek kladených na zafinancovanie kategorizácie ústavnej starostlivosti. Vzhľadom na aktuálne prebiehajúce legislatívne konanie v časti rozporového konania k Vyhláške Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o kategorizácii ústavnej starostlivosti, ktorej vážnym vytykávaným nedostatkom ako aj nedostatkom celej legislatívnej úpravy kategorizácie ústavnej starostlivosti je 1. nekvantifikovanie dopadu na verejné financie, 2. nesúlad s platnou a účinnou legislatívou a statusom quo súčasnej ústavnej starostlivosti v zmysle zákona č. 578/2004 Z.z., 3. nevyriešenie úhradového mechanizmu výkonov a archaickosť DRG systému na novokreované kategorizovanie ústavnej starostlivosti, 4. nevyriešená logistika pacienta medzi ústavnými poskytovateľmi definovanými cez medicínske služby, 5. nedostatočný časový priestor na adaptáciu vo vykonávacom predpise stanovenými podmienkami kladenými na materiálo- technické, ako aj personálne vybavenie ústavných poskytovateľov. Konštatujeme a akcentujeme, že tieto otázky nie sú zodpovedané MZ SR v časti 05_dovodova_sprava_vseobecna, ktorá dokonca uvádza, že legislatívna zmena nebude mať vplyv na verejné financie a podnikateľské prostredie, čo je v kontradikcii s vedomím, že ide o silne regulatívny nástroj s vplyvom na prostredie (trh) zdravotnej starostlivosti. Zároveň uvádza, že Vyhláška môže tieto dopady a vplyvy indukovať až v kombinácii s vydaním zoznamu kategorizovaných nemocníc zaradených do siete, ktorý ministerstvo podľa zákona vydá do 31.12.2022. Dopady a vplyvy bez informácie o finálnom zozname kategorizovaných nemocníc nie je možné vyhodnotiť, vyhodnotenie predmetných vplyvov preto bude vykonané pri návrhu zoznamu kategorizovaných nemocníc. Z jednotlivých častí vyhlášky je zrejmé, že upravuje a ustanovuje odlišné-vyššie nároky na MTZ a personálne vybavenie oproti dnes platným a záväzným, ktoré z verejne známej odbornej diskusie už dnes mnohé ÚZZ nie sú schopné naplniť z rôznych dôvodov. Požadujem preto predložiť analýzu vplyvov, odchýlok, rozdielov a navýšení oproti dnes platným právnym predpisom za účelom posúdenia nielen vplyvu na systém ako celok, ale najmä dopadu na jednotlivé ÚZZ a zároveň odklad účinnosti uvedeného predpisu s posunom minimálne o 24 mesiac vo všetkých v ňom uvedených termínoch. Nevyčísliteľnosťou dopadu na verejné financie konštatujeme, s poukazom na znenie návrhu vykonávacieho predpisu, že ide o hrubé zavádzanie zo strany MZ SR nakoľko návrh vyhlášky v intenciách zákona platného a účinného, osobitne jej časť týkajúca sa materiálo-technického a personálneho zabezpečenia prichádza s množstvom nových požiadaviek na povinné technické ako aj personálne vybavenie vysoko nad rámec súčasného vybavenia a obsadenia pracovísk čo povedie k značnému nárastu kapitálových ako aj prevádzkových nákladov všetkých poskytovateľov (štátnych aj neštátnych). Konštatujeme legislatívnu neprehľadnosť. MZ SR sa v zákone 540/2021 zaväzuje v § 6, že ustanoví pre každú úroveň nemocnice programový profil, ktorý obsahuje zoznam a) povinných programov a ich úrovní, b) možných nepovinných programov a ich úrovní, c) možných doplnkových programov a ich úrovní; V návrhu vyhlášky je použitý opačný formát, kedy sú stanovené zaradenia pre jednotlivé medicínske programy a služby, ktorých je navyše oproti pôvodnému pracovnému návrhu 63, čiže niekoľko násobne viac, nehovoriac o sprievodných medicínskych službách. Takto koncipovaný materiál je mimoriadne neprehľadný pre poskytovateľa, je skôr orientovaný na jednotlivé dielčie medicínske služby. Povinnosti však smerujú k poskytovateľom zdravotnej

	<p>starostlivosti, preto by sme považovali za vhodnejšie vytvoriť prehľad z pohľadu povinností, doplnkových služieb a nepovinných služieb z pohľadu jednotlivých úrovní nemocníc, aby bolo zrejmé, aké medicínske programy sú pre jednotlivé definované. Preto navrhujeme prepracovať materiál a vytvoriť prehľad programových profilov jednotlivých pre každú úroveň nemocnice, tak ako je to definované v zákone, v §6 a 7. Navrhujeme aktualizovať novelizovať a doplniť zoznam DRG výkonov. Zrevidovať zoznam DRG výkonov na skutočne používané a doplniť ho o výkony, ktoré pribudli počas jeho platnosti, nakoľko regulácia siete na základe nepresných a neaktuálnych údajov bude viesť k ďalšej deformácii systému zdravotnej starostlivosti. Počas prípravy podkladov odborných pracovných skupín, ako aj pri revízii samotného návrhu sa ukázalo, že návrh vyhlášky je postavený na zastaranom, z veľkej miery neaktuálnom a neúplnom zozname výkonov DRG, ktorý skresľuje pohľad na jednotlivé medicínske programy, resp. stavia posudzovanie poskytovateľov na nesprávnych dátach.</p>			
AOPP	<p>Čl. I bod 1 (§ 4 ods. 1 písmeno h)) Navrhované znenie „h) člen predstavenstva, člen dozornej rady, prokurista, konateľ a zamestnanec tuzemského alebo zahraničného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti,8) tuzemského alebo zahraničného držiteľa povolenia na veľkodistribúciu liekov, tuzemského alebo zahraničného držiteľa povolenia na výrobu liekov alebo tuzemského alebo zahraničného držiteľa registrácie lieku a tuzemského alebo zahraničného dodávateľa, ktorý zdravotnej poisťovni dodáva materiál alebo služby.“. navrhujeme nahradiť novým znením nasledovne: „h) člen predstavenstva, člen dozornej rady, prokurista, konateľ, konečný užívateľ výhod a zamestnanec tuzemského alebo zahraničného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti,8) tuzemského alebo zahraničného držiteľa povolenia na veľkodistribúciu liekov, tuzemského alebo zahraničného držiteľa povolenia na výrobu liekov alebo tuzemského alebo zahraničného držiteľa registrácie lieku a tuzemského alebo zahraničného dodávateľa, ktorý zdravotnej poisťovni dodáva materiál alebo služby; alebo ktorého blízka osoba je členom predstavenstva, členom dozornej rady, prokuristom, konateľom, konečným užívateľom výhod a zamestnancom tuzemského alebo zahraničného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti,8) tuzemského alebo zahraničného držiteľa povolenia na veľkodistribúciu liekov, tuzemského alebo zahraničného držiteľa povolenia na výrobu liekov alebo tuzemského alebo zahraničného držiteľa registrácie lieku a tuzemského alebo zahraničného dodávateľa, ktorý zdravotnej poisťovni dodáva materiál alebo služby.“. X - §116 Občianskeho zákonníka Odôvodnenie: Potreba presne vymedziť konflikt záujmov, ktorý predstavuje ohrozenie na odčerpávanie zdrojov a porušovanie hospodárskej súťaže v dôsledku prístupu k obchodnému tajomstvu ako aj k dôverným informáciám.</p>	Z	N	<p>Predkladateľ má za to, že konflikt záujmov je upravený dostatočne, o to viac s doplneným návrhom o zahraničné subjekty. Požiadavka doplniť do ustanovenia aj blízke osoby nebola zdôvodnená.</p>
AOPP	<p>Čl. I bod 10 (§ 6a) Navrhujeme vypustiť v celom rozsahu. V prípade, že bude tento bod zachovaný, dôrazne žiadame doplniť aj takú právnu úpravu, ktorou sa zakáže záporný výsledok hospodárenia zdravotnej poisťovne a zároveň bude Ministerstvo financií SR zaviazané kompenzovať stratu akejkoľvek zdravotnej poisťovne za kalendárny rok v rámci programového rozpočtovania. Odôvodnenie: Navrhovaná zmena výrazne mení celý systém verejného zdravotného poistenia, pričom zavádza nové, doteraz neexistujúce pojmy, a procesy, ktorých dopad pre ich neexistenciu v systémoch zdravotného prostredia nemôžeme validne odhadovať. Navrhujeme lepšie cizelovať existujúci systém a podporiť súťaž medzi</p>	Z	ČA	<p>Doplnená úprava, ktorá rieši situáciu so záporným ziskom.</p>

	<p>zdravotnými poisťovňami pri zabezpečovaní potrebných zdravotných prínosov pre svojich poistencov. V končnom dôsledku by z toho ťažil pacient, ktorý by mal lepšiu dostupnosť zdravotnej starostlivosti. Pojem optimálny hospodársky výsledok nemá oporu v relevantných normách. Nie je definovaný v Obchodnom zákonníku ani v Európskych smerniciach či nariadeniach. Pojem optimálny hospodársky výsledok je v odbornej literatúre spojený s modelovaním hospodárskeho výsledku. Zdravotný systém by si mal zachovať princíp solidarnosti, ktorý jednostranné zavedenie „optimálneho hospodárskeho výsledku“ iba pre časť účastníkov, narušuje systém ako taký. Akýkoľvek zásah do systému má smerovať k zlepšeniu zdravia pacientov / poistencov, teda k primárnemu cieľu poskytovania zdravotnej starostlivosti. Doplňenie zákazu negatívneho hospodárskeho výsledku zdravotnej poisťovne a jeho kompenzáciu Ministerstvom financií SR žiadame z dôvodu, že v rámci programového rozpočtovania sú zdroje za poistencov štátu výrazne nedostatočné, nezohľadňujú vývoj inflácie, znižovanie reálnych príjmov obyvateľstva, starnutie populácie, nezahŕňajú v sebe primerané finančné ohodnotenie zdravotníckych pracovníkov, či prispievajú k neustálemu rastu dlhov PZS. Zdravotná starostlivosť sa stáva pre pacientov / poistencov luxusom, zakladá neprimerané finančné zaťaženie pri neustále sa zvyšujúcich priamych platiach u PZS a je čoraz viac nedostupnejšou pre obyčajných ľudí.</p>			
AOPP	<p>Čl. I bod 11 (§ 6aa) Navrhujeme vypustiť v celom rozsahu. Pokiaľ bude tento bod zachovaný, žiadame, aby v ods. 4 za slová „po prerokovaní so zdravotnými poisťovňami“, bol doplnený text „a neziskovou patientskou organizáciou združujúcou neziskové patientske organizácie“. V ods. 7 - za slová „môžu zaslať zdravotné poisťovne“ bol doplnený text „nezisková patientska organizácia združujúca neziskové patientske organizácie“ a za slová „povinné prerokovať so zdravotnými poisťovňami“ doplniť slová „neziskovou patientskou organizáciou združujúcou neziskové patientske organizácie“. Odôvodnenie: V nadväznosti na bod 10 tohto návrhu zákona. K ods. 4 a ods. 7 – pacienti / poistenci odvádzajú odvody na verejné zdravotné poistenie a dane, z ktorých sú financovaní poistenci štátu, preto majú nárok zúčastňovať sa kontroly vykonávania verejného zdravotného poistenia.</p>	Z	N	Ide o kritériá kvality pre zdravotné poisťovne, nie je dôvod, aby patientske organizácie akokoľvek do tohto nastavenia vstupovali. O tom, či zdravotná poisťovňa splnila kritériá bude rozhodovať nezávislý orgán - ÚDZS.
AOPP	<p>Čl. I bod 12 Okrem toho navrhujeme doplniť bod, ktorého predmetom bude doplnenie do § 7 ods. 6 o patientske organizácie tak, že v písmene c) sa nahradí bodka čiarkou a doplní sa písmeno d) so znením: „d) neziskovou patientskou organizáciou združujúcou neziskové patientske organizácie.“ Odôvodnenie: Je potrebné, aby sa do indikátorov kvality dostávali aj vstupy od patientskych organizácií a tým by dochádzalo k zrealňovaniu pohľadu na potrebnú kvalitu.</p>	Z	N	Pripomienka nad rámec návrhu zákona.
AOPP	<p>Čl. I bod 12 Navrhujeme v § 7 ods. 1 na konci textu doplniť vetu: „Zdravotná poisťovňa môže uzatvárať zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti vo všetkých členských štátoch Európskej Únie.“ Odôvodnenie: Pri súčasných kapacitných problémoch by tak mohla zdravotná poisťovňa zabezpečiť potrebnú zdravotnú starostlivosť pre svojich poistencov v iných členských štátoch Európskej únie, najmä sa tým uľahčí dostupnosť pre poistencov, ktorí sú povinne poistenými na Slovensku s trvalým pobytom v prihraničnej oblasti. Okrem toho zdravotné poisťovne už v súčasnosti zabezpečujú svojim poistencom vysoko špecializovanú zdravotnú starostlivosť v členských štátoch Európskej únie a možnosť uzatvorenia zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s PZS v inom</p>	Z	N	Pripomienka nad rámec návrhu zákona. Predkladateľ neupravuje koncept uzatvárania zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Pacienti majú nárok na čerpanie cezhraničnej zdravotnej starostlivosti v inom členskom štáte.

	členskom štáte Európskej únie tak zvýši ich právnu istotu.			
AOPP	<p>Čl. I bod 16 (§ 8b) Navrhujeme vypustiť § 8b a zároveň navrhujeme, aby bolo Národné centrum zdravotníckych informácií financované priamo z kapitoly MZ SR ako príspevková organizácia rovnako, ako v minulosti. Odôvodnenie: Vyžaduje sa, aby z verejného zdravotného poistenia bola uhrádzaná zdravotná starostlivosť, najmä v prostredí programového rozpočtovania, kedy štát nezohľadňuje reálne potreby výšky objemu zdrojov verejného zdravotného poistenia na financovanie zdravotnej starostlivosti.</p>	Z	N	Pokiaľ ide o zvyšovanie percenta na OS ZZS a pre NCZI, aj napriek zvýšenému objemu zdrojov verejného zdravotného poistenia, ani tieto zvýšené prostriedky nepokrývajú náklady týchto inštitúcií, zvýšené prostriedky majú slúžiť na nové činnosti. (viac v dôvodovej správe osobitnej a analýze verejnej správy). Aj keď sa stotožňujeme s myšlienkou, aby všetky zdroje verejného zdravotného poistenia boli použité na poskytovanie zdravotnej starostlivosti, ak by boli tieto organizácie príspevkovými organizáciami, malo by to vplyv na štátne verejné zdroje, s čím nebude súhlasiť MFSR, nakoľko by sa prehlboval dlh SR.
AOPP	<p>Čl. I bod 2 (§ 4 ods. 2 písmeno h)): Navrhované znenie „h) člen predstavenstva, člen dozornej rady, prokurista, konateľ a zamestnanec tuzemského alebo zahraničného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti,8) tuzemského alebo zahraničného držiteľa povolenia na veľkodistribúciu liekov, tuzemského alebo zahraničného držiteľa povolenia na výrobu liekov alebo tuzemského alebo zahraničného držiteľa registrácie lieku a tuzemského alebo zahraničného dodávateľa, ktorý zdravotnej poisťovni dodáva materiál alebo služby.“. navrhujeme nahradiť novým znením nasledovne: „h) člen predstavenstva, člen dozornej rady, prokurista, konateľ, konečný užívateľ výhod a zamestnanec tuzemského alebo zahraničného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti,8) tuzemského alebo zahraničného držiteľa povolenia na veľkodistribúciu liekov, tuzemského alebo zahraničného držiteľa povolenia na výrobu liekov alebo tuzemského alebo zahraničného držiteľa registrácie lieku a tuzemského alebo zahraničného dodávateľa, ktorý zdravotnej poisťovni dodáva materiál alebo služby; alebo ktorého blízka osoba (x) je členom predstavenstva, členom dozornej rady, prokuristom, konateľom, konečným užívateľom výhod a zamestnancom tuzemského alebo zahraničného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti,8) tuzemského alebo zahraničného držiteľa povolenia na veľkodistribúciu liekov, tuzemského alebo zahraničného držiteľa povolenia na výrobu liekov alebo tuzemského alebo zahraničného držiteľa registrácie lieku a tuzemského alebo zahraničného dodávateľa, ktorý zdravotnej poisťovni dodáva materiál alebo služby.“. X - §116 Občianskeho zákonníka Odôvodnenie: Potreba presne vymedziť konflikt záujmov, ktorý predstavuje ohrozenie na odčerpávanie zdrojov a porušovanie hospodárskej súťaže v dôsledku prístupu k obchodnému tajomstvu ako aj k dôverným informáciám.</p>	Z	N	Predkladateľ má za to, že konflikt záujmov je upravený dostatočne, o to viac s doplneným návrhom o zahraničné subjekty. Požiadavka doplniť do ustanovenia aj blízke osoby nebola zdôvodnená.
AOPP	<p>Čl. I bod 23 (§ 15 ods. 1 písm. e)) V § 15 ods. 1 písm. e) sa na konci pripájajú tieto slová: „a zabezpečiť účelnosť, spravodlivosť, efektívnosť a hospodárnosť distribúcie prostriedkov verejného zdravotného poistenia medzi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, s ktorými má zdravotná poisťovňa uzatvorené zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti; na tieto účely zdravotná poisťovňa vykonáva analýzu poskytovanej zdravotnej starostlivosti z hľadiska jej rozsahu, kvality a efektivity a analýzu úhrad za poskytovanú zdravotnú starostlivosť z hľadiska hospodárnosti, efektívnosti a účelnosti vynakladania finančných prostriedkov z verejného zdravotného poistenia,“. navrhujeme nahradiť znením: „V § 15 ods. 1 písm. e) sa na konci</p>	Z	N	Vzhľadom na pripomienky od ostatných subjektov bude navrhované znenie ustanovenia z návrhu vypustené.

	pripájajú tieto slová: „a zabezpečiť účelnosť, nákladovú efektívnosť a hospodárnosť distribúcie prostriedkov verejného zdravotného poistenia medzi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, s ktorými má zdravotná poisťovňa uzatvorené zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti; na tieto účely zdravotná poisťovňa vykonáva analýzu poskytovanej zdravotnej starostlivosti z hľadiska jej rozsahu, výskytu medicínskych omylov a nákladovej efektívnosti uhrádzanej zdravotnej starostlivosti a analýzu úhrad za poskytovanú zdravotnú starostlivosť z hľadiska hospodárnosti, efektívnosti a účelnosti vynakladania finančných prostriedkov z verejného zdravotného poistenia,“.			
AOPP	Čl. I bod 24 (§ 15 ods. 1 písmeno t)) Navrhujeme vypustiť. Odôvodnenie: V súvislosti s našou pripomienkou k čl. I bod 10 (§ 6a).	Z	N	Ide o legislatívno-technickú úpravu v nadväznosti na navrhovanú úpravu v § 6a. (v súčasnom platnom právnom predpise) dodržiavať ustanovenú výšku výdavkov na prevádzkové činnosti (§ 6a). Ustanovenie čiastočne upravené.
AOPP	Čl. I bod 25 (§ 15 sa odsek 1 písm. an) Navrhujeme vypustiť. Odôvodnenie: V súvislosti s našou pripomienkou k čl. I bod 11 (§ 6aa).	Z	N	Kritériá kvality pre zdravotné poisťovne by mali existovať bez ohľadu na to, že bude riešené použitie kladného hospodárskeho výsledku alebo nie. Správne zvolené kritériá kvality budú mať za výsledok aj vyššiu kvalitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti.
AOPP	Čl. I bod 26 (§ 15 odsek 5) Navrhujeme ponechať § 15 ods. 5. Odôvodnenie: V súvislosti s našou pripomienkou k čl. I bod 10 (§ 6a).	Z	ČA	Ustanovenie § 6a prepracované.
AOPP	Čl. I bod 27 (§ 15 ods. 7 – pôvodný ods. 8) Navrhujeme v prvej vete za slová „po prerokovaní so zdravotnými poisťovňami“ doplniť text „s neziskovou patientskou organizáciou združujúcou neziskové patientske organizácie“. Odôvodnenie: pacienti / poisťenci odvádzajú odvody na verejné zdravotné poistenie a dane, z ktorých sú financovaní poisťenci štátu, preto majú nárok zúčastňovať sa na príprave všeobecne záväzného právneho predpisu.	Z	N	Po prepracovaní ustanovenia § 6a, programové rozpočtovanie bude mať iba evidenčný charakter, nakoľko vyplýva priamo z rozpočtu verejného zdravotného poistenia.
AOPP	Čl. I bod 28 (§ 15a), čl. I bod 29 (§ 15a ods. 1) Navrhujeme vypustiť. Odôvodnenie: Ako k čl. I bodu 9. V prípade, že nám nebude vyhovené, navrhujeme nasledovné znenie § 15a: (1) Zdravotná poisťovňa poukazuje na účet inštitútu35aam) príspevok na činnosť inštitútu najneskôr do 20. decembra kalendárneho roka na nasledujúci kalendárny rok. (2) Výška príspevku na činnosť inštitútu podľa odseku 1 je 0,032% zo základu na jej určenie. Základom na určenie výšky príspevku na činnosť inštitútu je celková suma z ročného prerozdelenia poisťného uvedená v rozhodnutí o ročnom	Z	N	Príspevok na činnosť inštitútu HTA nie je novo zavádzaným príspevkom. Táto úprava má len legislatívno-technický charakter, nakoľko zavádzame legislatívnu skratku v skoršom ustanovení.

	prerodeľovaní poisťného podľa osobitného predpisu.27b) Výška príspevku na činnosť inštitútu sa zaokrúhľuje na eurocent nahor. (3) Inštitút je verejným obstarávateľom xxx. Odôvodnenie: Inštitút spĺňa definíciu verejného obstarávateľa v §7 ods. 1 a 2 zákona č. 343/2015 Z.z. o verejnom obstarávaní a o zmene a doplnení niektorých zákonov. xxx§7 ods. 1 a 2 zákona č. 343/2015 Z.z. o verejnom obstarávaní a o zmene a doplnení niektorých zákonov			
AOPP	Čl. I bod 3 (§ 4 ods. 3 písmeno c)): Navrhované znenie „c) člen predstavenstva, člen dozornej rady, prokurista, konateľ a zamestnanec tuzemského alebo zahraničného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti,8) tuzemského alebo zahraničného držiteľa povolenia na veľkodistribúciu liekov, tuzemského alebo zahraničného držiteľa povolenia na výrobu liekov alebo tuzemského alebo zahraničného držiteľa registrácie lieku a tuzemského alebo zahraničného dodávateľa, ktorý zdravotnej poisťovni dodáva materiál alebo služby.“. navrhujeme nahradiť novým znením nasledovne : „c) člen predstavenstva, člen dozornej rady, prokurista, konateľ, konečný užívateľ výhod a zamestnanec tuzemského alebo zahraničného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti,8) tuzemského alebo zahraničného držiteľa povolenia na veľkodistribúciu liekov, tuzemského alebo zahraničného držiteľa povolenia na výrobu liekov alebo tuzemského alebo zahraničného držiteľa registrácie lieku a tuzemského alebo zahraničného dodávateľa, ktorý zdravotnej poisťovni dodáva materiál alebo služby; alebo ktorého blízka osoba(x) je členom predstavenstva, členom dozornej rady, prokuristom, konateľom, konečným užívateľom výhod a zamestnancom tuzemského alebo zahraničného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti,8) tuzemského alebo zahraničného držiteľa povolenia na veľkodistribúciu liekov, tuzemského alebo zahraničného držiteľa povolenia na výrobu liekov alebo tuzemského alebo zahraničného držiteľa registrácie lieku a tuzemského alebo zahraničného dodávateľa, ktorý zdravotnej poisťovni dodáva materiál alebo služby.“. X - §116 Občianskeho zákonníka Odôvodnenie: Potreba presne vymedziť konflikt záujmov, ktorý predstavuje ohrozenie na odčerpávanie zdrojov a porušovanie hospodárskej súťaže v dôsledku prístupu k obchodnému tajomstvu ako aj k dôverným informáciám.	Z	N	Predkladateľ má za to, že konflikt záujmov je upravený dostatočne, o to viac s doplneným návrhom o zahraničné subjekty. Požiadavka doplniť do ustanovenia aj blízke osoby nebola zdôvodnená.
AOPP	Čl. I bod 38 (§ 18 ods. 1) Navrhujeme vypustiť. Odôvodnenie: Celý koncept kritérií kvality zavádza technokratické kritériá, ktoré nesledujú kvalitu zdravotnej starostlivosti a jej výsledky.	Z	N	Pripomienka nie je dostatočne odôvodnená, a z toho dôvodu nie je možné posúdiť potrebu jej akceptovania. Správne zvolené kritériá kvality budú mať za výsledok aj vyššiu kvalitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti.
AOPP	Čl. I bod 40 (§ 20 ods. 1 písmeno s) Žiadame v bodoch 2., 7., 8. vypustiť slová „na vyžiadanie“. Odôvodnenie: Máme za to, že tieto údaje majú byť automaticky prístupné osobám podľa bodu 2 a tiež aj PZS podľa bodu 7 a 8.	Z	N	Pripomienka nie je dostatočne odôvodnená, a z toho dôvodu nie je možné posúdiť potrebu jej akceptovania. Vzhľadom na vyše 50.000 úmrtí ročne je kapacitne a organizačne nemožné, aby úrad u každej zomrelej osoby priradil všeobecného lekára a zasielal mu informáciu o úmrtí. Navyše by išlo o duplicitné oznámenie, keďže informáciu o úmrtí pacienta dostáva všeobecný lekár od zdravotnej poisťovne z chybového protokolu kapitácie.
AOPP	Čl. I bod 41 (§ 20 ods. 2 písm. r)) Navrhujeme vypustiť. Odôvodnenie: V súlade s našou pripomienkou k § 6aa. Celý koncept kritérií kvality zavádza technokratické kritériá, ktoré nesledujú kvalitu zdravotnej	Z	N	Pripomienka nie je dostatočne odôvodnená, a z toho dôvodu nie je možné posúdiť potrebu jej akceptovania. Správne zvolené kritériá kvality budú mať za výsledok

	starostlivosti a jej výsledky.			aj vyššiu kvalitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti.
AOPP	Čl. I bod 42 (§ 20b) Navrhujeme vypustiť. Odôvodnenie: V súlade s našou pripomienkou k § 6aa. Celý koncept kritérií kvality zavádza technokratické kritériá, ktoré nesledujú kvalitu zdravotnej starostlivosti a jej výsledky.	Z	N	Pripomienka nie je dostatočne odôvodnená, a z toho dôvodu nie je možné posúdiť potrebu jej akceptovania. Správne zvolené kritériá kvality budú mať za výsledok aj vyššiu kvalitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti.
AOPP	Čl. I bod 44 (§ 23 ods. 4) Žiadame vypustiť. V prípade, že nám nebude vyhovené, žiadame v § 23 v odsek 4 doplniť druhú vetu „Paušálna náhrada sa určuje pevnou sumou a je vyplácaná z finančných zdrojov, vopred stanovených v rozpočte úradu.“ Odôvodnenie: Predseda úradu je zamestnancom, ktorý má poskytované náhrady za pracovnú cestu bez potreby definovania samostatnej paušálnej náhrady, ktoré sú zahrnuté v rozpočte úradu na základe rozpočtových pravidiel úradu a štátom zriadených organizácii, a nie z platieb pri podávaní podnetov. Aktuálne znenie zákona nevyklučuje navýšenie platu predsedu úradu, nie je potrebná legislatívna zmena.	Z	N	Paušálne náhrady sú štandardnou súčasťou právnych predpisov upravujúcich odmeňovanie a platové pomery verejných funkcionárov. Paušálne náhrady patria napr. vedúcemu zamestnancovi vo verejnej funkcii v služobnom úrade, ktorým je ministerstvo, vedúcemu ústredného orgánu štátnej správy (§ 150 zákona č. 55/2017 Z. z.), predsedovi a podpredsedovi Najvyššieho kontrolného úradu SR (§ 21a zákona č. 120/1993 Z. z.), verejnému ochrancovi práv (§ 26 zákona č. 564/2001 Z. z.), predsedovi Úradu na ochranu oznamovateľov protispoločenskej činnosti (§ 14 zákona č. 54/2019 Z. z.) a pod. Návrh zákona upravuje len hornú hranicu paušálnej náhrady, ktorú možno predsedovi úradu určiť, konkrétnu výšku bude určovať správna rada úradu aj s ohľadom na finančné možnosti úradu. Paušálne náhrady budú čerpané z existujúceho rozpočtu úradu – nezavádza sa zvyšovanie príspevku úradu.
AOPP	Čl. I bod 45 (§ 25 ods. 1 písm. g) Navrhujeme vypustiť. Odôvodnenie: Predseda úradu je zamestnancom, ktorý má poskytované náhrady za pracovnú cestu bez potreby definovania samostatnej paušálnej náhrady, ktoré sú zahrnuté v rozpočte úradu na základe rozpočtových pravidiel úradu a štátom zriadených organizácii, a nie z platieb pri podávaní podnetov. Aktuálne znenie zákona nevyklučuje navýšenie platu predsedu úradu, nie je potrebná legislatívna zmena.	Z	N	Paušálne náhrady sú štandardnou súčasťou právnych predpisov upravujúcich odmeňovanie a platové pomery verejných funkcionárov. Paušálne náhrady patria napr. vedúcemu zamestnancovi vo verejnej funkcii v služobnom úrade, ktorým je ministerstvo, vedúcemu ústredného orgánu štátnej správy (§ 150 zákona č. 55/2017 Z. z.), predsedovi a podpredsedovi Najvyššieho kontrolného úradu SR (§ 21a zákona č. 120/1993 Z. z.), verejnému ochrancovi práv (§ 26 zákona č. 564/2001 Z. z.), predsedovi Úradu na ochranu oznamovateľov protispoločenskej činnosti (§ 14 zákona č. 54/2019 Z. z.) a pod. Návrh zákona upravuje len hornú hranicu paušálnej náhrady, ktorú možno predsedovi úradu určiť, konkrétnu výšku bude určovať správna rada úradu aj s ohľadom na finančné možnosti úradu. Paušálne náhrady budú čerpané z rozpočtu úradu.
AOPP	Čl. I bod 46 (§ 31 a 32) Spoplatnenie podania podnetu na výkon dohľadu Navrhujeme vypustiť všetky navrhované ustanovenia týkajúce sa spoplatnenia podávania podnetu na výkon dohľadu nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti pacientom. V prípade, že nám nebude vyhovené,	Z	A	

	<p>žiadame o vypustenie v § 32 ods. 1 až 7 Odôvodnenie: Ekonomické benefity nemôžu byť nad právami pacientov. Podmieňovanie šetrenia podnetov úradom finančnou úhradou vo výške 66 eur, resp. 33 eur považujeme za neprípustné, obmedzujúce a diskriminačné. Úrad je nezávislou inštitúciou platenou zo zdravotných odvodov poistencov, pacientov a z daní odvádzaných ekonomicky aktívnymi poistencami. Úlohou úradu je dohliadať na poskytovanie zdravotnej starostlivosti a dodržiavanie práv pacientov. V záujme úradu by malo byť prijatie čo najväčšieho počtu podnetov, poukazujúcich na možné porušenia a nesprávne postupy, ktorých odhaľovanie, vyhodnocovanie, analyzovanie a zverejňovanie prispieva ku skvalitňovaniu procesov a odstraňovaniu nedostatkov v našom zdravotníctve.</p>			
AOPP	<p>Čl. I bod 46 (§ 31 a 32) Spoplatnenie podania podnetu na výkon dohľadu Navrhujeme vypustiť všetky navrhované ustanovenia týkajúce sa spoplatnenia podávania podnetu na výkon dohľadu nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti pacientom. V prípade, že nám nebude vyhovené, žiadame vypustiť v § 31 ods. 2. Odôvodnenie: Aktuálne znenie je dostatočné. Je neprípustné stanoviť poplatok za podanie podnetu na výkon dohľadu nad zdravotnou starostlivosťou. Úrad tak stratí jednu z dvoch základných funkcií, ktorou je dohľad nad poskytovaním zdravotnej starostlivosťou, keďže sa podania stanú pre pacientov nedostupné. K § 31 ods. 2: AOPP nesúhlasí s tým, aby podávateľ podnetu na výkon dohľadu nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti dokladoval a dokazoval, že preukázateľne požiadal poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o nápravu alebo o vysvetlenie podľa osobitného predpisu.41j) – chýba právny predpis, na ktorý sa návrh odvoláva. Upozorňujeme na to, že mnohí poskytovatelia nemajú zriadené oddelenia sťažnosti, nie je stanovený jednotný postup podávania podnetov na odstránenie nedostatkov priamo u poskytovateľov a zriaďovateľov. Úrad by mal hľadať iné mechanizmy, ako tieto procesy zefektívniť, zintenzívniť edukáciu smerom k verejnosti, v rámci postupov pri podávaní sťažnosti, preferovať potreby iných riešení v rámci šetrenia, upozorňovať na to, že výkon dohľadu úradom nenahrádza dôkaznú povinnosť a znaleckú činnosť v súdnych konaniach.</p>	Z	A	
AOPP	<p>Čl. I bod 5 (§ 6 ods. 1 písmeno o): Znenie: „o) vedie zoznam poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti (ďalej len „zoznam“), zaraďuje poistencov do zoznamu podľa predpokladaného dátumu poskytnutia plánovanej zdravotnej starostlivosti a plní povinnosti v súvislosti s vedením zoznamu podľa osobitného zákona,16aa)“ Navrhujeme nahradiť znením „o) vedie zoznam poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti (ďalej len „zoznam“), zaraďuje poistencov do zoznamu podľa predpokladaného dátumu poskytnutia plánovanej zdravotnej starostlivosti tak, aby doba čakania preukázateľne neprekročila medicínsky prijateľnú dobu s ohľadom na zdravotný stav a klinické potreby pacienta, a plní povinnosti v súvislosti s vedením zoznamu podľa osobitného zákona,16aa)“ Odôvodnenie: Trváme na tom, aby zdravotný systém na Slovensku zmenami zákona zlepšoval zdravotnú starostlivosť pre pacientov - rozsudok zo 16. mája 2006, Watts, C-372/04 Európskeho súdneho dvora. Obávame sa alibistického predlžovania čakacích lehôt bez ohľadu na zdravotný stav a klinické potreby pacienta.</p>	O	N	<p>Zámer AOPP vyplývajúci z pripomienky je už v súčasnosti zohľadnený v zákone č. 540/2021 Z. z. o kategorizácii ústavnej starostlivosti (aj v nadväznosti na pripomienku AOPP počas legislatívneho procesu k reforme nemocníc) a v zákone č. 581/2004 Z. z. Vid' § 2 ods. 9 v spojení s § 40 ods. 12, 13, s § 42 ods. 5 zákona č. 540/2021 Z. z. a taktiež § § 9b ods. 10 písm. a) zákona o zdravotných poisťovních.</p>
AOPP	<p>Čl. I bod 52 Navrhujeme vypustiť. Odôvodnenie: Z pohľadu pacientov nie sú evidované problémy, pre ktoré by bola potrebná zmena.</p>	Z	N	<p>Dané ustanovenie obsahuje úpravu Rozhodnutia o žiadosti o vydanie povolenia, inštitútu vyjadrujúci vzťah medzi zdravotnou poisťovňou a úradom pre</p>

				dohľad.
AOPP	<p>Čl. I bod 58 (§ 43 až 47) Navrhujeme vypustiť § 43 až 47. V prípade, že nám nebude vyhovené, žiadame v § 43a vypustiť v ods. 4 písm. f) informáciu, o tom či podávateľ podnetu pred podaním podnetu požiadal poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o nápravu alebo vysvetlenie podľa osobitného predpisu, 41j), v ods. 4 písm. g) číslo bankového účtu podávateľa podnetu, na ktoré má úrad vrátiť poplatok za podnet na výkon dohľadu nad zdravotnou starostlivosťou (§ 32 ods. 7), v ods. 5 navrhujeme vypustiť písm. e) číslo bankového účtu podávateľa podnetu, na ktoré má úrad vrátiť poplatok za podnet na výkon dohľadu nad zdravotnou starostlivosťou (§ 32 ods. 7). Odôvodnenie: v súlade s predchádzajúcim odôvodnením k § 31, ods.2. , § 32 ods. 1. Je nepripustné stanoviť poplatok za podanie podnetu na výkon dohľadu nad zdravotnou starostlivosťou. Úrad tak stratí jednu z dvoch základných funkcií, ktorou jednou je dohľad nad poskytovaním zdravotnej starostlivosťou, keďže sa podania stanú pre pacientov nedostupné.</p>	Z	A	
AOPP	<p>Čl. I bod 58 (§ 43 až 47) Navrhujeme vypustiť § 43 až 47. V prípade, že nám nebude vyhovené, žiadame v § 43a vypustiť ods. 6. Odôvodnenie: Toto ustanovenie považujeme voči pacientom za šikanózne a vnímame ho ako snahu zabrániť skutočne vážne chorým, či nemohúcim pacientom a ich príbuzným, či blízkym osobám, aby sa mali možnosť domáhať svojich práv čo najjednoduchším a čo najviac „friendly“ spôsobom. Od úradu by sme očakávali skôr opak – pravidelnú diskusiu, hľadanie spôsobov a procesov v prospech pacientov, snahu o čo najskoršie vyriešenie podaných podnetov.</p>	Z	N	Navrhované znenie zjemňuje súčasne platné ustanovenie v súlade s požadovaným spôsobom, že osoby budú môcť splnomocniť tretiu osobu aj bez úradného overenia. Ide o ochranu najcitlivejších osobných údajov osôb. Táto pripomienka bola predložená v predchádzajúcom MPK Úradom na ochranu osobných údajov a zo strany MZ SR bola akceptovaná. Nie každý súhlasí s tým, aby k jeho údajom mali prístup aj iné, hoci príbuzné osoby. Preto bolo konanie v mene inej osoby od 01.05.2021 viazané na úradné overenie.
AOPP	<p>Čl. I bod 58 (§ 43 až 47) Navrhujeme vypustiť § 43 až 47. V prípade, že nám nebude vyhovené, žiadame v § 43b doplniť nový ods. 10) v znení: „Úrad zodpovedá za škodu, ktorú spôsobili osoby oprávnené na výkon dohľadu dohliadanému subjektu a podávateľovi podnetu pri výkone svojich oprávnení.“. Odôvodnenie: Vymožiteľnosť práv dohliadaného subjektu a podávateľa podnetu musí byť vyvážená a rovnoprávna. V súlade so zákonom č. 40/1964 Zb. § 420 ods. 1) každý zodpovedá za škodu, ktorú spôsobil porušením právnej povinnosti. Podľa ods. 2) škoda je spôsobená právnickou osobou alebo fyzickou osobou, keď bola spôsobená pri ich činnosti tými, ktorých na túto činnosť použili. Tieto osoby samy za škodu takto spôsobenú podľa tohto zákona nezodpovedajú; ich zodpovednosť podľa pracovnoprávných predpisov nie je tým dotknutá. Podľa ods. 3) zodpovednosti sa zbaví ten, kto preukáže, že škodu nezavinil. Podľa § 422 ods. 2) kto je povinný vykonávať dohľad, zbaví sa zodpovednosti, ak preukáže, že náležitý dohľad nezanedbal. 3) Ak vykonáva dohľad právnická osoba, jej pracovníci dohľadom poverení sami za škodu takto vzniknutú podľa tohto zákona nezodpovedajú; ich zodpovednosť podľa pracovnoprávných predpisov nie je tým dotknutá.</p>	Z	N	Zodpovednosť za škodu vo vzťahu k dohliadanému subjektu je súčasťou spomínaného § 43b ods. 10. Avšak, dohľad sa vykonáva nad dohliadaným subjektom, nie nad podávateľom podnetu. Úrad a jeho zamestnanci pri výkone dohľadu konajú vo vzťahu k dohliadanému subjektu a voči nemu realizujú úkony spojené s výkonom dohľadu, pri ktorých by mohlo dôjsť k vzniku škody. Spôsobenie škody podávateľovi podnetu, ktorá by súvisela s výkonom dohľadu a ktorú by bolo možné pripísať na zodpovednosť úradu resp. jeho zamestnancom je nereálne. Ustanovenie § 422 občianskeho zákonníka, na ktoré AOPP v tejto súvislosti odkazuje rieši zodpovednosť za škodu spôsobenú zanedbaním dohľadu nad osobami, ktoré nie sú schopné posúdiť následky svojho konania a ani len analogicky nie je možné obdobný právny režim aplikovať na dohľadovú činnosť vykonávanú úradom v zmysle zákona č. 581/2004 Z. z.
AOPP	<p>Čl. I bod 58 (§ 43 až 47)</p>	Z	N	Dôvody zastavenia výkonu dohľadu sú definované

	<p>Navrhujeme vypustiť § 43 až 47. V prípade, že nám nebude vyhovené, žiadame v § 43b ods. 6) doplniť nasledovne: “ Ak nastanú dôvody na zastavenie výkonu dohľadu podľa odseku 5, úrad písomne oznámi túto skutočnosť dohliadanému subjektu. V oznámení o zastavení výkonu dohľadu, úrad uvedie dôvod zastavenia výkonu dohľadu. Proti oznámeniu o zastavení výkonu dohľadu nie je možné podať písomné námietky. Rozhodnutie úradu v konaní o preskúmanie úkonov šetrenia je preskúmateľné súdom, pričom žaloba musí byť podaná do 30 dní odo dňa doručenia o zastavení výkonu dohľadu.“. Odôvodnenie: Obdobným spôsobom je upravená aj činnosť v zákone č. 343/2015 Z. z., § 175, ods. 12). Proti rozhodnutiu úradu v konaní o preskúmanie úkonov kontrolovaného nemožno podať opravný prostriedok. Rozhodnutie úradu v konaní o preskúmanie úkonov kontrolovaného je preskúmateľné súdom, pričom žaloba musí byť podaná do 30 dní odo dňa doručenia rozhodnutia. Preto navrhujeme, aby rozhodnutia úradu, spojené s prešetrovaním podnetov, bolo obdobne preskúmateľné súdmi. Je to aj v súlade s návrhom v § 43b ods. 10 - Úrad zodpovedá za škodu, ktorú spôsobili osoby oprávnené na výkon dohľadu dohliadanému subjektu, podávateľovi podnetu pri výkone svojich oprávnení.</p>			<p>zákonom, pričom oznámenie o zastavení výkonu dohľadu nemá formu meritórneho rozhodnutia, možnosť jeho súdneho prieskumu je preto vylúčená. Úrad pre dohľad nevedie žiadne „konanie o preskúmanie úkonov šetrenia“, na ktoré v tejto súvislosti AOPP odkazuje vo svojom návrhu. Nie je ani zrejmé, ako, kým, na základe čoho, za akým účelom a z akého dôvodu by malo byť takéto konanie vedené. AOPP v tejto súvislosti poukazuje na zákon o verejnom obstarávaní, čo je nedôvodné a nelogické. Úrad pre verejné obstarávanie plní diametrálne odlišné úlohy od úloh, ktoré v zmysle platnej legislatívy plní úrad pre dohľad. Snaha o prenos právnych inštitútov upravených zákonom o verejnom obstarávaní do zákona č. 581/2004 Z. z. preto nemá žiadne opodstatnenie.</p>
AOPP	<p>Čl. I bod 58 (§ 43 až 47) Navrhujeme vypustiť § 43 až 47. V prípade, že nám nebude vyhovené, žiadame v § 45 v ods. 7) vypustiť vetu: „Identifikačné údaje osôb ktoré vykonali dohľad nad zdravotnou starostlivosťou sa nespístupňujú.“. Odôvodnenie: Dotknuté osoby, zákonní zástupcovia alebo podávateľ podnetu majú právo si uplatniť ďalšie svoje nároky v rámci legitímnych postupov pred šetreniami orgánov v trestnoprávných konaniach, pred súdmi, preto by mali poznať aj identifikačné údaje osôb, ktoré vykonali dohľad. Pacient má právo poznať meno lekárov a ďalších zdravotníckych pracovníkov, ktorí ho ošetrujú (§11 ods. 9 písm. a) a i) zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti v platnom znení), taktiež má právo poznať mená osôb v rámci ďalších konaní trestnoprávných orgánov a v prípade súdnych rozhodnutí.</p>	Z	N	<p>Túto pripomienku nie je možné akceptovať. Ide o elementárnu ochranu osôb vykonávajúcich dohľad. Podobne je utajovaná aj totožnosť osôb vykonávajúcich iné dohľady, dozory a kontroly v štátnej správe (napr. dozor NBS). Ak rozhodnutie úradu nie je z pohľadu podávateľa zákonné, zodpovednostným subjektom je úrad, ktorý je povinný, ak je to dôvodné, preniešť regresom zodpovednosť na zamestnanca. Z médií sú známe excesy, ktorých výsledkom boli fyzické ataky, aj so smrteľným následkom. Výsledkom návrhu nebude zvýšenie kvality práce úradu, ale nezáujem o takúto prácu. Tiež môže viesť k zníženiu nestrannosti rozhodovania. Už teraz sú viacerí zamestnanci úradu neprimerane atakovaní podávateľmi.</p>
AOPP	<p>Čl. I bod 58 (§ 43 až 47) Žiadame, aby v § 45 v ods. 7 boli vypustené slová „na základe písomnej žiadosti“. Odôvodnenie: Na jednej strane sa navrhuje spolplatnenie podania podnetu nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti, na druhej strane nedostane podávateľ podnetu za túto platbu výsledok služby, čo považujeme za neprijateľné. Navyše podávateľ podnetu je de facto šikanovaný, keďže priebežne nemá informácie o stave vybavovania jeho podnetu.</p>	Z	N	<p>Už súčasné znenie zákona podmieňuje poskytnutie protokolov žiadosťou, dokonca iba úzky okruh osôb má naň nárok. Predmetné je výsledkom diskusií počas legislatívneho procesu v roku 2020. Súčasný návrh naopak, rozširuje a zrovnoprávňuje okruh osôb, ktorým bude protokol poskytnutý. Poskytovanie informácií z neuzavretého prípadu nie je právne korektné, dokonca môže dôjsť k prejudikácii, čo je legálny dôvod na zrušenie rozhodnutia a neaplikuje sa v žiadnom procesnom postupe.</p>
AOPP	<p>Čl. I bod 58 (§ 43 až 47) Navrhujeme vypustiť § 43 až 47. Odôvodnenie: Z pohľadu pacientov nie sú evidované problémy, pre ktoré by bola potrebná zmena.</p>	Z	N	<p>Problémy zo strany pacientov evidované sú. Napr. dĺžka konania úradu – preto navrhujeme administratívne a časovo náročný proces nahradiť jednoduchším a efektívnejším procesom. Prístup k záverom úradu, navrhuje sa aj zrovnoprávniť podávateľov pokiaľ ide o</p>

				prístup k výsledkom dohľadu.
AOPP	<p>Čl. I bod 58 (§ 43 až 47) Navrhujeme vypustiť § 43 až 47. V prípade, že nám nebude vyhovené, navrhujeme, aby sa v § 43b ods. 8 skrátila lehota z 9 mesiacov na 6 mesiacov a súčasne aby sa v § 43b ods. 9 upravila možnosť predĺžiť lehotu najviac dvakrát po dva mesiace. Odôvodnenie: Výkon dohľadu nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti je neprimerane dlhý a pacient sa častokrát ani nedožije výsledku.</p>	Z	N	Lehota 9 mesiacov s možnosťou predĺženia o ďalšie 3 mesiace je zavedená aj v súčasnom znení zákona. Táto lehota bola zákonom č. 392/2020 Z. z. zavedená práve s ohľadom na pacientov, pričom ministerstvo, popri politických rozhodnutiach, v tom čase hľadalo rovnováhu medzi trvaním výkonu dohľadu a kapacitou úradu. Niektoré z výkonov dohľadu nad zdravotnou starostlivosťou sú komplexné a nie je možné ich ukončiť do 6 (resp. 10 mesiacov, ako navrhuje AOPP) nakoľko si vyžadujú vypracovanie posudkov – práve naopak, zákonné urýchlenie procesu má mať za následok neefektívny výkon dohľadu, ktorý by bol v neprospech pacienta. Návrh novely prináša zmeny, ktoré by mali prispieť k skráteniu lehôt, zjednodušenie procesu, zníženie počtu podaní. Zmena číslovky v zákone nemá reálny potenciál skrátiť lehoty, to sa dá znížením počtu podaní a zjednotením procesu výkonu dohľadu.
AOPP	<p>Čl. I bod 58 (§ 43 až 47) Navrhujeme vypustiť § 43 až 47. V prípade, že nám nebude vyhovené, žiadame v § 43 ods. 1 písm. a) doplniť vetu „v prípade hodného osobitného zreteľa pri výkone dohľadu nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti, v súčinnosti pri zisťovaní skutkového stavu veci a v procese dokazovania.“ Prizvanou osobou môže byť § 43 ods. 6. znalec podľa osobitného predpisu.x) Poznámka pod čiarou k odkazu x) znie: zákona 382/2004 Z. z. o znalcoch... Odôvodnenie: Návrh vychádza z potrieb a požiadaviek podávateľov podnetov, z ich skúsenosti pri procesoch šetrenia, zisťovania a dokazovania. V prípade potreby úradu, alebo požiadavky podávateľa podnetu na úrad, by mal byť súdny znalec súčasťou šetrenia podnetu od úvodu. Zistením skutkového stavu veci by sa predišlo zdĺhavým procesom dokazovania.</p>	Z	N	Nie je zrejмый jej účel, ak ide o obligatórnu účasť súdneho znalca v prípade žiadosti podávateľa, výsledkom bude predĺženie procesu výkonu dohľadu eventuálne nemožnosť výkonu dohľadu, takže záver by bol presne opačný.
AOPP	<p>Čl. I bod 58 (§ 43 až 47) Navrhujeme vypustiť § 43 až 47. V prípade, že nám nebude vyhovené, žiadame v § 43c ods. 3) doplniť vetu: „ Ak má dohliadaný subjekt, podávateľ podnetu pochybnosť o nezáujatosti osoby oprávnenej na výkon dohľadu, môže podať úradu písomné námietky.“ Odôvodnenie: Rovnaké postavenie v rámci zákona by mal mať aj dohliadaný subjekt, aj podávateľ podnetu.</p>	Z	N	Výkon dohľadu je administratívnoprávny proces vedený voči poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti, resp. voči zdravotnej poisťovni (všeobecne voči dohliadanému subjektu). Pri výkone dohľadu sa preveruje postup dohliadaného subjektu nie podávateľa podnetu.. Nie je preto dôvodné umožniť podávateľovi podnetu namietat osoby vykonávajúce dohľad. Nejde o konanie, ktorého účastníkom by bol podávateľ a jeho priama účasť pri výkone dohľadu nie je pre objektívny záver potrebná, navyše by značne predlžovala proces dohľadu.
AOPP	<p>Čl. I bod 58 (§ 43 až 47) Navrhujeme vypustiť § 43 až 47. V prípade, že nám nebude vyhovené, žiadame v § 46 ods. 1) vyšpecifikovať podmienky nového dohľadu na základe čoho, prípadne koho majú vyjsť najavo nové skutočnosti alebo dôkazy, ktoré mohli mať podstatný vplyv na výsledok výkonu</p>	Z	N	Obdobná úprava je obsiahnutá v súčasnom znení. Ustanovenie je zámerne koncipované širšie, aby postihlo nepredvídateľné prípady. V praxi ojedinele nastane situácia, kedy je dôvodné vykonať nový

	dohľadu nad zdravotnou starostlivosťou a nemohli sa uplatniť počas výkonu dohľadu bez zavinenia dohliadaného subjektu alebo ak výsledok výkonu dohľadu nad zdravotnou starostlivosťou vychádza z nedostatočne zisteného skutkového stavu veci. Odôvodnenie: Pokiaľ nie sú v zákone stanovené jasné podmienky nového dohľadu a budú vystavené nezávislé posudky orgánov činných trestných v konaniach, prípadne súdne rozhodnutia, ktoré si nevyžadujú od úradu nový a druhostupňový dohľad, sú ustanovenia § 46 ods. 1) až ods. 3) nadbytočné a navrhujeme ich vypustiť. Takto koncipovaný zámer podávania podnetov nového dohľadu predpokladá, že pacient je schopný posúdiť relevantnosť svojho podnetu, nového dohľadu, má teda medicínske vzdelanie a vie posúdiť, či došlo k porušeniu medicínskych postupov. Ak by tomu tak bolo, Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou by bol nadbytočnou inštitúciou, pretože pacient by na základe svojich odborných znalostí vedel sám posúdiť, či došlo alebo nedošlo k pochybeniu a mohol by sa obrátiť a domáhať svojich práv priamo v rámci podania trestných oznámení a na súde			dohľad. Ide o obdobný inštitút ako je preskúmanie konania mimo odvolacieho konania v Správnom poriadku.
AOPP	Čl. I bod 58 (§ 43 až 47) Navrhujeme vypustiť § 43 až 47. V prípade, že nám nebude vyhovené, žiadame vypustiť § 46c. Odôvodnenie: V návrhu je uvedené, že trovy spojené s výkonom dohľadu znáša subjekt, ktorému tieto trovy vznikli. Je potrebné vyšpecifikovať, o ktoré subjekty ide, ktoré trovy má predkladateľ na mysli v rámci predloženého legislatívneho zámeru. Obávame sa, že za subjekt v rámci šetrenia by mohol úrad považovať aj cestovné náhrady, paušálne náhrady a ďalšie, ktoré by mohol znášať podávateľ podnetu alebo osoba oprávnená podávať podnet úradu na prešetrenie, prípadne iné oprávnené subjekty, ktoré konajú v dobrom úmysle v rámci podania podnetu na úrad za účelom eliminácie pochybení, ohrozenia života a zdravia pacientov a osôb.	Z	N	Zámer ustanovenia je platný 18 rokov, iba je pod iným číslom (v súčasnosti § 49). Každý subjekt, ktorému vzniknú trovy spojené z výkonom dohľadu ich znáša.
AOPP	Čl. I bod 9 Príspevky na činnosť inštitúcií z verejného zdravotného poistenia Navrhujeme, aby z verejného zdravotného poistenia neboli poskytované príspevky na činnosť Národného inštitútu pre hodnotu a technológie v zdravotníctve (§ 6a sa odsek 3 k), § 15a tohto návrhu zákona), na správu a rozvoj národného zdravotníckeho informačného systému (§ 8b zákona č. 581/2004 Z. z.), navrhujeme, aby boli tieto inštitúcie príspevkovými organizáciami Ministerstva zdravotníctva SR a boli priamo financované zo zdrojov MZ SR. Odôvodnenie: Zásadne nesúhlasíme s akýmkoľvek navýšovaním % výšky príspevku pre tieto subjekty, ale aj pre úrad, podľa tohto návrhu zákona. Objem financií sa aj bez navýšenia % každoročne navyšuje z dôvodu zvýšeného objemu zdrojov verejného zdravotného poistenia. Vyžaduje sa, aby z verejného zdravotného poistenia bola uhrádzaná zdravotná starostlivosť, najmä v prostredí programového rozpočtovania, kedy štát nezohľadňuje reálne potreby výšky objemu zdrojov verejného zdravotného poistenia na adekvátne financovanie zdravotnej starostlivosti. Na základe skúseností s programovým rozpočtovaním, pri ktorom nie sú zohľadnené požiadavky financovania zdravotnej starostlivosti, pri ktorom sú neprimerane nízke platby štátu za jeho poistencov, pri ktorom nie sú pokryté legislatívne zmeny, pri ktorom neúmerne stúpajú poplatky pacientov za zdravotnú starostlivosť u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti žiadame, pri ktorom nemajú pacienti dostupnú inovatívnu liečbu, aby zdroje verejného zdravotného poistenia neboli znižované o výšku príspevkov pre zákonom ustanovené inštitúcie. Žiadame, aby zdroje verejného zdravotného poistenia boli dostatočné na to, aby poskytovatelia nevytvárali dlhy a riadne platili dane a odvody, vrátane	Z	N	Príspevok na činnosť inštitútu HTA nie je novo zavádzaným príspevkom. Táto úprava má len legislatívno-technický charakter, nakoľko zavádzame legislatívnu skratku v skoršom ustanovení. Pokiaľ ide o zvyšovanie percenta na OS ZZS a pre NCZI, aj napriek zvýšenému objemu zdrojov verejného zdravotného poistenia, ani tieto zvýšené prostriedky nepokrývajú náklady týchto inštitúcií, zvýšené prostriedky majú slúžiť na nové činnosti. (viac v dôvodovej správe osobitnej a analýze verejnej správy). Aj keď sa stotožňujeme s myšlienkou, aby všetky zdroje verejného zdravotného poistenia boli použité na poskytovanie zdravotnej starostlivosti, ak by boli tieto organizácie príspevkovými organizáciami, malo by to vplyv na štátne verejné zdroje, s čím nebude súhlasiť MFSR, nakoľko by sa prehľboval dlh SR.

	odvodov do verejného zdravotného poistenia. Zároveň poukazujeme aj na fakt, že pri schvaľovaní zákona č. 358/2021 Z.z. boli všetci účastníci uvedení do omylu tým, že bola predložená argumentácia k financovaniu z VZP, voči čomu AOPP vystupovalo, v zmysle navýšenia financií zo strany MF SR, čo sa nestalo.			
AOPP	Čl. I k bodu 66 (§ 67a ods. 3) Žiadame doplniť do Riadiaceho výboru pre úhradové mechanizmy a reguláciu cien aj najmenej jedného zástupcu neziskovej patientskej organizácie združujúcou neziskové patientske organizácie. Odôvodnenie: Pacienti / poistenci odvádzajú odvody na verejné zdravotné poistenie a dane, z ktorých sú financovaní poistenci štátu, preto majú nárok mať svoje zastúpenie v Riadiacom výbere pre úhradové mechanizmy a reguláciu cien.	Z	A	
AOPP	Čl. I k bodu 83 Pokiaľ budú prijaté zmeny zákona č. 581/2004 Z. z. tak, ako boli navrhnuté, žiadame doplniť prechodné ustanovenia vo vzťahu k možnému vstupu novej zdravotnej poisťovne do verejného zdravotného poistenia tak, aby musela spĺňať zákonom stanovené podmienky vo vzťahu k zisku a k plneniu kritérií kvality podľa tohto návrhu novely zákona najskôr po troch rokoch od vykonávania verejného zdravotného poistenia.	Z	ČA	Vstup novej zdravotnej poisťovne riešený priamo v zákone. Vzorec uvedený v zákone upravený pre novú zdravotnú poisťovňu.
AOPP	Čl. III bod 10 Navrhované znenie V § 47b odsek 1 znie: „(1) Cudzinec je povinný bezodkladne odovzdať ministerstvu preukaz žiadateľa, ak už nie je žiadateľom.“. Navrhujeme nahradiť znením: V § 47b odsek 1 znie: „(1) Ak už nie je cudzinec žiadateľom, jeho preukaz žiadateľa sa stáva neplatným.“. Odôvodnenie: Byrokratická prekážka, napr. v prípade úmrtia žiadateľa kto vráti preukaz?	Z	N	Dôvody, kedy sa stáva preukaz žiadateľa neplatným ustanovuje § 23b zákona o azyle. Podľa § 23b ods. 1 zákona o azyle Preukaz žiadateľa je neplatný, ak uplynula doba jeho platnosti. Pred uplynutím tejto doby je preukaz neplatný, ak cudzinec už nie je žiadateľom. To znamená, že pripomienkou navrhnuté znenie je už obsiahnuté v súčasnom znení zákona o azyle. Avšak § 47b ods. 1 nerieši platnosť/neplatnosť preukazu žiadateľa o udelenie azylu, ale stanovuje povinnosť preukazu žiadateľa vrátiť. Ide o všeobecne zaužívanú povinnosť obsiahnutú aj v iných zákonoch. V prípade úmrtia sa samozrejme použije § 47b ods. 2 zákona o azyle - <i>Každý, kto nájde preukaz žiadateľa alebo doklad o oprávnení na poskytnutie zdravotnej starostlivosti vydaný podľa tohto zákona, je povinný bezodkladne ho odovzdať policajtovi alebo obecnému úradu, ktorý zabezpečí jeho odovzdanie ministerstvu.</i>
AOPP	Čl. V Nárok dlžníka na celý rozsah zdravotnej starostlivosti Bod 21 (§ 9), bod 35 (§ 10 ods. 6) Dôrazne žiadame zachovanie § 9 ods. 2, § 10 ods. 6 v pôvodnom znení. Odôvodnenie: Máme za to, že navrhované vypustenie ods. 2 v § 9 významne naruší princíp solidarity vo verejnom zdravotnom poistení. Vypustenie ustanovenia považujeme za diskriminačné voči všetkým platičom. Vypustenie tohto ustanovenia spôsobí, že nízkopríjmové osoby, ktoré sa následkom aktuálnej enormnej inflácie spojenej so zdražovaním energií ocitnú vo finančnej núdzi, ako prvé prestanú odvádzat' odvody na verejné zdravotné poistenie. Žiadame preto zachovať súčasný stav, ktorý bol vo vzťahu k dlžníkom v minulosti už významne zmäkný (nárok poistenca – dlžníka na plnú zdravotnú starostlivosť pri dohodnutí splátkového kalendára so zdravotnou poisťovňou a pri plnení si povinností, odstránenie neprimerane	Z	ČA	Obmedzenie nároku na zdravotnú starostlivosť pri dlžníkovi iba na neodkladnú je zrejme najtvrdšie v EU; veľká väčšina členských štátov EU (vrátane Českej republiky) takéto obmedzenie vôbec nemá a napriek tomu v týchto krajinách nie je evidovaný žiaden pokles úspešnosti výberu poistného v porovnaní so SR. Zdravotným poisťovňam naďalej ostáva k dispozícii celé spektrum nástrojov na vymáhanie, vrátane exekučných konaní. Pokiaľ ide o šetrenie prostriedkov na zdravotnú starostlivosť, veľmi často je práve akútna zdravotná

	krátkej lehoty splátkového kalendára). Taktiež navrhujeme rozšírenie definície neodkladnej zdravotnej starostlivosti v čl. V týchto pripomienok tak, aby dochádzalo čo k najmenším škodám na zdraví poistencov a súčasne aby títo mali naďalej motiváciu plniť si odvodové povinnosti v rámci verejného zdravotného poistenia.			starostlivosť drahšia ako prevencia a odkladná zdravotná starostlivosť.
AOPP	<p>Čl. V Navrhujeme nasledovné znenie bodu 1: V § 2 ods. 3 znie: „Neodkladná zdravotná starostlivosť (ďalej len "neodkladná starostlivosť") je zdravotná starostlivosť poskytovaná osobe pri náhlej zmene jej zdravotného stavu, ktorá bezprostredne ohrozuje jej život alebo niektorú zo základných životných funkcií, bez včasného poskytnutia zdravotnej starostlivosti môže vážne ohroziť jej zdravie, spôsobuje jej náhlu alebo neznesiteľnú bolesť alebo spôsobuje náhle zmeny jej správania alebo konania, pod ktorých vplyvom bezprostredne ohrozuje seba alebo svoje okolie. Neodkladná zdravotná starostlivosť je aj vyšetrenie u všeobecného lekára, bez ktorého nie je možné určiť, či diagnostika alebo liečba znesie odklad. Neodkladnou zdravotnou starostlivosťou je aj preventívna prehliadka u všeobecného lekára pre deti a dorast, všeobecného lekára pre dospelých, zubného lekára, gynekológa a pôrodníka, urológa alebo gastroenterológa. Neodkladná zdravotná starostlivosť je aj zdravotná starostlivosť poskytovaná počas rizikovej gravidity žien a pri pôrode. Neodkladnou zdravotnou starostlivosťou je aj očkovanie za účelom prevencie infekčných ochorení ako aj liečba infekčného ochorenia alebo iného ochorenia, ktoré má bez liečby za následok ťažké a nevratné zmeny zdravia vedúce k predčasnému úmrtiu patriacemu do skupiny liečiteľných odvrátiteľných úmrtí. Neodkladná starostlivosť je aj vyšetrenie osoby označenej za možný zdroj rýchlo sa šíriacej a život ohrozujúcej nákazy, diagnostika a liečba osoby s rýchlo sa šíriacou a život ohrozujúcou nákazou. Súčasťou neodkladnej starostlivosti je neodkladná preprava osoby do zdravotníckeho zariadenia, neodkladná preprava medzi zdravotníckymi zariadeniami, neodkladná preprava darcu ľudského orgánu a príjemcu ľudského orgánu určeného na transplantáciu, neodkladná preprava zdravotníckych pracovníkov, ktorí vykonávajú činnosti súvisiace s odberom ľudského orgánu a neodkladná preprava ľudského orgánu určeného na transplantáciu; neodkladnú prepravu vykonávajú poskytovatelia záchranej zdravotnej služby. 1) Neodkladná preprava je aj preprava osoby, ktorej zdravotný stav vyžaduje poskytovanie zdravotnej starostlivosti počas takejto prepravy.“ Doterajšie body 1 – 5 sa označujú ako body 2 – 6. Odôvodnenie: Je potrebné upresniť čo je považované za neodkladnú zdravotnú starostlivosť a dať znenie aj do súladu s postupmi v rámci Európskej Únie. Je zrejmé, že bez vyšetrenia je nemožné určiť o aký typ zdravotnej starostlivosti by šlo, či znesie odklad alebo nie. Rovnako je zrejmé, že niektoré infekčné ochorenia, ako napríklad chronická hepatitída C, alebo hepatitída B nepatria medzi rýchlo sa šíriace ochorenia, avšak ich výsledkom je závažné a nezvratné poškodenie zdravia. Tento návrh rozšírenia definície neodkladnej zdravotnej starostlivosti predkladáme aj v súvislosti s návrhom, aby bola dlžníkom poskytovaná zdravotná starostlivosť v plnom rozsahu, pri ktorom namietame voči takémuto návrhu z dôvodu hroziaceho významného narušenia princípu solidarity vo verejnom zdravotnom poistení, a zároveň trváme na tom, aby dlžníkom bola poskytovaná naďalej len neodkladná zdravotná starostlivosť.</p>	Z	N	Pripomienka nad rámec návrhu zákona. Predmetný návrh nevstupuje do definície neodkladnej zdravotnej starostlivosti.
AOPP	<p>Čl. V bod 46 Znenie: V § 13 ods. 13 sa na konci pripája táto veta: „Celková platba za poistencov štátu nemôže byť nižšia ako 1,9 % z hrubého domáceho produktu Slovenskej republiky v bežných</p>	Z	N	Výška percenta bola stanovená s ohľadom na potreby zdravotníctva, hrubý domáci produkt prirodzene rastie, preto prirodzene bude rásť aj celková suma platby za

	<p>cenách zisteného Štatistickým úradom Slovenskej republiky za kalendárny rok, ktorý dva roky predchádza kalendárnemu roku, na ktorý sa celková platba za poistencov štátu určuje.“. Navrhujeme nahradiť znením: V § 13 ods. 13 sa na konci pripája táto veta: „Celková platba za poistencov štátu nemôže byť nižšia ako 1,9 % z hrubého domáceho produktu Slovenskej republiky v bežných cenách zisteného Štatistickým úradom Slovenskej republiky za kalendárny rok, ktorý dva roky predchádza kalendárnemu roku, na ktorý sa celková platba za poistencov štátu určuje s každoročným navyšovaním o 0,3 percentuálneho bodu ročne do dosiahnutia priemeru Európskej Únie.“. Odôvodnenie: Štát dlhodobo neplatí za poistencov štátu dostatočné zdroje do verejného zdravotného poistenia, čo spôsobuje problémy PZS, zdravotným poisťovňami a najmä pacientom – poistencom. Je úlohou štátu zabezpečiť dostupnosť zdravotnej starostlivosti, ako z časového hľadiska, tak aj z toho finančného. Považujeme za neprijateľné a za neakceptovateľné neustále zvyšovanie priamych platieb u PZS pacientami, nedostupnosť modernej liečby. Trváme na plnení Programového vyhlásenia vlády SR.</p>			poistencov štátu.
AOPP	<p>Čl. V bod 8 (§ 6 odsek 9), bod 15 (§ 7 odsek 4), bod 17 (§ 8 ods. 1), bod 19 (§ 8 ods. 4), bod 20 (§ 8a) Akceptačný list k zmene zdravotnej poisťovne, ďalšie administratívne prekážky prepoistenia V ods. 9 písm. a) žiadame vypustiť bod 2 a 3, v § 7 ods. 4, v § 8 ods. 1 navrhovanú zmenu, navrhovaný bod 19 a bod 20 (nový § 8a). Odôvodnenie: V žiadnom prípade nemôžeme akceptovať akékoľvek administratívne prekážky kladené pri zmene zdravotnej poisťovne poistencom, trváme na zachovaní slobodného výberu zdravotnej poisťovne poistencom bez ustanovenia ďalších kontraproduktívnych podmienok, ktoré musí splniť pri zmene zdravotnej poisťovne.</p>	Z	A	Ustanovenie vypustené.
AOPP	<p>Čl. V body 45, 47, 50, 52 Minimálny vymeriavací základ zamestnanca Všetky novelizačné ustanovenia týkajúce sa zavedenia inštitútu minimálneho vymeriavacieho základu Navrhujeme, aby bol minimálny vymeriavací základ naviazaný na výšku poistného plateného štátom za poistencov štátu podľa čl. V bodu 46 (§ 13 ods. 13) tohto návrhu zákona. Odôvodnenie: Máme za to, že navrhovaná právna úprava mala smerovať k zabráneniu špekuláciám vo vzťahu výška odvodu v.s. rozsah čerpanej zdravotnej starostlivosti platiteľom – pacientom / poistencom. Máme za to, že je vo verejnom zdravotnom poistení potrebné zabezpečiť, aby platby neklesli pod určitú úroveň. Keďže odvody sú rôzne pre SZČO, pre samoplatiteľov, striktné percentuálne nastavené pre zamestnancov a zamestnávateľov, pričom za poistencov štátu sa odvádza najnižšie poistné. Postup, ako je navrhnutý v tomto návrhu zákona považujeme za nerealizovateľný.</p>	Z	ČA	<p>Minimálny vymeriavací základ zamestnanca upravený tak, aby bol vo výške životného minima pre 1 osobu, zároveň ponechané ustanovenia o uplatnení odpočítateľnej položky bez zmeny. Minimálny základ vo výške životného minima zabezpečí, aby nízkopríjmové osoby s reálnym príjmom nižším ako životné minimum neboli postihnuté negatívnymi dopadmi, nakoľko tieto osoby majú možnosť byť poistencami štátu (dávka v hmotnej núdzi a pod.), pričom na poistencov štátu sa minimálny základ zamestnanca vzťahovať nebude. Samotné zachovanie minimálneho základu zamestnanca sa predkladateľovi javí ako správne a potrebné.</p>
AOPP	<p>Čl. V k bodu 61 a nasledujúcim Dovoľujeme si upozorniť, že prenos kompetencie vymáhania pohľadávok na zdravotné poisťovne bude mať za následok neúmerne navýšenie zdrojov na prevádzku zdravotnej poisťovne.</p>	O	A	Vymáhanie pohľadávok zdravotnými poisťovňami bolo z návrhu vypustené.
AOPP	<p>čl. VIII k bodu 7 (§ 6 ods. 5) Žiadame, aby bol text „príslušnou zdravotnou poisťovňou poistenca bude zdravotná poisťovňa s vyšším počtom poistencov“ nahradený textom „príslušnou zdravotnou poisťovňou poistenca bude zdravotná poisťovňa, ktorú si poistenec vyberie.“. Odôvodnenie:</p>	Z	N	Navrhované ustanovenie rieši pomerne zriedkavú situáciu, kedy poistenec podal v jeden deň viac ako jednu prihlášku a z prihlášok nie je možné určiť, ktorá bola podaná ako prvá.

	Trváme na zachovaní slobodnej voľby zdravotnej poisťovne poistencom.			Právo poistenca na výber poisťovne ostáva zachované, uvedené ustanovenie rieši iba ďalší postup v prípade, ak si poistenec vybral 2 a viac poisťovní naraz. Ak bude zvolená ktorákoľvek z týchto poisťovní ako príslušná, vždy je to v súlade s prejavenu vôľou poistenca.
AOPP	<p>K celému materiálu</p> <p>Navrhujeme tento návrh novely zákona č. 581/2004 Z. z. stiahnuť. Odôvodnenie: Navrhovaná novela obsahuje časti, ktoré nie sú v súlade s Ústavou Slovenskej republiky, a z pohľadu pacientov ide o návrh mechanizmov v rozpore najmä s Čl. 12 ods. 2: „Základné práva a slobody sa zaručujú na území Slovenskej republiky všetkým bez ohľadu na pohlavie, rasu, farbu pleti, jazyk, vieru a náboženstvo, politické, či iné zmýšľanie, národný alebo sociálny pôvod, príslušnosť k národnosti alebo etnickej skupine, majetok, rod alebo iné postavenie. Nikoho nemožno z týchto dôvodov poškodzovať, zvýhodňovať alebo znevýhodňovať.“ Musíme skonštatovať, že tento návrh novely zákona č. 581/2004 Z. z. nepriňaša pre pacientov /poistencov žiadne pozitíva, naopak, je proti nim viac zameraný. Máme za to, že kľúčovými úlohami v súčasnej dobe, ktoré je potrebné prednostne riešiť, sú najmä 1. nedostatok zdravotníckeho personálu, ich riziková veková štruktúra, frustrácia a vyhovenosť, nedostatočné mzdové ohodnotenie, nedostatočná podpora vzdelávania pre všetky kategórie zdravotníckych pracovníkov, nedostatočné stabilizačné nástroje pre zdravotníckych pracovníkov, 2. nedostatočné zdroje verejného zdravotného poistenia, ktoré sa v plnej miere prejavili po zavedení programového rozpočtovania, ktoré nezohľadňuje reálne potrebné zdroje vo verejnom zdravotnom poistení prejavujúce sa v pokračujúcom zadlžovaní poskytovateľov zdravotnej starostlivosti (ďalej len „PZS“) či v negatívnom hospodárskom výsledku všetkých zdravotných poisťovní (prvý polrok 2023 – zdroj: Vestník úradu 9/2022), absolútne nezohľadňuje prijímané legislatívne zmeny zavádzané v prospech pacientov (napr. zákon č. 266/2022 Z. z.), dokonca v tomto návrhu novely zákona č. 581/2004 Z. z. sa navrhuje považovať dlhy na verejnom zdravotnom poistení po uplynutí 5 rokov za premlčané, 3. absencia definovania zákonného nároku pacienta / poistenca z verejného zdravotného poistenia, čo sa prejavuje neustálym navyšovaním priamych platieb u PZS, či v narastaní čakacích lehôt na poskytnutie zdravotnej starostlivosti v ambulantnej a ústavnej zdravotnej starostlivosti, 4. absencia komerčných poisťných produktov k zmierneniu negatívnych finančných dopadov na pacientov / poistencov, na skrátenie čakacích lehôt, k eliminácii poplatkov, či k čerpaniu zdravotnej starostlivosti v rámci krajín EÚ, 5. riešenie sociálnych platieb z verejného zdravotného poistenia (napr. tzv. limit spoluúčasti), ktoré taktiež odčerpávajú zdroje verejného zdravotného poistenia, pričom po správnosti by mali spadať do portfólia rezortu sociálnych vecí a byť definované ako samostatné kompenzačné poplatky. Tento návrh novely je zameraný proti pacientom – osobám, ktoré sa vzhľadom na svoje ochorenie stávajú oveľa viac zraniteľnými, a to najmä v prostredí neúmernej inflácie pri súčasne znížených reálnych príjmoch, navyiac pri novelou zavádzaného nediferencovaného minimálneho vymeriavacieho základu pre odvody na verejné zdravotné poistenie, zavádzaním poplatku za podanie podnetu na Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej len „úrad“). Takisto nechápeme rozmáhajúcu sa technokratickú reguláciu so zameraním sa len na jednu úroveň, a to na verejné zdravotné poistenie - regulácia zisku bez súčasného zákazu strát, pričom zisk ostatných segmentov je</p>	Z	N	<p>Máme za to, že návrh zákona prináša pre pacientov pozitíva. Pravidlá uznávania a uhrádzania zdravotných výkonov (pravidlá revíznej činnosti)</p> <p>Cieľom v tejto oblasti je zvýšenie miery istoty poskytovateľov pri vykazovaní zdravotných výkonov, a to tak, že budú oboznámení so všetkými revíznymi pravidlami pred uzatváraním zmluvy so zdravotnou poisťovňou, ako aj počas trvania právneho vzťahu. Zároveň, zverejňovanie revízných pravidiel umožní úradu efektívnejší výkon dohľadu nad verejným zdravotným poistením.</p> <p>Výkon dohľadu nad zdravotnou starostlivosťou</p> <p>Za účelom dosiahnutia proporcionality medzi mierou administratívnej záťaže úradu a informáciami z výkonu dohľadu, o ktorých má byť podávateľ podnetu informovaný, sa navrhuje zjednotenie záverečného protokolu a zápisnice. V aplikačnej praxi teda bude úrad pri ukončovaní výkonu dohľadu vypracovávať protokol a zápisnicu, pričom podávateľ podnetu bude mať prístup k výsledku výkonu dohľadu a aj k týmto dokumentom. Právo dohliadaného subjektu na podanie námietok k výkonu dohľadu nad zdravotnou starostlivosťou pritom ostáva zachované (táto možnosť bola zavedená do právnej úpravy v roku 2020).</p> <p>Inštitút predchádzajúceho súhlasu úradu a predkladanie čestného prehlásenia (konflikt záujmov)</p> <p>Cieľom je stanovenie postupu pre úrad pri konaní o odňatí predchádzajúceho súhlasu vo vzťahu k § 13 ods. 1 písm. c) zákona o zdravotných poisťovniach.</p> <p>Regulácia zisku zdravotných poisťovní</p> <p>Cieľom je ustanoviť jasné pravidlá (cez tzv. optimálny výsledok hospodárenia) na výplatu zisku, ktoré na jednej strane nebudú demotivujúce pre vlastníkov zdravotných poisťovní a na strane druhej budú brániť nekontrolovanému odlivu zdrojov zo systému verejného zdravotného poistenia).</p> <p>Minimálny vymeriavací základ zamestnanca</p> <p>Cieľom je zavedenie minimálneho vymeriavacieho základu zamestnanca</p>

	<p>prípustné tvoriť z tých istých zdrojov, odvodov a z daní ekonomicky aktívnych poistencov, všetkým ostatným subjektom v sektore zdravotníctva. Nemôžeme súhlasiť ani s hrubým narušením princípu solidarity v systéme zavádzaním hradenia plnej zdravotnej starostlivosti dlžníkom, čo odčerpá ďalšie zdroje verejného zdravotného poistenia odvádzanými všetkými slušnými poistencami s následným znížením dostupnosti zdravotnej starostlivosti pre túto skupinu pacientov, pri súčasnom zavádzaní povinnosti zdravotných poisťovní na vymáhanie dlhov priamo u neplatičov (odčerpávanie zdrojov verejného zdravotného poistenia na zriaďovanie a prevádzku samostatných pracovísk v zdravotných poisťovniach na vymáhanie dlhov od neplatičov).</p>			<p>Zmena zdravotnej poisťovne Cieľom je vyššia transparentnosť a kontrola procesu zmeny zdravotnej poisťovne s ambíciou zabrániť podvodným prepoisteniam Odpočítateľná položka v zdravotnom poistení Cieľom je zrušenie odpočítateľnej položky Prístup k zdravotnej starostlivosti pre poistencov systému verejného zdravotného poistenia Cieľom je umožniť prístup k zdravotnej starostlivosti pre všetkých poistencov systému verejného zdravotného poistenia (vrátane dlžníkov) Zdravotná starostlivosť pre žiadateľov o azyl v SR Cieľom je zabezpečiť financovanie tejto zdravotnej starostlivosti prostredníctvom MZ SR</p>
APZD	<p>K Čl. VIII bod 47 a súvisiace ustanovenia Nesúhlasíme s vypustením/nahradením ustanovení o odpočítateľnej položke na zdravotné poistenie. Naopak, požadujeme zachovať ustanovenia o odpočítateľnej položke aj v budúcnosti a zároveň ich aj aktualizovať spôsobom, že v súčasnom znení § 13a ods. 2 a ods. 4 písm. a) nahradí slová „4 560“ eur nahradia slovami „suma určená osobitným predpisom3aa“ 3aa) § 2 ods. 1 zákona č. 663/2007 Z. z. o minimálnej mzde. Odôvodnenie: V súvislosti s predchádzajúcou pripomienkou k rovnakému bodu, ktorou sa zavádza minimálny vymeriavací základ, považujeme vypustenie ustanovení o odpočítateľnej položke za ďalšie protichodné konanie navrhovateľa. Uvedomujeme si, že odpočítateľná položka je v súčasnosti neaktívna vzhľadom na jej podmienky avšak vidíme jej význam pri podpore nízko príjmových pracovných skupín. Nakoniec sa aj vláda vo svojom programovom vyhlásení zaviazala, že bude „podporovať zvýšenie majetkových daní z nehnuteľností kompenzované znížením daňovo-odvodového zaťaženia nízko-príjmových skupín obyvateľstva, vrátane posilnenia odpočítateľnej položky pre nízko príjmových“. Vypustenie odpočítateľnej položky je teda v priamom rozpore so zámerom vlády. Sme názoru, že úlohou štátu má byť vytváranie vhodných sociálnych podmienok pre zamestnancov, ktorí pre svoj status (matky s deťmi, staršie osoby, zdravotne znevýhodnené osoby a pod.) nemôžu alebo nedokážu pracovať na plný pracovný úväzok a dosahujú nižšiu mzdu ako je minimálna mzda. Štát by mal byť naopak nápomocný pri podpore tejto skupiny a odpočítateľná položka je spôsob, akým im môže pomôcť a zvýšiť ich disponibilný príjem. Súčasne ide o opatrenie, ktoré napomáha inklúzií znevýhodnených skupín do pracovného prostredia a funguje motivačne na ich zamestnávanie a udržanie pracovných návykov.</p>	Z	A	<p>Ustanovenia o odpočítateľnej položke ostávajú bez zmeny.</p>
APZD	<p>K Čl. VIII bod 47 a súvisiace ustanovenia Požadujeme vypustiť novelizačný bod a s ním súvisiace ustanovenia. Odôvodnenie: Navrhovateľ navrhuje zavedenie minimálneho vymeriavacieho základu (VZ) pre výpočet zdravotných odvodov zamestnancov odmeňovaných mesačnou mzdou vo výške minimálnej mzdy v národnom hospodárstve. Ustanovenie takéhoto minimálneho VZ považujeme za: - protichodné s programovým vyhlásením vlády, v ktorom sa vláda v oblasti zamestnanosti zaviazala presadzovať opatrenia na jej udržanie a aj zníženie odvodového zaťaženia ako prostriedku na zabezpečenie rastu príjmu obyvateľstva, - znižovanie významu inštitútu</p>	Z	ČA	<p>Minimálny vymeriavací základ zamestnanca upravený tak, aby bol vo výške životného minima pre 1 osobu, zároveň ponechané ustanovenia o uplatnení odpočítateľnej položky bez zmeny. Minimálny základ vo výške životného minima zabezpečí, aby nízko príjmové osoby s reálnym príjmom nižším ako životné minimum neboli postihnuté negatívnymi dopadmi, nakoľko tieto osoby majú</p>

	<p>skrátенých pracovných úväzkov, ktoré sú nástrojom pri zamestnávaní ohrozených pracovných skupín na trhu práce v rámci celej EÚ – uplatnenie študentov a absolventov, slobodných rodičov alebo rodičov po materskej a rodičovskej dovolenke a umožňujú zotrvať v zamestnaní osobám v pred dôchodkovom a dôchodkovom veku a osobám zdravotne znevýhodnených, - zvýšenie byrokracie a skomplikovanie výpočtov mzdových nárokov (zdravotných odvodov) zamestnancov a komplikované riešenie vo vzťahu k výnimkám podľa § 11 ods. 7, čím sa zvýši neúmyselná chybovosť pri výpočtoch miezd a povedie to k stále opakovaným opravám výkazov a spätným doodvodov; v zmysle § 2 ods. 1 zákona č. 400/2015 Z. z. je cieľom tvorby právnych predpisov pripraviť za účasti verejnosti taký právny predpis, ktorý sa stane funkčnou súčasťou vyváženého, prehľadného a stabilného právneho poriadku SR zlučiteľného s právom Európskej únie a medzinárodnoprávnymi záväzkami Slovenskej republiky; predkladaný návrh tieto atribúty nespĺňa, - priame porušenie princípov Európskeho piliera sociálnych práv a to hneď v niekoľkých bodoch ako sú rovnaké príležitosti a prístup na trh práce či spravodlivé pracovné podmienky, - porušenie princípov rovnosti zdravotných odvodov, kde všetci platia zo svojho príjmu rovnaký podiel na zabezpečenie verejného zdravotného poistenia; návrhom však vznikne skupina zamestnancov, ktorá bude vynakladať vyšší podiel odvodov, ale nebude to znamenať zlepšenie jej systémového statusu; preventívne zdôrazňujeme, že nemožno pri zavádzaní minimálneho VZ u zamestnancov argumentovať s rovnakým postavením SZČO – ide o typovo rôzne skupiny s rôznou zodpovednosťou a povinnosťami, - zníženie reálneho príjmu osôb, zhoršenie ich spoločenského statusu, zníženie motivácie tejto skupiny k zamestnaniu sa bez adekvátneho ohodnotenia, - protichodné s inými novelizačnými bodmi, ktorými sa ruší obmedzenie prístupu k plnej zdravotnej starostlivosti dlžníkom na poistnom; ak sa predkladateľ zmieri s tým, že dlžníkom bude poskytovať plnú zdravotnú starostlivosť bude tým vysielat' signál, že neplatenie poistného je v poriadku a naopak, zvýši odvody zamestnancom, ktorí majú nízke mzdy z objektívnych dôvodov, - porušenie princípu solidarnosti – novelizačný bod sa všeobecne zameriava na skupinu poistencov – tých, ktorí nedosahujú výšku mesačnej minimálnej mzdy; navrhovateľ v materiáloch uvádza, že dôvodom je špekulatívne správanie niektorých jedincov s cieľom vyhnúť sa plateniu riadnych odvodov – namiesto riešenia tejto konkrétnej skupiny sa navrhuje celoplošné opatrenie, ktoré zasiahne úplne každého s príjmom nižším ako minimálna mzda vrátane ohrozených pracovných skupín. Obávame sa, že navrhovateľ pri budúcom nadvýbere odvodov do zdravotného poistenia nebude vedieť odlišiť jeho zdroj a účinok zavedenia minimálneho vymeriavacieho základu. Takýto nadvýber nebude totižto merateľný a bude aj klamlivý vzhľadom na neustály rast minimálnej mzdy a priemernej mzdy. Sme názoru, že predkladateľ sa už ďalej nebude zaoberať negatívnymi faktormi zavedenia minimálneho VZ ako je dopad na zamestnanosť a podpora skrátенých úväzkov u rizikových skupinách a bude dodatočne uspokojený len zvýšeným prílivom financií. Sme názoru, že každý rezort musí navrhovať riešenia v širšom kontexte. Na základe uvedeného požadujeme novelizačný bod stiahnuť, prípadne ho prepracovať tak, aby zasiahol iba skupinu zamestnancov, ktorí sa špekulatívnym konaním snažia obísť systém zdravotných odvodov.</p>			<p>možnosť byť poistencami štátu (dávka v hmotnej núdzi a pod.), pričom na poistencov štátu sa minimálny základ zamestnanca vzťahovať nebude. Samotné zachovanie minimálneho základu zamestnanca sa predkladateľovi javí ako správne a potrebné.</p>
<p>APZD</p>	<p>K Čl. VIII body 22 až 24 a 36 Nesúhlasíme s vypustením ustanovení o obmedzení prístupu osobám k plnej zdravotnej starostlivosti, ak majú dlh na poistnom. Odôvodnenie: Návrh na vypustenie obmedzenia v</p>	<p>Z</p>	<p>ČA</p>	<p>Obmedzenie nároku na zdravotnú starostlivosť pri dlžníkovi iba na neodkladnú je zrejme najtvrdšie v EU; veľká väčšina členských štátov EU (vrátane Českej</p>

	<p>prístupe k plnej zdravotnej starostlivosti dlžníkom na zdravotnom poistení je v zásadnej nerovnováhe s novými ustanoveniami, ktoré zavádzajú minimálny vymeriavací základ pre zamestnanca a s vypustením odpočítateľnej položky, hoci je v súčasnosti neaktívna. Prehľbuje sa tak disproporcia medzi tými osobami, ktoré riadne prispievajú do systému zdravotného poistenia a tými osobami, ktoré majú voči systému záväzky. Z návrhu zákona vyplýva na jednej strane snaha o zvýšenie príjmov do zdravotného systému a aj následne zvýšenie výdavkov na zdravotnú starostlivosť. S týmto by bolo možné súhlasiť len za predpokladu, že zvyšovanie príjmu nebude na úkor nízkopríjmových skupín zamestnaných na skrátene pracovné úväzky a systém prestane vytvárať konzekvencie pre osoby, ktoré nehradia svoje záväzky. Navrhovateľ tým dáva najavo, že ak poisťník neuhradí svoj dlh na zdravotné poistenie, je to v poriadku. Princíp, ak niečo nie je uhradené, tak z toho vyplývajú aj určité dôsledky je pritom uplatnený v každej životnej situácii a možno to považovať za určitú spoločenskú dohodu. Sme názoru, že ak takýto dlžník komunikuje a vyvíja snahu o vyrovnanie pohľadávky, je prípustný jeho plný prístup k zdravotnej starostlivosti. Avšak v prípadoch, kedy nevyvíja žiadne úsilie a snahu o vyrovnanie svojho dlhu nesmieme ako spoločnosť takéto správanie tolerovať.</p>			<p>republiky) takéto obmedzenie vôbec nemá a napriek tomu v týchto krajinách nie je evidovaný žiaden pokles úspešnosti výberu poisťného v porovnaní so SR. Zdravotným poisťovníam naďalej ostáva k dispozícii celé spektrum nástrojov na vymáhanie, vrátane exekučných konaní. Pokiaľ ide o šetrenie prostriedkov na zdravotnú starostlivosť, veľmi často je práve akútna zdravotná starostlivosť drahšia, ako prevencia a odkladná zdravotná starostlivosť.</p>
ASL SR	<p>Pripomienka 10: K Článku I bodu 27 Navrhuje sa: Spôsob rozpočtovania výdavkov, štruktúru výdavkov zdravotných poisťovní podľa typov zdravotnej starostlivosti a percento určené pre jednotlivé typy zdravotnej starostlivosti z celkovej sumy výdavkov určenej na zdravotnú starostlivosť ustanoví všeobecne záväzný právny predpis, ktorý vydá ministerstvo zdravotníctva každoročne do 31. decembra po prerokovaní so zdravotnými poisťovňami a združeniami zastupujúcimi poskytovateľov zdravotnej starostlivosti pri uzatváraní zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Žiadame doplniť, že navrhnuté sa bude realizovať v intenciách schváleného rozpočtu verejnej správy a objemu výdavkov určenej na zdravotnú starostlivosť vyplývajúceho zo schváleného rozpočtu.</p>	Z	N	<p>Navrhované ustanovenie by malo len deklaratórny charakter; aj bez tohto ustanovenia je zrejmé, že rozpočtovanie výdavkov nemôže byť ustanovené mimo schváleného objemu výdavkov v štátnom rozpočte SR.</p>
ASL SR	<p>Pripomienka 11: K Článku I bodu 28 a 29 Žiadame vypustiť. Nesúhlasíme s odčerpávaním finančných prostriedkov, ktoré sú určené na poskytovanie zdravotnej starostlivosti. Ak štát potrebuje tento inštitút, žiadame jeho financovanie zo štátneho rozpočtu. Nesúhlasíme s odčerpávaním zdrojov určených na ZS a úpravu žiadame aj v zákone č. 358/2021 Z. z.</p>	Z	N	<p>Navrhované ustanovenie nedefinuje financovanie inštitútu (financovanie je určené zákonom). Príspevok na činnosť inštitútu HTA je platný aj v súčasnom znení zákona o zdravotných poisťovniach a bol zavedený zákonom č. 358/2021 Z. z. Daný návrh len špecifikuje, že príspevok nebude patriť medzi prevádzkové výdavky zdravotných poisťovní. A to sa nemení, iba určuje charakteristiku príspevku z ohľadom na definíciu prevádzkových výdavkov zdravotnej poisťovne,</p>
ASL SR	<p>Pripomienka 12: K Článku I bodu 38 Vzhľadom na pripomienku uplatnenú k čl. I bodu 11, § 6aa (Kritériá pre ZP) žiadame vypustiť</p>	Z	N	<p>Správne zvolené kritéria kvality budú mať za výsledok aj vyššiu kvalitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti.</p>
ASL SR	<p>Pripomienka 13: K Článku I bodu 40 Z bodu 7. žiadame vypustiť spojenie „na vyžiadanie“. Je žiaduce, aby mal všeobecný lekár bez nutnosti vyžiadania informáciu úmrtí a jeho príčine u osoby s ktorou má uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.</p>	Z	N	<p>Vzhľadom na vyše 50.000 úmrtí ročne je kapacitne a organizačne nemožné, aby úrad u každej zomrelej osoby priradil všeobecného lekára a zasielal mu informáciu o úmrtí. Navyše by išlo o duplicitné oznámenie, keďže informáciu o úmrtí pacienta dostáva</p>

				všeobecný lekár od zdravotnej poisťovne z chybového protokolu kapitácie. Zároveň v prípade pochybností si môže poskytovateľ overiť úmrtie pacienta elektronicky v registri úmrtí prostredníctvom portálu na overovanie úmrtí, ku ktorému majú všetci poskytovatelia prístup.
ASL SR	Pripomienka 14: K Článku I bodu 41 S navrhnuté ustanovenia žiadame vypustiť vzhľadom na pripomienky K čl. I bodu 11, §6aa	Z	N	Je veľmi dôležité, aby nezávislá organizácia vyhodnocovala, či zdravotná poisťovňa plní kritériá kvality zdravotnej poisťovne.
ASL SR	Pripomienka 15: K Článku I bodu 44, § 23 Vzhľadom na hlboké problémy zdravotníctva považujeme predmetný návrh za absurdný. Mzda predsedu úradu je vo výške 4 - násobku priemernej mzdy v národnom hospodárstve SR, t.j. v tomto roku 4 844 eur. Paušál by mal predstavovať 2 422 eur, pričom vôbec nie je jasné na čo by mal slúžiť. Na druhej strane už rok riešime mzdové podmienky zdravotníkov. Bezvýsledne	Z	N	Paušálne náhrady sú štandardnou súčasťou právnych predpisov upravujúcich odmeňovanie a platové pomery verejných funkcionárov. Paušálne náhrady patria napr. vedúcemu zamestnancovi vo verejnej funkcii v služobnom úrade, ktorým je ministerstvo, vedúcemu ústredného orgánu štátnej správy (§ 150 zákona č. 55/2017 Z. z.), predsedovi a podpredsedovi Najvyššieho kontrolného úradu SR (§ 21a zákona č. 120/1993 Z. z.), verejnému ochrancovi práv (§ 26 zákona č. 564/2001 Z. z.), predsedovi Úradu na ochranu oznamovateľov protispoločenskej činnosti (§ 14 zákona č. 54/2019 Z. z.) a pod. Návrh zákona upravuje len hornú hranicu paušálnej náhrady, ktorú možno predsedovi úradu určiť, konkrétnu výšku bude určovať správna rada úradu aj s ohľadom na finančné možnosti úradu. Paušálne náhrady budú čerpané z rozpočtu úradu a nie z prostriedkov určených na odmeňovanie zdravotníkov.
ASL SR	Pripomienka 16: čl. I bod 58 § 43b ods. 8 Žiadame vypustiť druhú vetu (Od vydania poverenia pre prizvanú osobu až do doručenia posudku, stanoviska alebo odborného vyjadrenia prizvanou osobou, lehota podľa prvej vety neplynie). Súčasný návrh môže viesť k neúmernému predlžovaniu výkonu dohľadu. Je v plnej dispozícii úradu koho prizve k výkonu dohľadu a musí niesť zodpovednosť za tento výber.	Z	N	Uvedené ustanovenie plne koreluje s aplikačnou praxou. Aj v iných procesoch, napr. v správnom konaní, ak je pokračovanie závislé na inom subjekte než je správny orgán sa konanie preruší (a lehota spočíva). Spočívanie lehoty má v tomto prípade obdobný zmysel, iba je administratívne jednoduchšie. Aplikácia tohto inštitútu je kedykoľvek kontrolovateľná a prípadné prieťahy v konaní sú postihovateľné. Ak je spoločenský konsenzus na tom, že existuje maximálna lehota na prešetrenie podnetu (čo v ostatných procesoch nie je), spočívanie lehoty je vzhľadom na 18-ročnú aplikačnú prax úradu nevyhnutné, nakoľko sú prípady, ktorých šetrenie trvá dlhšie.
ASL SR	Pripomienka 17: čl. I bod 58 § 44 ods. 2 Nesúhlasíme s povinnosťou bezodplatne poskytnúť súčinnosť pri výkone dohľadu. S poskytnutím súčinnosti môže súvisieť vynaloženie nákladov, čo môže poskytnutia súčinnosti znemožniť.	Z	N	Táto povinnosť je uvedená v platnom znení aj v súčasnosti (§ 46a ods. 2). Úrad vykonáva činnosť vo verejnom záujme a uvedený postup je bežný aj iných procesoch (napr. Správny poriadok). V praxi sú náklady

				na poskytnutie súčinnosti minimálne – poštovné, prípadne vyhotovenie kópii.
ASL SR	Pripomienka 18: čl. I bod 58 § 46 ods. 8 Žiadame vypustiť text „alebo ak výsledok výkonu dohľadu nad zdravotnou starostlivosťou vychádza z nedostatočne zisteného skutkového stavu veci. „Je výlučne v kompetencii úradu ako zistí skutkový stav a výlučne úrad musí prijímať opatrenia na to aby k nedostatočnému zisteniu skutkového stavu nedochádzalo. Vykonania nového dohľadu v takomto prípade je neprijateľné.	Z	N	Úrad vykonáva dohľady tak, aby k novým dohľadom nedochádzalo, no nastávajú výnimočné situácie, kedy je takýto mimoriadny opravný prostriedok na mieste. Pozri analógiu v napr. v Správnom poriadku (§ 65)
ASL SR	Pripomienka 19: čl. I bod 66 (§ 67a ods. 2 a ods. 3) Rozhodovanie štátu o úhradových mechanizmoch a regulácii cien v oblasti poskytovania zdravotnej starostlivosti nepovažujeme za optimálne a túto činnosť považujeme zasahovanie štátu do zmluvného vzťahu PZS a ZP, ktorý vzniká vrátane dohody o cene, dohodou zmluvných strán. Obávame sa nadmerného zásahu štátu v tejto oblasti okrem iného s dôsledkom rôzneho prístupu okrem iného aj podľa formy vlastníctva. V ods. 3 sa navrhuje zvýšenie počtu členov riadiaceho výboru, z ktorým nesúhlasíme a navrhujeme ponechať pôvodný počet. Pokiaľ má byť členom výboru zástupca ÚDZS je táto možnosť daná už dnes v rámci počtu 9 členov, kedy zástupca ÚDZS obsadí jedno z miest prináležiacich ministerstvu zdravotníctva. Nedošlo by tak k narušeniu rovnakého zastúpenia zástupcov štátu, zdravotných poisťovní a poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.	Z	N	MZSR má množstvo podnetov na reguláciu cien v zdravotníctve, aby nerozhodoval jeden človek, preto sa zriadila komisia ako poradný orgán ministra, návrh členov bol po rokovaní s ÚDSZ, SLK a AOPP.
ASL SR	Pripomienka 1: K Článku I bodu 9, §6a Žiadame vypustiť (príspevok na činnosť Národného inštitútu pre hodnotu a technológie v zdravotníctve). Nesúhlasíme s odčerpávaní finančných prostriedkov, ktoré sú určené na poskytovanie zdravotnej starostlivosti. Ak štát potrebuje tento inštitút, žiadame jeho financovanie zo štátneho rozpočtu a úpravu žiadame aj v zákone č. 358/2021 Z. z.	Z	N	Navrhované ustanovenie nedefinuje financovanie inštitútu (financovanie je určené zákonom). Príspevok na činnosť inštitútu HTA je platný aj v súčasnom znení zákona o zdravotných poisťovniach a bol zavedený zákonom č. 358/2021 Z. z. Daný návrh len špecifikuje, že príspevok nebude patriť medzi prevádzkové výdavky zdravotných poisťovní. A to sa nemení, iba určuje charakteristiku príspevku z ohľadom na definíciu prevádzkových výdavkov zdravotnej poisťovne,
ASL SR	Pripomienka 20: čl. VIII bod 46 § 13 ods. 13 Navrhujeme zvýšiť navrhnuté percento HDP, vzhľadom na súčasnú situáciu v zdravotníctve, kedy je nevyhnutné komplexné riešenie problémov a sanovanie pretrvávajúceho nedostatku zdrojov. Netýka sa to len zlepšenia odmeňovania zdravotníkov a celkového zlepšenia pracovných podmienok a podmienok poskytovania zdravotnej starostlivosti.	Z	N	Výška percenta bola stanovená s ohľadom na potreby zdravotníctva, hrubý domáci produkt prirodzene rastie, preto prirodzene bude rásť aj celková suma platby za poisťencov štátu.
ASL SR	Pripomienka 2: K Článku I bodu 10, §6a Zmeny navrhované v § 6a sú vo vzťahu k hospodáreniu zdravotných poisťovní zásadného charakteru, preto by im mala predchádzať široká odborná diskusia. V predmetnom ustanovení sú sice uvedené podmienky pre prípad kladného výsledku hospodárenia, avšak nie je jasné, čo v prípade straty. V súčasnosti sme v zdravotníctve svedkami nerovného prístupu k štátnym a neštátnym zariadeniam/inštitúciám. Príkladom je opakované riešenie ekonomiky najväčšej ZP zvýšením základného imania, ktoré je sice právom akcionára, ale v tomto prípade je realizované z prostriedkov, na ktoré sa skladajú všetci občania. Preto by takéto zmeny mali byť predmetom odbornej diskusie.	Z	N	Ambíciou predkladateľa je iba riešenie zisku nad mieru optimálneho zisku, nakoľko tento zisk je tvorený z povinných odvodov občanov, ktoré majú byť primárne určené na financovanie zdravotnej starostlivosti. Predkladateľ nenamieta proti takej výške zisku, ktorá predstavuje primeranú náhradu za činnosť zdravotnej poisťovne v prospech poisťencov (vyjadrené cez optimálnu mieru zisku), rieši iba zisk dosiahnutý nad túto úroveň.

ASL SR	<p>Pripomienka 3: K Článku I bodu 9, §6a ods. 5., 6. Podľa dôvodovej správy Cieľom novely je použitie verejných prostriedkov zdravotného poistenia predovšetkým na úhradu zdravotnej starostlivosti, a teda v prospech poistencov. Z ods. 6 vyplýva, že sa má vytvoriť fond kvality zdravia, bez akýchkoľvek ďalších podmienok (zriaďovateľ fondu, spáva fondu, použitie prostriedkov, kontrola). Požitie síce rámcovo vymedzuje ods.6, pričom ods.8 priznáva MZ rozhodnúť všeobecným záväzným predpisom o nákladoch spojených s realizáciou činností pri preventívnych programoch. Z návrhu nie je jasné akým spôsobom sa budú prostriedky fondu deliť na úhradu jednotlivých oblastí vymenovaných v ods.6. Máme za to, že tu môže dôjsť k netransparentnému použitiu zdrojov a uprednostňovaniu určitých zariadení a segmentov.</p>	Z	ČA	Ustanovenia prepracované.
ASL SR	<p>Pripomienka 4: K Článku I bodu 9, §6a ods. 9 Navrhuje sa pre zdravotné poisťovne nová „kompetencia“ poskytovať pre poistencov poradenstvo v oblasti zdravia, prevencie chorôb, zdravej životosprávy a zdravého životného štýlu, poskytovať pre poistencov programy zdravia zamerané na zlepšenie zdravia poistencov, na zabránenie zhoršovaniu zdravia poistencov alebo na včasné odhaľovanie ochorení a vykonávať analýzu efektívnosti týchto programov. Nie je jasné ako a kto v ZP bude uvedenú činnosť vykonávať (poradenstvo), čo sa rozumie pod pojmom „programy zdravia“. Vzniká obava, že sa dáva široký priestor pre realizáciu kampaní poisťovní zameraných na nábor poistencov a ponuky rôznych produktov.</p>	Z	A	Ustanovenie bolo vypustené.
ASL SR	<p>Pripomienka 5: K Článku I bodu 11, §6aa Nachádzame sa v období naozaj kritického stavu zdravotníctva. Personálna kríza vážne ohrozuje poskytovania zdravotnej starostlivosti a problémy spôsobuje aj financovanie najmä v posledných dvoch rokoch. Reforme podliehajú nemocnice a všeobecná ambulantná starostlivosť, v ktorej boli prijaté zmeny týkajúce sa siete. Obrovské problémy sú v špecializovanej ambulantnej starostlivosti, kde však nemáme relevantné údaje týkajúce sa stavu siete, chýba analýza a nie sú ešte prijaté podmienky tvorby siete. Dá sa povedať, že prakticky všetky zložky segmentu majú existenčné problémy a sieť je naplnená len na papieri. . V tomto prostredí nám uniká, aký je účel zavedenia kritérií. Zatiaľ sa to javí tak, že sa jedná o posilnenie postavenia ÚDZS získaním novej kompetencie, ako aj možný nástroj proti súkromným poisťovniam.</p>	Z	N	Splnením kritérií kvality pre zdravotné poisťovne môže zdravotná poisťovňa dosiahnuť vyšší zisk. Ale nielen to, podľa zvolených kritérií môže zdravotná poisťovňa napríklad viac uhrádzať prevenciu alebo sa podieľať na elektronizácii zdravotníctva Zámerom zaviesť kritériá kvality pre zdravotné poisťovne je dosahovať vyššiu kvalitu aj pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti.
ASL SR	<p>Pripomienka 6: K Článku I bodu 12, § 7 Zásadne nesúhlasíme s úhradou poskytovateľom jednodňovej zdravotnej starostlivosti podľa klasifikačného systému diagnosticko-terapeutických skupín. Návrh považujeme za neodôvodnený, nekoncepčný a odporujúci postaveniu zariadení jednodňovej zdravotnej starostlivosti, ktoré svojimi špecifikami a podmienkami patria do ambulantnej sféry.</p>	Z	N	Návrh vychádza z konceptu reformy nemocníc, ktorá v zákona o OSN určuje minimálne počty zdravotných výkonov, ktoré sa vzťahujú aj na poskytovateľov jednodňovej starostlivosti. Nejde o povinnosť ale možnosť pri uzatváraní zmluvy podľa § 7.
ASL SR	<p>Pripomienka 7: K Článku I bodu 19, § 8d Zavedenie povinnosti ZP zverejňovať pravidlá uznávania a uhrádzania vykázaných zdravotných výkonov uplatňované pri revíznej činnosti považujeme za potrebné a správne. V praxi často dochádza k problémom pri uznávaní výkonov, ktoré pramienka z nedostatočne presnej formulácie a tiež k rôznemu uplatňovaniu revíznych pravidiel v rámci rôznych pobočiek rovnakej poisťovne. Uplatňovaním revíznych pravidiel dochádza v podstate k okliešťovaniu rozsahu ZS, ktorá je vymedzená zmluvou medzi ZP a PZS, pričom rozsah ZS je podstatnou náležitosťou zmluvy. Preto žiadame do ods. 2 na konci textu doplniť : Výlučne po dohode so združeniami zastupujúcimi poskytovateľov zdravotnej starostlivosti pri</p>	Z	ČA	Odsek 2 aj 5 boli vypustené v celom rozsahu.

	uzatváraní zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Z rovnakých dôvodov žiadame do § 8d ods. 2 doplniť, že pravidlá revíznej činnosti zverejnené zdravotnou poisťovňou musia byť jednoznačné a formulované tak, aby neumožňovali rozličný výklad. Ďalej žiadame doplniť povinnosť že ZP je povinná zabezpečiť dodržiavania revíznych pravidiel pracovníkmi poisťovne. Žiadame vypustiť ods. 5 – úrad má už dnes možnosť získať uvedené údaje.			
ASL SR	Pripomienka 8:K Článku I bodu 23 Navrhované znenie má podľa dôvodovej správy riešiť „Finančné poddimenzovanie niektorých medicínskych odborností“. Máme za to, že ZP poznajú tento problém, ich snaha o riešenie je limitovaná nedostatočnými zdrojmi. Zmena v kompetenciách úradu v tomto smere problém nevyrieši. S navrhovaným znením nesúhlasíme.	Z	A	Ustanovenie bolo vypustené.
ASL SR	Pripomienka 9:K Článku I bodu 24 Vzhľadom na pripomienku k § 6a žiadame vypustiť	Z	ČA	Vzhľadom na prepracované ustanovenie § 6a, došlo k prehodnoteniu aj tejto právnej úpravy, ponechávame ju v platnosti, resp. upravujeme.
AZZZ SR	K Čl. IX. Navrhujeme nové znenie bodu č. 9 s odkladom účinnosti rozhodnutia MZ SR o podmienenom zaradení nemocníc do siete a o vydaní prvého zoznamu kategorizovaných nemocníc na základe prolongácie prechodného obdobia podľa § § 4 ods. 4) zákona č. 540/2021 Z. z. úpravou znenia § 45 ods.6 a 7 zákona. V súvislosti s touto navrhovanou zmenou je potrebné analogicky s posunom prechodných, posudzovacích a vyhodnocovacích období prehodnotiť časový harmonogram aj pre druhú kategorizáciu ústavnej starostlivosti, ako aj v § 45 stanovených podmienok s časovým determinantom. Navrhujeme nové znenie bodu č. 9, a to § 45 ods. 6 a 7 zákona: „V § 45 odseky 6 a 7 znejú: „6) Ministerstvo zdravotníctva vydá všeobecne záväzný právny predpis, ktorým ustanoví prvú kategorizáciu ústavnej starostlivosti v rozsahu § 44 ods. 2, do do 1. júla 2023. 7) Ministerstvo zdravotníctva rozhodne o podmienenom zaradení nemocníc do siete a vydá prvý zoznam kategorizovaných nemocníc, ktorý zverejní na svojom webovom sídle, do 31. decembra 2023, až po vydaní všeobecne záväzného právneho predpisu podľa odseku 6. Ustanovenia § 3 ods. 6 až 8, § 12, § 15, § 21 až 26, § 28 až 30, § 33 a 34 sa neuplatňujú na postup podľa prvej vety. Rozhodnutie vydané podľa prvej vety sa stáva vykonateľné najskôr k 1. januáru 2026. Ministerstvo zdravotníctva v rozhodnutí podľa prvej vety môže rozhodnúť o podmienenom zaradení nemocnice do siete, ktorá neplní podmienky podľa § 8 ods. 1, ak čerpala alebo čerpá v období od februára 2021 do júna 2023 finančné prostriedky v sume najmenej 3 000 000 eur z Európskej únie; pre tieto nemocnice sa v rozhodnutí stanoví aj dátum vyradenia zo siete. Ministerstvo zdravotníctva v rozhodnutí podľa prvej vety môže rozhodnúť o podmienenom zaradení nemocnice I. úrovne do siete na obdobie od 1. januára 2024 do 31. decembra 2025, ak prevádzkovateľ nemocnice nebude poskytovať žiaden doplnkový program a zdravotná poisťovňa má s prevádzkovateľom tejto nemocnice uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti k 1. januáru 2022.“. Odôvodnenie: Navrhujeme posun účinnosti v zákone t.č. stanovenom termíne účinnosti rozhodnutia MZ SR o podmienenom zaradení nemocníc do siete a o vydaní prvého zoznamu kategorizovaných nemocníc na základe prolongácie prechodného obdobia podľa § § 4 ods. 4) zákona č. 540/2021 Z. z. úpravou znenia § 45 ods.6 a 7 zákona nielen z potreby definovania dopadu na verejné financie a podnikateľské prostredie, ale aj z pohľadu samotného financovania výkonov v súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti,	Z	N	Pripomienka nad rámec návrhu zákona, nakoľko návrh zákona neupravoval koncept optimalizácie siete nemocníc ako taký. Plán obnovy a odolnosti má určité nastavenie lehôt vo vzťahu k reforme nemocníc, ktoré ministerstvo rešpektuje.

prehodnotením DRG vykazovania, prehodnotením materiálno- technických a personálnych požiadaviek kladených na zafinovanie kategorizácie ústavnej starostlivosti. Vzhľadom na aktuálne prebiehajúce legislatívne konanie v časti rozporového konania k Vyhláške Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o kategorizácii ústavnej starostlivosti, ktorej vážnym vytykaným nedostatkom ako aj nedostatkom celej legislatívnej úpravy kategorizácie ústavnej starostlivosti je 1. nekvantifikovanie dopadu na verejné financie, 2. nesúlady s platnou a účinnou legislatívou a statusom quo súčasnej ústavnej starostlivosti v zmysle zákona č. 578/2004 Z.z., 3. nevyriešenie úhradového mechanizmu výkonov a archaickosť DRG systému na novokreované kategorizovanie ústavnej starostlivosti, 4. nevyriešená logistika pacienta medzi ústavnými poskytovateľmi definovanými cez medicínske služby, 5. nedostatočný časový priestor na adaptáciu vo vykonávacom predpise stanovenými podmienkami kladenými na materiálno- technické, ako aj personálne vybavenie ústavných poskytovateľov. Konštatujeme a akcentujeme, že tieto otázky nie sú zodpovedané MZ SR v časti 05_dovodova_sprava_vseobecna, ktorá dokonca uvádza, že legislatívna zmena nebude mať vplyv na verejné financie a podnikateľské prostredie, čo je v kontradikcii s vedomím, že ide o silne regulatívny nástroj s vplyvom na prostredie (trh) zdravotnej starostlivosti. Zároveň uvádza, že Vyhláška môže tieto dopady a vplyvy indukovať až v kombinácii s vydaním zoznamu kategorizovaných nemocníc zaradených do siete, ktorý ministerstvo podľa zákona vydá do 31.12.2022. Dopady a vplyvy bez informácie o finálnom zozname kategorizovaných nemocníc nie je možné vyhodnotiť, vyhodnotenie predmetných vplyvov preto bude vykonané pri návrhu zoznamu kategorizovaných nemocníc. Z jednotlivých častí vyhlášky je zrejmé, že upravuje a ustanovuje odlišné-vyššie nároky na MTZ a personálne vybavenie oproti dnes platným a záväzným, ktoré z verejne známej odbornej diskusie už dnes mnohé ÚZZ nie sú schopné naplniť z rôznych dôvodov. Požadujem preto predložiť analýzu vplyvov, odchýlok, rozdielov a navýšení oproti dnes platným právnym predpisom za účelom posúdenia nielen vplyvu na systém ako celok, ale najmä dopadu na jednotlivé ÚZZ a zároveň odklad účinnosti uvedeného predpisu s posunom minimálne o 24 mesiac vo všetkých v ňom uvedených termínoch. Nevyčísliteľnosťou dopadu na verejné financie konštatujeme, s poukazom na znenie návrhu vykonávacieho predpisu, že ide o hrubé zavádzanie zo strany MZ SR nakoľko návrh vyhlášky v intenciách zákona platného a účinného, osobitne jej časť týkajúca sa materiálno-technického a personálneho zabezpečenia prichádza s množstvom nových požiadaviek na povinné technické ako aj personálne vybavenie vysoko nad rámec súčasného vybavenia a obsadenia pracovísk čo povedie k značnému nárastu kapitálových ako aj prevádzkových nákladov všetkých poskytovateľov (štátnych aj neštátnych). Konštatujeme legislatívnu neprehľadnosť. MZ SR sa v zákone 540/2021 zaväzuje v § 6, že ustanoví pre každú úroveň nemocnice programový profil, ktorý obsahuje zoznam a) povinných programov a ich úrovní, b) možných nepovinných programov a ich úrovní, c) možných doplnkových programov a ich úrovní; V návrhu vyhlášky je použitý opačný formát, kedy sú stanovené zaradenia pre jednotlivé medicínske programy a služby, ktorých je navyše oproti pôvodnému pracovnému návrhu 63, čiže niekoľko násobne viac, nehovoriac o sprievodných medicínskych službách. Takto koncipovaný materiál je mimoriadne neprehľadný pre poskytovateľa, je skôr orientovaný na jednotlivé dielčie medicínske služby. Povinnosti však smerujú k poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, preto by sme považovali za vhodnejšie vytvoriť prehľad z pohľadu povinností,

	doplnkových služieb a nepovinných služieb z pohľadu jednotlivých úrovni nemocníc, aby bolo zrejmé, aké medicínske programy sú pre jednotlivé definované. Preto navrhujeme prepracovať materiál a vytvoriť prehľad programových profilov jednotlivých pre každú úroveň nemocnice, tak ako je to definované v zákone, v §6 a 7. Navrhujeme aktualizovať novelizovať a doplniť zoznam DRG výkonov. Zrevidovať zoznam DRG výkonov na skutočne používané a doplniť ho o výkony, ktoré pribudli počas jeho platnosti, nakoľko regulácia siete na základe nepresných a neaktuálnych údajov bude viesť k ďalšej deformácii systému zdravotnej starostlivosti. Počas prípravy podkladov odborných pracovných skupín, ako aj pri revízii samotného návrhu sa ukázalo, že návrh vyhlášky je postavený na zastaranom, z veľkej miery neaktuálnom a neúplnom zozname výkonov DRG, ktorý skresľuje pohľad na jednotlivé medicínske programy, resp. stavia posudzovanie poskytovateľov na nesprávnych dátach.			
AZZZ SR	Čl. I bod 66. K § 67a ods. 2 a 3 Navrhujeme prehodnotiť počet zástupcov v Riadiacom výbore resp. stanovenie členstva UDZS a SLK, vzhľadom na ich mandát v zmysle príslušnej aktuálne platnej a účinnej legislatívy. Odôvodnenie: Ide o zbytočné rozšírenie počtu členov Riadiaceho výboru o nových členov z UDZS a SLK, čím sa zníži akcieschopnosť Riadiaceho výboru. UDZS už mal v správe DRG systém niekoľko rokov s nepresvedčivým efektom. SLK má zo zákona úplne iné kompetencie a nezastupuje priamo poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Navrhujeme ponechať aktuálny počet členov na 9, pričom ak MZ SR má zámer rozšíriť RV o zástupcu UDZS, môže mu prepustiť jedno miesto zo svojho počtu 3. Podobne ak poskytovatelia majú zámer potreby zastúpenia SLK v riadiacom výbore, môžu jej prepustiť jedno miesto zo svojho počtu.	Z	N	Pridanie členov bolo výsledkom rokovaní medzi MZSR a SLK a AOPP.
AZZZ SR	čl. VIII, bodom 40, 44, 45, 47, 48, 50, 51, 52, 54 a 55 (§ 12 ods. 1 písm. g), § 13 ods. 5, § 13 ods. 10 a 11, § 13a, § 16 ods. 8 písm. f), § 16a, § 19 ods. 1, § 13 ods. 4, § 16 ods. 2 písm. c), § 16 ods. 16 a 18) V čl. VIII navrhujeme v celom rozsahu vypustiť body 40, 44, 45, 47, 48, 50, 51, 52, 54 a 55. Odôvodnenie: zmysle návrhu zákona sa v čl. VIII mení aj zákon č. 580/2044 Z.z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „zákon o zdravotnom poistení“), v ktorom sa navrhuje zavedenie minimálneho vymeriavacieho základu pre zamestnanca vo výške minimálnej mesačnej mzdy. Zároveň sa má v zmysle návrhu zákona zrušiť odpočítateľná položka. V zmysle dôvodovej správy je cieľom takejto úpravy zabrániť špekulatívnym uzatváraniam pracovných pomerov, pri ktorých osoby platia minimálne mesačné poistné ale majú zabezpečené verejné zdravotné poistenie. Uvedomujeme si tento problém a rozumieme cieľu predkladateľa, avšak navrhované znenie považujeme za neakceptovateľné. Navrhované znenie totiž negatívnym spôsobom zasiahne najmä nízkopříjmové skupiny obyvateľstva, medzi ktoré patria, okrem iného, matky pracujúce na čiastočné úväzky, ktoré sa vrátili po rodičovskej dovolenke a už sa nepovažujú za poistencov štátu alebo ŤZP osoby pracujúce na kratší pracovný čas a pod. Zavedenie minimálneho vymeriavacieho základu spolu so zrušením odpočítateľnej položky bude znamenať aj zníženie nového daňového bonusu na deti pri kratších úväzkoch. Takýto návrh bude podľa nášho názoru likvidačným voči zamestnancom pracujúcim na čiastočné úväzky alebo dohody. Navrhovaná úprava je aj v rozpore s prísľubmi vlády týkajúcich sa pomoci rodinám a nízkopříjmovým skupinám	Z	ČA	Minimálny vymeriavací základ zamestnanca upravený tak, aby bol vo výške životného minima pre 1 osobu, zároveň ponechané ustanovenia o uplatnení odpočítateľnej položky bez zmeny. Minimálny základ vo výške životného minima zabezpečí, aby nízkopříjmové osoby s reálnym príjmom nižším ako životné minimum neboli postihnuté negatívnymi dopadmi, nakoľko tieto osoby majú možnosť byť poistencami štátu (dávka v hmotnej núdzi a pod.), pričom na poistencov štátu sa minimálny základ zamestnanca vzťahovať nebude. Samotné zachovanie minimálneho základu zamestnanca sa predkladateľovi javí ako správne a potrebné.

	<p>obyvateľstva, vzhľadom na aktuálnu ekonomickú situáciu a zvyšujúcu sa infláciu. Navyše pri zdravotných a sociálnych odvodoch je potrebné zohľadniť aj rôzne vymeriavacie základy, každoročné zmeny sociálnych odvodov, rôzne výšky odvodov, stropy a výnimky, ktoré sú už aj pri aktuálne nastavenom daňovo-odvodovom systéme obzvlášť neprehľadné. Zavedenie minimálneho vymeriavacieho základu pre zamestnanca ešte skomplikuje tento systém, pretože pre zamestnancov bude platiť iný vymeriavací základ ako pre SZČO alebo dobrovoľne nezamestnanú osobu. Navrhovaná úprava je taktiež v rozpore s Programovým vyhlásením vlády, v ktorom sa v časti Prorastový daňový mix uvádza, že vláda bude podporovať zvýšenie majetkových daní z nehnuteľností kompenzované znížením daňovo-odvodového zaťaženia nízko-prijmových skupín obyvateľstva, vrátane posilnenia odpočítateľnej položky pre nízko-prijmových. Pripomíname, že Slovensko už má jedno z najvyšších daňovo-odvodových zaťažení práce v Európe a takouto zmenou sa toto zaťaženie opäť zvýši. Takýmto významným zmenám, ktoré negatívne zasiahnu značnú časť obyvateľstva by mala predchádzať rozsiahla diskusia s dotknutými subjektmi, sociálnymi partnermi a odbornou verejnosťou, ktorú vláda vo svojom Programovom vyhlásení, v časti Legislatívny proces na úrovni vlády deklarovala, avšak takýto postup nedodržiava. Zavedenie minimálneho vymeriavacieho základu a zrušenie odpočítateľnej položky, tak ako je uvedené v tomto návrhu zákona považujeme za neprípustné a navrhujeme vypustiť všetky body týkajúce sa tejto úpravy.</p>			
DÔVERA	<p>K Článku I bod 46 V § 31 ods. 1 písm. h) odkazuje na neexistujúce ustanovenie § 43a ods. 1 písm. b). Navrhujeme toto ustanovenie vypustiť, resp. nahradiť iným odkazom. Pripomienku považujeme za obyčajnú.</p>	O	A	
DÔVERA	<p>K Článku X Nesúhlasíme s navrhovanou účinnosťou zákona 1. januára 2023 a navrhujeme posun účinnosti celého návrhu zákona. Najmä navrhujeme posunúť účinnosť novelizačných bodov 2. a 3. v Čl. IX (§40 a §42 zákona č. 540/2021 Z.z.) na 1.4.2023. V prípade, že bude schválený novelizačný bod 61 v čl. VIII (§ 25b až 25m zákona č. 580/2004 Z. z. Konanie vo veciach vymáhania pohľadávok), navrhujeme posunúť jeho účinnosť na 01.01.2024 alebo aspoň na 01.07.2023. Odôvodnenie Vzhľadom na rozsah navrhovaných zmien a štádia legislatívneho procesu navrhujeme posunutie účinnosti. Je nepravdepodobné, aby návrh zákona bol predložený na prerokovanie na septembrovej schôdzi NRSR. Pokiaľ návrh zákona bude predložený na októbrovú schôzdu NRSR, v takom prípade môže byť schválený najskôr v treťom čítaní na novembrovej schôdzi. Následne, ak zákon podpíše prezidentka SR, predpokladáme zverejnenie zákona v zbierke zákonov niekedy v polovici decembra. Optimistickým odhadom, najskôr v novembri. Podotýkame, že sa jedná o závažné zmeny, na ktorých implementáciu by nebola poskytnutá primeraná legisvakačná doba. Z dôvodu potreby spracovania zmien, prípravy a nastavenia informačných systémov tak u zamestnávateľov, ako aj dodávateľov softwarov a samozrejme v samotných zdravotných poisťovniach, nie je reálne, aby navrhované zmeny boli v praxi plnohodnotne realizované od 1. januára 2023. Minimálny časový posun na implementáciu technického riešenia zmien v čl. IX sú 3 mesiace (bežne potrebujeme na implementáciu technických zmien min 6 mesiacov, v tomto prípade počítame s tým, že veľa vecí si vieme predpripraviť na základe existujúceho zákona. Finálne riešenie však potrebuje aspoň tie 3 mesiace od schválenia definitívneho</p>	Z	A	<p>Účinnosť bola posunutá vo vzťahu k povinnosti zverejňovania revíznych pravidiel. Vymáhanie pohľadávok bolo v celom rozsahu z návrhu vypustené. Ustanovenia o zozname poisťencov čakajúcich na plánovanú zdravotnú starostlivosť posunuté na apríl 2023.</p>

	znenia). Túto pripomienku považujeme za zásadnú			
DÔVERA	K čl. I bod 15 Novelizáciu bod 15 navrhujeme v celom rozsahu vypustiť. Odôvodnenie: Nesúhlasíme so zvýšením príspevku na činnosť operačných stredísk tiesňového volania záchranej zdravotnej služby zo súčasných 0,35 % na 0,45 %. Percentuálne zvyšovanie príspevku je v tomto prípade nekoncepčné, nelogické a neprimerane zaťažujúce zdravotné poisťovne. Zvyšovať by sa mal objem financií v celom zdravotníctve, v dôsledku čoho sa zvýši aj príspevok na činnosť operačných stredísk. Predkladateľ v dôvodovej správe odôvodňuje zvýšenie príspevku personálnymi a prevádzkovými nákladmi Operačného strediska záchranej zdravotnej služby Slovenskej republiky (OS ZZS SR). Podotýkame, že personálne a prevádzkové náklady rovnako rastú aj iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti či zdravotným poisťovňami, preto nevidíme logiku, prečo predkladateľ zvolil percentuálne zvýšenie príspevku. Túto pripomienku považujeme za zásadnú.	Z	N	Pokiaľ ide o zvyšovanie percenta na OS ZZS a pre NCZI, aj napriek zvýšenému objemu zdrojov verejného zdravotného poistenia, ani tieto zvýšené prostriedky nepokrývajú náklady týchto inštitúcií, zvýšené prostriedky majú slúžiť na nové činnosti. (viac v dôvodovej správe osobitnej a analýze verejnej správy).
DÔVERA	K čl. I bod 47 (§ 33 ods. 1 písm. l.) V navrhovanom znení § 33 ods. 1 písm. l) žiadame zosúladiť pojem „členovia dozorného orgánu“ s pojmom „členovia dozornej rady“, ktorý sa používa v § 4. Odôvodnenie: Zosúladenie pojmov. Zároveň máme za to, že by mali byť v § 4, rovnako aj v § 33 upravené podmienky pre členov správnej rady zdravotnej poisťovne. Túto pripomienku považujeme za obyčajnú.	O	A	
DÔVERA	K čl. I bod 48 – § 33 ods. 3 písm. e) Žiadame dopracovať znenie ustanovenia v zmysle odôvodnenia našej pripomienky. Odôvodnenie: Máme za to, že sa nemá posudzovať obdobie trvania funkcie podľa odseku 1 písm. d) (funkcie v zdravotnej poisťovni) ale obdobie trvania funkcie uvedenej priamo v novelizovanom písm. e) (teda szčo, štatutárny orgán, člen štatutárneho orgánu alebo spoločník v obchodnej spoločnosti). Zároveň ako legislatívno-technické spresnenie navrhujeme pri pojme „obchodnej spoločnosti“ doplniť odkaz na zákon č. 40/1964 Zb. Obchodný zákonník. Okrem uvedeného, môže sa stať, že členovi štatutárneho orgánu skončila funkcia a daňové priznanie sa síce podáva za obdobie, kedy bol členom štatutárneho orgánu, ale podáva sa a hradí sa až v čase, kedy už nie je vo funkcii a teda nevie ovplyvniť to, že nový štatutárny orgán za predchádzajúce účtovné obdobie podal správne daňové priznanie a daň aj zaplatil. Prakticky ide najmä o zmeny štatutárov v obchodných spoločnostiach v prvom štvrtroku. Preto je potrebné v tomto ustanovení upraviť aj túto situáciu. Pojem „nedoplatok“ je nepresný a môžu vzniknúť pochybnosti v jeho výklade. V zmysle zákona č. 595/2003 Z. z. neexistuje jeho definícia. Nedoplatok je však zrejme výsledok z ročného zúčtovania a rovnaký pojem sa používa aj predtým, ako ho napr. zrazí zamestnávateľ zamestnancovi zo mzdy. Teda de facto aj de iure, „nedoplatok“ vždy vznikne. Preto máme za to, že zákon by mal skôr upravovať, dokedy by mal byť „nedoplatok“ uhradený, a nie to, či vznikol, resp. či bol evidovaný. Napokon máme za to, že zachovanie určitej tolerovanej hranice nedoplatku voči DÚ alebo SP je opodstatnené. Nebránime sa zníženiu tejto hranice, ale nesúhlasíme s jej úplným vypustením. Nedoplatok vo výške 1 euro môže vzniknúť v dôsledku čisto administratívnej chyby a neznamena, že osoba nie je dôveryhodná. Túto pripomienku považujeme za zásadnú	Z	A	
DÔVERA	K čl. I bod 50 v § 33 odsek 3 písm. h) V § 33 odsek 3 písm. h) navrhujeme doplniť časové obdobie, za ktoré sa posudzuje splnenie	Z	N	V tomto prípade došlo zrejme k nepochopeniu predmetného novelizačného bodu. § 33 ods. 3 písm. h)

	<p>tejto podmienky, a to za obdobie trvania funkcie navrhovanej osoby alebo za jeho časť. Odôvodnenie: Rovnako ako v novelizovanom ustanovení § 33 ods. 3 písm. e), by sa malo posudzovať len obdobie trvania funkcie člena štatutárneho orgánu. V praxi nastávajú situácie, kedy je konkurz vyhlásený až po zániku funkcie člena štatutárneho orgánu (osoby, ktorej dôveryhodnosť sa posudzuje), a teda táto osoba už na vyhlásenie konkurzu alebo jeho zabránenie nemá žiaden vplyv. Túto pripomienku považujeme za zásadnú</p>			<p>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. Znenie § 33 ods. 3 písm. h) preto navrhujeme ponechať v znení, v akom bolo navrhnuté, pričom v tomto prípade nenavrhujeme ani upraviť zohľadňované časové obdobie, ak totiž bol na majetok navrhovanej osoby vyhlásený konkurz (bez ohľadu na to kedy sa tak stalo), vznikajú dôvodné pochybnosti o spôsobilosti tejto osoby spoľahlivo vykonávať riadiacu alebo dozornú funkciu v zdravotnej poisťovni, navyše pokiaľ ide o inštitút oddĺženia tento je relatívne nový, do zákona č. 7/2005 Z. z. bol zavedený ešte len v roku 2017.</p>
DÔVERA	<p>K čl. I bod 58 (§ 43d ods. 2 písm. e.) K článku I, bod 58 (§ 43d ods. 2 písm. e) navrhujeme stanoviť lehotu na podanie námietok najmenej 15 pracovných dní. Odôvodnenie: Navrhujeme predĺženie lehoty na podanie námietok najmenej na 15 pracovných dní. V praxi sa často stáva, že zdravotná poisťovňa musí pri príprave námietok zozbierať väčšie množstvo podkladov, listín, vyjadrení dotknutých zamestnancov, čo môže byť pri lehote 10 pracovných dní problematické dodržať. Vzhľadom na to, že samotný UDZS má na ukončenie dohľadu 9 mesiacov s možnosťou predĺženia tejto lehoty sa 15 dňová lehota na podanie námietok dohliadaným subjektom zdá byť primeraná. Túto pripomienku považujeme za obyčajnú.</p>	O	N	<p>Navrhované znenie predlžuje lehotu na podanie námietok zo súčasných 7 na 10 pracovných dní. Lehota 10 pracovných dní sa z aplikačnej praxe javí ako optimálna lehota na podanie námietok. Táto lehota je koncipovaná ako minimálna lehota, ak by teda výsledkom dohľadu boli zistené také pochybenia na strane dohliadaného subjektu, ktoré by si vzhľadom na ich rozsah alebo závažnosť vyžadovali dlhšiu lehotu na podanie námietok, úrad by to mohol zohľadniť a určiť aj dlhšiu lehotu, ako 10 pracovných dní. Zároveň nie je vylúčená ani možnosť, ak by dohliadaný subjekt z objektívnych dôvodov nedokázal stihnúť lehotu určenú úradom, aby požiadal o jej primerané predĺženie. Vo vzťahu k maximálnej dĺžke trvania dohľadu zároveň uvádzame, že v aplikačnej praxi trvajú dohľady nad verejným zdravotným poistením podstatne kratšie ako 9 mesiacov. 9 mesačná lehota je koncipovaná primárne pre potreby dohľadov nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti, ktoré si často vyžadujú podstatne dlhšie časové obdobie ako dohľady na verejným zdravotným poistením.</p>
DÔVERA	<p>K čl. I bod 58 (§ 43b ods. 1 písm. d.) K článku I, bod 58 (§ 43b ods. 1 písm. d)) navrhujeme špecifikovať poznatky, z akej činnosti ministerstva zdravotníctva môže byť podkladom pre vykonanie dohľadu nad zdravotnou</p>	O	N	<p>Pacienti a poistenci sa na ministerstvo zdravotníctva obracajú so žiadosťou o prešetrenie postupu poskytovateľa pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti</p>

	starostlivosťou – rovnako, ako je to v písm. c) v prípade MPSVaR. Túto pripomienku považujeme za obyčajnú.			alebo zdravotnej poisťovne pri výkone verejného zdravotného poistenia. Uvedomujúc si svoje zákonné právomoci, ministerstvo zdravotníctva spravidla odporučí poisťencom, 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, ako ani MPSVaR nie sú považované za podávateľov podnetu, tými sú výlučne pacienti alebo poisťenci (dotknuté osoby) alebo ich zákonní zástupcovia a blízke osoby (§ 43a ods. 1 zákona).
DÓVERA	K čl. I bod 58 (§ 43d ods. 2 písm. d.) V kontexte pripomienky k článku I, bod 58 (§ 43d ods. 2 písm. d) navrhujeme slová „poskytovaním zdravotnej starostlivosti“ nahradiť slovami „zdravotnou starostlivosťou“. Odôvodnenie: Nevidíme dôvod na rozdielny prístup voči dohliadaným subjektom, kedy dohliadaný subjekt, ktorým je poskytovateľ zdravotnej starostlivosti v rámci výkonu dohľadu nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti má právo sa vyjadriť k podkladom pre vyhotovenie protokolu a dohliadaný subjekt, ktorým je zdravotná poisťovňa v rámci dohľadu nad vykonávaním verejného zdravotného poistenia toto právo nemá. Považujeme za dôležité, aby toto právo mali aj zdravotné poisťovne, zvlášť v situácii, kedy pokuty, ktoré môže UDZS uložiť zdravotným poisťovniám sú neporovnateľne vyššie, ako pokuty, ktoré môže UDZS uložiť dohliadanému subjektu, ktorým je poskytovateľ zdravotnej starostlivosti. Túto pripomienku považujeme za zásadnú	Z	N	Na rozdiel od dohľadov nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti sú v prípade dohľadov nad verejným zdravotným poistením v prevažnej väčšine prípadov súčasťou spisovej dokumentácie len podklady predložené zo strany samotnej zdravotnej poisťovne (a prípadne podávateľom podnetu, ak je dohľad vedený na základe podnetu, pričom tento podnet je zo strany úradu vždy zdravotnej poisťovni zaslaný). Zavedenie práva zdravotnej poisťovne vyjadriť sa k podkladom pre vyhotovenie protokolu, ktoré zdravotná poisťovňa sama úradu predložila sa preto nezdá dôvodné (zdravotná poisťovňa by sa v podstate vyjadrovala k svojim vlastným podkladom) a viedlo by len k zbytočným prieťahom v procese výkonu dohľadu.
DÓVERA	K Čl. IX Navrhujeme v celom texte nahradiť slová „schvaľovanie“ slovami „akceptácia/zaradenie“ v prípadoch kedy sa v návrhu novely spomína slovo schvaľuje v kontexte, že zdravotná poisťovňa schvaľuje návrh na zaradenie poistenca do ZČP. Z etymologicko-lexikálneho hľadiska sa viac hodí použiť slovné spojenie zdravotná poisťovňa akceptuje návrh alebo zdravotná poisťovňa zaradí poistenca do ZČP na základe návrhu	O	A	Ustanovenie prepracované (zaradenie, potvrdenie).
DÓVERA	K Čl. IX a § 2 ods. 9 V §2 ods. 9 navrhujeme nahradiť slovo „nesmie“ slovným spojením „nemala by“. Zároveň navrhujeme doplniť novú tretiu vetu, ktorá znie: „Lekár nemôže odmietnuť vystaviť poisťencovi návrh na plánovanú ZS iba na základe dôvodu, že predpokladaný termín plánovanej ZS by prekročil lehotu časovej dostupnosti medicínskej služby.“ Odôvodnenie: Navrhujeme jasne stanoviť, aby lekár nemohol nestanoviť lehotu plánovanej ZS/vystaviť návrh iba z dôvodov, že prevádzkovateľ nemocnice nevie garantovať časovú dostupnosť medicínskej služby. Práve prevádzkovateľ nemocnice by mal byť garantom, že poisťenec sa dostane k plánovanej zdravotnej starostlivosti v intenciách časovej dostupnosti ústavnej ZS stanovenej kategorizáciou ústavnej ZS. A malo by byť primárne vecou prevádzkovateľa	Z	A	Ustanovenie prepracované.

	nemocnice prijať také organizačno-technické opatrenia aby časovú dostupnosť vedel garantovať. Parameter časovej dostupnosti sa vyhodnocuje v rámci vyhodnocovania siete pre všetky nemocnice. Samotný zákon č. 540/2021 Z.z. predpokladá, aj keď to nie je želaný stav, že sa časová dostupnosť ZS môže prekročiť a má nastavené mechanizmy/nástroje, ktoré sa aplikujú v takom prípade a sú bližšie špecifikované napr. v §40 ods. 12 a 13. Bez nami navrhovaného spresnenia by mohlo dochádzať k situáciám, kedy by lekár mohol poistenca „odmietnuť“ s odôvodnením, že by stanovením lehoty plánovanej ZS prekročil časovú dostupnosť medicínskej služby nakoľko si je vedomí, že prevádzkovateľ nemocnice časovú dostupnosť nevie garantovať. Takýmto postupom by dochádzalo aj k skresľovaniu skutočného stavu, kedy by formálne boli všetky lehoty časovej dostupnosti splnené ale reálne by sa viacerí poistenci len odsúvali „poza chrbát“ oficiálnych štatistík. Zároveň by tým mohla byť aj reálne ohrozená dostupnosť ZS pre takýchto poistencov, nakoľko bez vystaveného návrhu na plánovanú starostlivosť by ani zdravotná poisťovňa nevedela hľadať pre poistenca náhradu. Túto pripomienku považujeme za zásadnú			
DÔVERA	K Čl. IX bod 2 (§40 ods. 10) V §40 ods. 10 navrhujeme doplniť nové písm. h), ktoré znie: „h) poistenec je vedený v zozname dlžníkov s nárokom len na neodkladnú zdravotnú starostlivosť podľa osobitného predpisu.“ Odôvodnenie: Malo by byť jasne stanovená aj povinnosť vyradiť poistenca ak je poistenec dlžníkom Túto pripomienku považujeme za zásadnú	Z	A	
DÔVERA	K Čl. IX bod 2 (§40 ods. 14) V §40 ods. 14 sa na konci dopĺňa nová veta, ktorá znie: „V prípade zmeny zdravotnej poisťovne nová zdravotná poisťovňa nemá povinnosť postupovať podľa ods. 12 a 13“ Odôvodnenie: Nová zdravotná poisťovňa nemá informácie o tom, či pôvodná zdravotná poisťovňa už postupovala v konkrétnom prípade podľa ods. 12 a 13. Alternatívne navrhujeme stanoviť povinnosť zasielanie relevantných údajov medzi poisťovňami za účelom plnenia povinností podľa ods. 12 a 13 pri zmene zdravotnej poisťovne Túto pripomienku považujeme za zásadnú	Z	ČA	Ustanovenie prepracované.
DÔVERA	K Čl. IX bod 2. Za účelom efektívne plniť povinnosti podľa § 40 ods. 12 a 13 navrhujeme do § 38 zákona č. 540/2021 Z.z. doplniť možnosť pre zdravotné poisťovne dočasne minimálne na 1 rok zazmluvniť zdravotnú starostlivosť u prevádzkovateľa nemocnice, ktorý nie je zaradený do siete v rozsahu vybraného programu pokiaľ zdravotná poisťovňa eviduje u prevádzkovateľov nemocníc zaradených do siete v tomto programe zásadné nedostatky pri plnení lehoty časovej dostupnosti. Odôvodnenie: Zdravotná poisťovňa by mala mať k dispozícii reálne nástroje ako môže nákladovo-efektívne splniť svoje povinnosti zabezpečenia plánovanej zdravotnej starostlivosti v lehote časovej dostupnosti. Možnosť dočasne zazmluvniť nezmluvného poskytovateľa jej dáva možnosť ovplyvniť cenu zdravotnej starostlivosti v tých prípadoch, kedy je problém zásadný (zásadné prekročenie lehoty časovej dostupnosti v mesiacoch pri relevantnom počte/podiele poistencov v danom regióne pre danú medicínsku službu). Túto pripomienku považujeme za zásadnú	Z	N	Už to § 38 obsahuje v odseku 8, tam je uvedené, že ak nemocnice nespĺňa podmienky kategorizácie ústavnej zdravotnej starostlivosti, (8) Zdravotná poisťovňa môže uzatvoriť zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s prevádzkovateľom nemocnice, ktorá nie je zaradená do siete, v spádovom území, v ktorom nie sú splnené podmienky pre tvorbu siete podľa vyhodnotenia siete (§ 9), v rozsahu úrovne nemocnice, pre ktorú nie sú splnené podmienky pre tvorbu siete, a to najviac na 12 mesiacov.
DÔVERA	K čl. IX bod 2. V §40 ods. 7 písm. d) navrhujeme upresniť, že údaje zasiela zdravotná poisťovňa v elektronickej podobe určenej ministerstvom zdravotníctva Túto pripomienku považujeme za zásadnú	Z	ČA	Ustanovenie prepracované.

DÔVERA	K Čl. IX bod 2. (§ 40 ods. 13) V § 40 ods. 13 v uvádzacej vete navrhujeme nahradiť slovo „zabezpečiť“ slovným spojením, „umožniť a uhradiť“ Odôvodnenie: Zdravotná poisťovňa nie je schopná zabezpečiť zdravotnú starostlivosť pre poistenca, zabezpečiť zdravotnú starostlivosť môže iba poskytovateľ zdravotnej starostlivosti. Poistenec musí fyzicky prísť k poskytovateľovi ZS a s ním sa dohodnúť na vytvorení návrhu na plánovanú ZS. V prípade nezmluvných a zahraničných poskytovateľov ZS zároveň zdravotná poisťovňa ani nemá informáciu o čakacích dobách, keďže nezmluvní poskytovatelia ZS mimo siete OSN nemajú povinnosť hlásiť ZČP na NCZI ani na zdravotnú poisťovňu. Rola zdravotnej poisťovne by mala byť v tomto prípade tá, že umožní a uhradí plánovanú ZS podľa výberu poistenca v prípade ak budú splnené zákonom stanovené podmienky. Túto pripomienku považujeme za zásadnú	Z	A	
DÔVERA	K Čl. IX bod 3. (§ 42 ods. 9) V § 42 ods. 9 navrhujeme doplniť pre PZS lehotu 24 hodín na vyradenie poistenca zo ZČP. Túto pripomienku považujeme za zásadnú	Z	A	
DÔVERA	K čl. VII bod 9 (§ 79 ods. 1 písm. ze.) V novelizovanom § 79 ods. 1 písm. ze.) zákona č. 578/2004 Z. z. navrhujeme nasledovné znenie: „správne vykazovať poskytnutú zdravotnú starostlivosť do zdravotnej poisťovne“. Odôvodnenie: Túto pripomienku uplatňujeme v nadväznosti na našu pripomienku k novonavrhanému § 8d ods.4 zákona č. 581/2004 Z. z.. V príslušnej legislatíve doteraz neexistuje všeobecná definícia pojmu „správne vykazovanie poskytnutej zdravotnej starostlivosti“. Tento nedostatok navrhujeme odstrániť upresnením tejto povinnosti jeho rozšírením na všetku zdravotnú starostlivosť (aj mimo DRG) a súčasne by sa navrhovaným znením odstránilo zdvojenie rovnakej povinnosti (povinnosť vykazovať správne v klasifikačnom systéme..., ktorá je daná v §79, ods. 1 písm. af). Túto pripomienku považujeme za zásadnú.	Z	ČA	Ustanovenie prepracované.
DÔVERA	K čl. VIII bod 14 (§ 6 ods. 15) Novelizačné ustanovenie § 16 ods. 5 navrhujeme v celom rozsahu vypustiť. Odôvodnenie: Nesúhlasíme s povinnosťou predchádzajúcej zdravotnej poisťovne pri zmene zdravotnej poisťovne písomne oboznámiť poistenca o prijatí informácie o podaní prihlášky v inej zdravotnej poisťovni. Uvedená povinnosť je zbytočná byrokratická záťaž, ktorá spôsobí navýšenie finančných nákladov. Navrhovaná úprava nie je úmerná k cieľu uvedenému v dôvodovej správe, ktorým má byť zamedzenie podvodne podaných prihlášok. V prípade neakceptovania pripomienky navrhujeme v novelizačnom ustanovení § 6 ods. 15 za slovo „písomne“ vložiť slová „v listinnej alebo elektronickej podobe“. Navrhované ma vylúčiť pochybnosti o tom, či pod pojmom „písomne“ sa okrem listinnej podoby, rozumie aj elektronickej podoba. Túto pripomienku považujeme za zásadnú.	Z	ČA	Za slovo „písomne“ vložené slová „v listinnej alebo elektronickej podobe“.
DÔVERA	K čl. VIII bod 15 (§ 7 ods. 4) Navrhované znenie § 7 ods. 4 zákona navrhujeme v celom rozsahu vypustiť. Odôvodnenie: Novelizačný § 7 ods. 4 zákona zavádza inštitút akceptačného listu na zmenu zdravotnej poisťovne, o vydanie ktorého je poistenec povinný požiadať zdravotnú poisťovňu, v ktorej je verejne zdravotne poistený, v prípade ak podáva prihlášku do zdravotnej poisťovne z dôvodu zmeny zdravotnej poisťovne. Predkladateľ v dôvodovej správe len jednou vetou uvádza, že: „Inštitút akceptačného listu je nevrhnutý za účelom zamedzenia podvodných prepoistení pri zmenách zdravotnej poisťovne.“ Zásadne nesúhlasíme s návrhovou zmenou právnej úpravy.	Z	A	

Navrhovaná právna úprava nie je primeraná sledovanému účelu a predstavuje neprimeranú záťaž pre poisťencov ako aj zdravotné poisťovne. Je nepochopiteľne, aby sa proces zmeny zdravotnej poisťovne takýmto spôsobom sťažoval. Pre súčasnosť je charakteristické znižovanie administratívnej záťaže, k čomu v tomto prípade nedochádza. Poistenec sa takýmto spôsobom dostáva do pozície „rukojemníka“ zdravotnej poisťovne, v ktorej je poistený, nakoľko si musí od nej vyžiadať „súhlas“ vo forme akceptačného listu. Takáto povinnosť nemá obdobu a výrazne obmedzuje právo poistenca na zmenu zdravotnej poisťovne. V prípade ak sa poistenec domnieva, že nepodpísal prihlášku a bol nezákonné prepoistený, má na výber z viacerých právnych prostriedky ochrany svojich porušených práv. Poistenec je oprávnený podať späťvzatie prihlášky bez uvedenia dôvodu, pokiaľ tak uskutoční do 30. septembra príslušného kalendárneho roka. Poistenec môže podať Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou podnet, na základe ktorého úrad vykoná v zdravotnej poisťovni dohľad a v prípade zistenia porušenia povinností zo strany zdravotnej poisťovne, môže jej byť uložená finančná pokuta. Teda nie je v záujme žiadnej zdravotnej poisťovne tolerovať akékoľvek nezákonné prepoistenie. Ak poistenec nepodpísal prihlášku, môže sa dovoliť absolútne neplatnosti takéhoto právneho úkonu v civilnom konaní. Okrem toho poisťencovi slúžia aj prostriedky trestného práva. V prípade zneužitia osobných údajov by mohlo ísť o trestný čin neoprávneného nakladania s osobnými údajmi, prípadne by mohli byť naplnené znaky skutkovej podstaty aj iných trestných činov. Sme toho názoru, že súčasná právna úprava dostatočne ochraňuje poistenca a zároveň odrádza akékoľvek tretie osoby z používania nekalých praktík pri prepoistení. Pre porovnanie ďalej uvádzame, že v iných sektoroch dochádza k neustálemu zjednodušovaniu procesov pri uzatváraní alebo ukončovaní zmluvných vzťahov. Napríklad v prípade komerčných poisťovní možno návrh zmluvy prijať samotným zaplatením poisťného vo výške uvedenej v návrhu, bez nutnosti podpisu zmluvy vlastnoručným podpisom alebo jednoduchým elektronickým podpisom. S mobilnými operátormi možno uzavrieť zmluvu na diaľku prostredníctvom telefonického rozhovoru. Takýchto príkladov je samozrejme omnoho viac. Z uvedeného dôvodu nerozumieme, prečo by sa mala legislatíva sprísňovať v súvislosti so zdravotným poistením. Pokiaľ by sa riadili obdobnými úvahami o nekalých praktikách pri uzatváraní zmlúv aj v iných sektoroch, môžeme rovno navrhnúť zrušiť možnosť uzatvárania zmlúv na diaľku alebo dokonca aj zmlúv uzatváraných ústne, nakoľko aj v týchto prípadoch sa môže vyskytnúť riziko možných protiprávnych stavov. Zároveň uvádzame, že je neakceptovateľné, aby právo na zmenu zdravotnej poisťovne bolo podmieňované vydaním akceptačného listu zdravotnej poisťovne, z ktorej chce poistenec odísť. V prípade, ak by zdravotná poisťovňa hoci aj neúmyselne porušila zákon tým, že by akceptačný list poisťencovi nevydala a/alebo nedoručila, poistenec by bol dôsledkom tejto protiprávnej činnosti zdravotnej poisťovne, jej nečinnosti, prípadne aj pochybenia poštového podniku priamo obmedzený na svojich právach, nakoľko zdravotná poisťovňa pre ktorú sa poistenec slobodne rozhodol, musí prihlášku bez akceptačného listu odmietnuť. Zavedenie inštitútu akceptačného listu taktiež priamo obmedzuje právo poistenca na zmenu zdravotnej poisťovne, ktoré podľa aktuálnej právnej úpravy môže poistenec toto právo uplatniť až do 30. septembra. Vzhľadom na to, že zdravotná poisťovňa má 5 pracovných dní na vydanie akceptačného listu je zrejme, že poistenec nemôže využiť svoje právo na zmenu zdravotnej poisťovne do 30. septembra, tak ako mu to priznáva § 7 ods. 2 keďže musí počítať s lehotou zdravotnej poisťovne na vydanie

	<p>a doručenie akceptačného listu poistencovi. Navrhovaná právna úprava navyše ukladá zdravotnej poisťovni iba lehotu na vydanie akceptačného listu, neukladá jej žiadnu lehotu na doručenie tohto akceptačného listu poistencovi. V prípade, ak inštitút akceptačného listu nebude vypustený je potrebné právnu úpravu upraviť spôsobom, ktorý nebude obmedzovať práva poistencov. Napr. ak zdravotná poisťovňa z akéhokoľvek dôvodu nevydá a/alebo nedoručí poistencovi akceptačný list, nemôže to mať za následok to, že poistenec nemôže zmeniť zdravotnú poisťovňu. V takom prípade, by sa akceptačný list vyžadovať nemal a zdravotná poisťovňa pre ktorú sa poistenec rozhodol by prihlášku nemala odmietnuť. Túto pripomienku považujeme za zásadnú.</p>			
<p>DÔVERA</p>	<p>K čl. VIII bod 17 (§ 8 ods. 1) Navrhované znenie § 8 ods. 1 zákona navrhujeme v celom rozsahu vypustiť. Odôvodnenie: V súčasnej dobe digitalizácie a neustáleho odbúravania administratívnej záťaže považujeme požiadavku osobného podania prihlášky poistencom (prip. oprávnenou osobou), ako aj eventuálneho podpisu prihlášky úradne osvedčeným podpisom alebo kvalifikovaným elektronickým podpisom, za nadbytočnú a nadmerne zaťažujúcu poistencov. Táto zmena nebude mať žiadny prínos pre poistencov, práve naopak, bude predstavovať pre nich neprímerané zvýšenie administratívnej záťaže, zvýšenie finančných nákladov a zníženie kvality poskytovaných služieb. Dokument podpísaný aj len jednoduchým elektronickým podpisom je ekvivalentom vlastnoručne podpísaného dokumentu. Kvalifikovaný elektronický podpis používa minimálny počet ľudí, preto to považujeme za nevhodné a zároveň máme za to, že poistenci budú takto nepriamo odrádzaní od využívania svojho práva na zmenu zdravotnej poisťovne, pretože s kvalifikovaným elektronickým podpisom väčšina ľudí nevie podpisovať elektronické dokumenty. V roku 2021 tvorili prihlášky podpísané kvalifikovaným elektronickým podpisom, ktoré boli podané spoločnosti DÔVERA zdravotná poisťovňa, len 0,35% z celkového počtu podaných prihlášok. Z uvedeného vyplýva, že sa jedná o zanedbateľné číslo elektronických prihlášok podpísaných kvalifikovaným elektronickým podpisom a prijatie navrhovanej legislatívnej zmeny bude predstavovať výrazný krok späť, nakoľko poistenci budú v drvivej väčšine podávať prihlášky len v listinnej forme. V dôvodovej správe sa uvádza, že: „v praxi sa totiž bežne vyskytovali prípady, kedy poistenci spochybňovali podanie prihlášky, tvrdili, že prihlášku nepodali 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 poisťovní.“ V prípade ak sa poistenec domnieva, že nepodpísal prihlášku a bol nezákonne prepoistený, má na výber z viacerých právnych prostriedky ochrany svojich porušených práv. Poistenec je oprávnený podať späťvzatie prihlášky bez uvedenia dôvodu, pokiaľ tak uskutoční do 30. septembra príslušného kalendárneho roka. Poistenec môže podať Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou podnet, na základe ktorého úrad vykoná v zdravotnej poisťovni dohľad a v prípade zistenia porušenia povinností zo strany zdravotnej poisťovne, môže jej byť uložená finančná pokuta. Teda nie je v záujme žiadnej zdravotnej poisťovne tolerovať akékoľvek nezákonné prepoistenie. Ak poistenec nepodpísal prihlášku, môže sa dovolať absolútne neplatnosti takéhoto právneho úkonu v civilnom konaní. Okrem toho poistencovi slúžia aj prostriedky trestného práva. V</p>	<p>Z</p>	<p>N</p>	<p>Podľa názoru predkladateľa, digitalizácia neznamená, že nemá existovať kontrola podpisu na tak dôležitom dokumente, ako je prihláška na zmenu zdravotnej poisťovne. Ekvivalentne, ani pri zakladaní bankového účtu, prípadne hypotéky (čo by mohlo byť použité ako ekvivalent zdravotného poistenia) nepostačuje poštou zaslaná podpísaná žiadosť, ale banka preveruje skutočnosť, či je doklad skutočne podpísaný osobou, ktorá je na ňom uvedená.</p>

<p>prípade zneužitia osobných údajov by mohlo ísť o trestný čin neoprávneného nakladania s osobnými údajmi, prípadne by mohli byť naplnené znaky skutkovej podstaty aj iných trestných činov. Sme toho názoru, že súčasná právna úprava dostatočne ochraňuje poistenca a zároveň odrádza akékoľvek tretie osoby z používania nekalých praktík pri prepoistení. Dňa 01.07.2021 nadobudol účinnosť zákon č. 393/2020 Z.z., ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a ktorým sa menia a dopĺňajú niektoré zákony. Týmto zákonom sa zmenila aj úvodná veta § 8 ods. 1 zákona č. 580/2004 Z.z. na súčasne znenie, ktoré pripúšťa podpísanie elektronickej prihlášky jednoduchým elektronickým podpisom a listinnej prihlášky obyčajným vlastnoručným podpisom. Súčasne platné znenie § 8 ods. 1 bolo akceptované v rozporovom konaní na návrh účastníka, pričom toto znenie bolo účastníkom odôvodnené nasledovne: „Obdobie pandémie nás presvedčilo o tom, že prihlášky by mali mať zdravotné poisťovne možnosť prijímať aj len elektronicke, opatrené podpisom konajúcej osoby, za súčasného zachovania povinnosti zdravotnej poisťovne v § 25 ods. 1 písm. b) pri podaní prihlášky overiť totožnosť poistenca a údajov uvedených v prihláške podľa identifikačného dokladu, ak poistenc podáva prihlášku osobne. Navyše by takéto riešenie bolo v súlade s Nariadením EP a Rady (EÚ) č. 910/2014 z 23.7.2014 o elektronickej identifikácii a dôveryhodných službách pre elektronicke transakcie na vnútornom trhu a o zrušení smernice 1999/93/ES, ktoré umožňuje využívať na podpísanie „obyčajný“ elektronicke podpis, bez nutnosti využívať jeho kvalifikovanú verziu.“ Pandémia COVID-19, ktorá naďalej trvá, nám skutočne ukázala, že podpisovanie elektronicke prihlášok jednoduchým elektronickým podpisom je pre poistencov plne postačujúcim a najlepším riešením pre vznik verejného zdravotného poistenia alebo zmenu zdravotnej poisťovne. Pre porovnanie ďalej uvádzame, že v iných sektoroch dochádza k neustálemu zjednodušovaniu procesov pri uzatváraní alebo ukončovaní zmluvných vzťahov. Napríklad v prípade komerčnych poisťovní možno návrh zmluvy prijať samotným zaplatením poistného vo výške uvedenej v návrhu, bez nutnosti podpisu zmluvy vlastnoručným podpisom alebo jednoduchým elektronickým podpisom. S mobilnými operátormi možno uzavrieť zmluvu na diaľku prostredníctvom telefonického rozhovoru. Takýchto príkladov je samozrejme mnoho viac. Z uvedeného dôvodu nerozumieme, prečo by sa mala legislatíva sprísňovať v súvislosti so zdravotným poistením. Pokiaľ by sa riadili obdobnými úvahami o nekalých praktíkach pri uzatváraní zmlúv aj v iných sektoroch, môžeme rovno navrhnúť zrušiť možnosť uzatvárania zmlúv na diaľku alebo dokonca aj zmlúv uzatváraných ústne, nakoľko aj v týchto prípadoch sa môže vyskytnúť riziko možných protiprávných javov. Navrhovaná zmena právnej úpravy nie je vôbec hospodárna. Zdravotná poisťovňa nemá povinnosť zriaďovať pobočky, resp. mať tak širokú sieť pobočiek, aby bola schopná vybaviť požiadavky svojich poistencov vo všetkých okresoch SR. Súčasne, ak v prípade VZP hovoríme o povinnom VZP, kedy vo veľmi krátkom čase je osoba povinná prihlášku podať, je v podstate povinnosť návštevy pobočky neprimeraná záťaž. Ako sme vyššie uviedli, poistenci budú nepriamo nútení podávať len papierové prihlášky a tým pádom osobne navštevovať pobočky namiesto pohodlnej online formy, ktorá šetrí čas a finančné prostriedky. Je v rozpore aj so zámermi Európskej únie, napr. Nariadením EP a Rady č. 2018/1724 o zriadení jednotnej digitálnej brány na poskytovanie prístupu k informáciám, postupom a asistenčným službám a službám riešenia</p>			
--	--	--	--

	<p>problémov a o zmene nariadenia (EÚ) č. 1024/2012. Na Slovensku ale aj celosvetovo sa všetky inštitúcie poskytujúce služby snažia vychádzať klientom v ústrety, nezaťažovať ich byrokraciou a nevyžadovať ich fyzickú prítomnosť. Navrhovaná úprava zbytočne sťažuje prístup poistencov k možnosti zmeniť zdravotnú poisťovňu, najmä pokiaľ ide o sociálne a fyzicky znevýhodnených klientov a klientov, ktorí sú časovo vyťažení a nemajú priestor navštevovať zdravotnú poisťovňu vo vyhradených stránkových hodinách. V žiadnej vyspelej krajine, v ktorej je zavedený systém fungovania viacerých zdravotných poisťovní takéto nezmyselné obmedzenie neexistuje. Pri elektronickom podpise prihlášky predkladateľ v poznámke pod čiarou 13aab odkazuje na článok 3 ods. 10 a 12 nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) č. 910/2014 z 23. júla 2014 o elektronickej identifikácii a dôveryhodných službách pre elektronické transakcie na vnútornom trhu a o zrušení smernice 1999/93/ES (Ú. v. EÚ L 257, 28.8.2014) v platnom znení. Článok 3 ods. 10. nariadenia znie: „elektronický podpis“ sú údaje v elektronickej forme, ktoré sú pripojené alebo logicky pridružené k iným údajom v elektronickej forme a ktoré podpisovateľ používa na podpisovanie. Článok 3 ods. 12. nariadenia znie: „kvalifikovaný elektronický podpis“ je zdokonalený elektronický podpis vyhotovený s použitím kvalifikovaného zariadenia na vyhotovenie elektronického podpisu a založený na kvalifikovanom certifikáte pre elektronické podpisy. Podľa nášho názoru súčasne použitie odkazu na ods. 10 a zároveň na odsek 12 pôsobí zmätočne, nakoľko ustanovenie ods. 10 sa týka jednoduchého elektronického podpisu a ustanovenie ods. 12 kvalifikovaného elektronického podpisu. Takéto znenie môže spôsobovať rozdielne výklady, či je tým myslený výlučne len kvalifikovaný elektronický podpis alebo aj jednoduchý elektronický podpis. Túto pripomienku považujeme za zásadnú.</p>			
DÔVERA	<p>K čl. VIII bod 19 (§ 8 ods. 4) Navrhované doplnenie § 8 ods. 4 zákona navrhujeme v celom rozsahu vypustiť. Odôvodnenie: Táto pripomienka súvisí s našou pripomienkou k článku VIII bod 15 (§ 7 ods. 4) zákona, v ktorej navrhujeme vypustiť inštitút akceptačného listu. Túto pripomienku považujeme za zásadnú.</p>	Z	A	
DÔVERA	<p>K čl. VIII bod 20 (§ 8a ods. 5) V novelizačnom ustanovení § 8 ods. 5 navrhujeme za písmeno c) vložiť písmeno e) s nasledovným znením „dátum podania prihlášky, ktorú poistenec žiada vziať späť“ Doterajšie písmeno e) sa označuje ako písmeno f) Odôvodnenie: Medzi obligatorne náležitosti späťvzatia prihlášky navrhujeme uviesť dátum podania prihlášky, ktorú poistenec žiada vziať späť, aby zdravotné poisťovňa vedeli identifikovať, ktorú prihlášku poistenec chce vziať späť, nakoľko môže podať aj viac prihlášok. Túto pripomienku považujeme za zásadnú.</p>	Z	N	<p>V prípade podania späťvzatia prihlášky je zrejme, že poistenec chce vziať späť všetky prihlášky, ktoré do tejto zdravotnej poisťovne podal. Poistenec si jednak nemusí pamätať presný dátum, kedy prihlášku podával (a teda späťvzatie by bolo odmietnuté kvôli chýbajúcej obligatornej náležitosti späťvzatia), jednak v prípade viacerých prihlášok nemusí predpokladať, že jedno späťvzatie nepostačuje a musí podať viacero späťvzatí prihlášok na všetky prihlášky.</p>
DÔVERA	<p>K čl. VIII bod 21 Navrhované znenie novelizačného bodu 21 sa v celom rozsahu nahrádza znením: V 9 odseky 2 až 6 znejú: „(2) Poistenec, ktorý je dlžníkom podľa § 25a ods. 1, má právo len na úhradu neodkladnej zdravotnej starostlivosti 15) (ďalej len "neodkladná starostlivosť")", a zdravotnej starostlivosti poskytovanej v súvislosti s tehotenstvom, v rozsahu ustanovenom osobitným zákonom*;to neplatí, ak ide o dlžníka, a) ktorému zdravotná poisťovňa povolila splátky dlžných súm podľa § 18 ods. 3 a ktorý plní všetky podmienky dohodnuté so</p>	Z	ČA	<p>Obmedzenie nároku na zdravotnú starostlivosť pri dlžníkovi iba na neodkladnú je zrejme najtvrdšie v EU; veľká väčšina členských štátov EU (vrátane Českej republiky) takéto obmedzenie vôbec nemá a napriek tomu v týchto krajinách nie je evidovaný žiaden pokles úspešnosti výberu poistného v porovnaní so SR. Zdravotným poisťovníam naďalej ostáva k dispozícii</p>

<p>zdravotnou poisťovňou v dohode o splátkach, b) od ktorého sa dlžné poistné vymáha v exekučnom konaní, uhrádza ho formou splátok a túto skutočnosť oznámil zdravotnej poisťovni, c) na majetok ktorého bol vyhlásený konkurz alebo ktorému bola povolená reštrukturalizácia podľa osobitného predpisu, 15aa) d) ktorý vzniesol námietku premlčania voči uplatnenému premlčanému nároku na poistné podľa § 21 ods. 1 alebo na vymáhanie poistného podľa § 21 ods. 2, pre ktoré bol vedený v zozname dlžníkov, e) ktorému bola súdom nariadená ochranná liečba alebo f) ktorý je zamestnancom, za ktorého nezaplatil preddavok na poistné zamestnávateľ, g) ktorému bol určený splátkový kalendár podľa osobitného predpisu, 15aa) h) ktorý bol zaradený do programu Ministerstva vnútra Slovenskej republiky (ďalej len "ministerstvo vnútra") na podporu a ochranu obetí obchodovania s ľuďmi (ďalej len "program ochrany obetí"), a to len do času jeho vyradenia z tohto programu, (3) Poistenec, ktorý je štatutárnym orgánom alebo členom štatutárneho orgánu a členom dozorného orgánu obchodnej spoločnosti, ktorá je ako platiteľ poistného dlžníkom zdravotnej poisťovne podľa § 25a ods. 1, má právo len na úhradu zdravotnej starostlivosti v rozsahu podľa § 9 ods. 1. (4) Poistenec, ktorý nepodal prihlášku, má právo len na úhradu neodkladnej starostlivosti, ktorú uhrádza zdravotná poisťovňa s najväčším počtom poistencov, to neplatí, ak ide o nepodanie prihlášky za maloletého poistenca. Skutočnosť, či ide o neodkladnú starostlivosť, potvrdzuje zdravotná poisťovňa s najväčším počtom poistencov. (5) Náklady vzniknuté podľa odseku 4 uhradí zdravotnej poisťovni pri prvom poskytnutí neodkladnej starostlivosti v čase nepodania prihlášky ministerstvo zdravotníctva; pri jej ďalšom poskytnutí je povinná ich uhradiť zdravotnej poisťovni fyzická osoba alebo právnická osoba, ktorá porušila povinnosť podať prihlášku. (6) Za bezdomovca zdržiavajúceho sa na území Slovenskej republiky uhrádza neodkladnú starostlivosť zdravotná poisťovňa s najväčším počtom poistencov; za bezdomovca zdržiavajúceho sa na území Slovenskej republiky sa považuje osoba, ktorá nemôže preukázať poistný vzťah preukazom poistenca, poistný vzťah nemožno zistiť v centrálnom registri poistencov, nie je zdravotne poistená v inom členskom štáte a má bydlisko v Slovenskej republike. Náklady, ktoré vznikli podľa prvej vety uhradí zdravotnej poisťovni ministerstvo zdravotníctva.“. Poznámka pod čiarou k odkazu * znie: „, §2 zákona č. 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti.“ Doterajšie odseky 5 až 7 sa označujú ako odseky 7 až 9. Odôvodnenie: Nesúhlasíme s vypustením ustanovení o krátení nároku rozsahu zdravotnej starostlivosti, poskytovanej dlžníkom. Súčasná právna úprava predstavuje účinný nástroj na zlepšenie výberu poistného a tým zabezpečenie finančných prostriedkov v systéme verejného zdravotného poistenia. Aj vďaka obmedzeniu rozsahu hradenej zdravotnej starostlivosti je úspešnosť výberu zdravotného poistenia na Slovensku jedna z najvyšších. Pričom ak by úspešnosť výberu poistného ekonomicky aktívnych poistencov klesla len o 1%, sektor príde o cca 50 miliónov eur. Riziká spojené s obmedzením rozsahu hradenej zdravotnej starostlivosti pomenované predkladateľom návrhu zákona navrhujeme riešiť rozšírením rozsahu zdravotnej starostlivosti hradenej dlžníkom. Konkrétne navrhujeme rozšírenie o zdravotnú starostlivosť súvisiacu s tehotenstvom v rozsahu podľa §2 zákona 577/2004 Z. z. Cieľom predkladateľa novely je riešenie situácie marginalizovanej skupiny ľudí bez domova. Túto situáciu je možné riešiť napríklad úpravu legislatívy tak, aby platiteľom ich poistného bol štát. Nepovažujeme za vhodné, aby</p>		<p>celé spektrum nástrojov na vymáhanie, vrátane exekučných konaní. Pokiaľ ide o šetrenie prostriedkov na zdravotnú starostlivosť, veľmi často je práve akútna zdravotná starostlivosť drahšia, ako prevencia a odkladná zdravotná starostlivosť. Ustanovenie prepracované.</p>
--	--	---

<p>ekonomicky aktívni dlžníci mali prístup k zdravotnej starostlivosti v plnom rozsahu. Takéto riešenie by bolo tiež diskriminačné voči poistencom, ktorí sú ekonomicky aktívni a poistné riadne uhrádzajú. Za účelom zvýšenia úspešnosti výberu poistného zároveň navrhujeme doplnenie ustanovenia § 9 ods. 3, ktoré má za cieľ posilniť zodpovednosť členov štatutárneho orgánu a dozorného orgánu obchodných spoločností vykonávajúcich podnikateľskú činnosť v zmysle obchodného zákonníka za neplnenie povinnosti platiteľa poistného odvádzať poistné na verejné zdravotné poistenie a zároveň prispeje k ich motivácii si tieto povinnosti plniť. Rozšírenie obmedzenia rozsahu hradenej ZS aj na štatutárov V § 25a ods. 2 písm. a) navrhujeme za text „ak je pridelené“ doplniť text „meno, priezvisko, trvalý alebo prechodný pobyt samostatne zárobkovo činnnej osoby, ak sú tieto údaje odlišné od obchodného mena, sídla alebo miesta podnikania“ V § 25a ods. 2 písm. b) navrhujeme upraviť nasledovne „u právnickej osoby obchodné meno, sídlo alebo miesto podnikania, identifikačné číslo, meno, priezvisko, trvalý alebo prechodný pobyt štatutárneho orgánu alebo členov štatutárneho orgánu a členov dozorného orgánu, údaj o tom, či má štatutárny orgán alebo členovia štatutárneho orgánu a členovia dozorného orgánu právo len na úhradu zdravotnej starostlivosti podľa § 9 ods. 3 a výšku pohľadávky. Odôvodnenie: V súvislosti s navrhnutou úpravou §9 ods. 3 je potrebné rozšíriť údaje uvádzané v zozname dlžníkov vo vzťahu k právnickým osobám o údaje osôb v pozícii štatutárneho orgánu, resp. v pozícii členov štatutárneho orgánu (navrhovaného doplnenie § 25a ods. 2 písm. b) a dozorného orgánu. Zároveň navrhujeme doplniť v § 25a ods. 2 písm. a) o údaje o mene priezvisku a bydlisku SZČO, nakoľko v prípade, ak má SZČO obchodné meno odlišné od jej mena a priezviska, nie je možné pri overovaní nároku na zdravotnú starostlivosť odhaliť existenciu dlhu SZČO (ako zamestnávateľa), nakoľko táto je v zozname dlžníkov vedená pod obchodným menom. Doplnenie ľudí bez domova medzi osoby za ktoré je platiteľom poistného štát • V § 11 ods. 7 doplniť nové písm. x), ktoré znie: „x) fyzickú osobu v nepriaznivej sociálnej situácii podľa osobitného zákona*)“ Poznámka pod čiarou k odkazu * znie: *) § 2 ods. 2 písmena a), b), g) až i) zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov • V § 17c ods. 3 navrhujeme doplniť nové písm. f), ktoré znie: „f) je zrejme, že vzhľadom na majetkové pomery platiteľa poistného, ktorý je v súčasnosti fyzickou osobou podľa § 11 ods. 7 písm. x), vymáhanie nebude viesť ani k čiastočnému uspokojeniu pohľadávky“ • V § 23 navrhujeme doplniť nový ods. 20, ktorý znie: „(20) Za fyzickú osobu podľa § 11 ods. 7 písm. x) je povinný oznamovať údaje príslušnej zdravotnej poisťovni podľa § 29b ods. 7 poskytovateľ sociálnej služby*). Poznámka pod čiarou k odkazu * znie: *) § 3 ods. 1 písm. b) zákona č. 448/2008 Z. z. • V § 29b navrhujeme vložiť nový ods. 7, ktorý znie: „(7) Za fyzickú osobu podľa § 11 ods. 7 písm. x) je povinný preukazovať skutočnosti podľa § 11 ods. 7 písm. x) príslušnej zdravotnej poisťovni na účely vykonávania verejného zdravotného poistenia poskytovateľ sociálnej služby*). Poskytovateľ sociálnej služby*) poskytuje príslušnej zdravotnej poisťovni údaje o fyzickej osobe podľa §11 ods. 7 písm. x) v rozsahu meno, priezvisko, dátum narodenia, dátum začatia poskytovania sociálnej služby, identifikácia nepriaznivej sociálnej situácie**), na riešenie ktorej je sociálna služba poskytovaná. Údaje podľa predchádzajúcej vety poskytovateľ sociálnej služby*) oznamuje príslušnej zdravotnej poisťovni do ôsmich dní odo dňa ich získania.“ Poznámka pod čiarou k odkazu * znie: *) § 3 ods. 1 písm. b) zákona č. 448/2008</p>			
--	--	--	--

	<p>Z. z. **) § 2 ods. 2 písm. a), b), g) až i) zákona č. 448/2008 Z. z. Doterajšie ods. 7 až 21 sa označujú ako 8 až 22. • V § 9 ods. 2 navrhujeme doplniť nové písm. i), ktoré znie: „i) za ktorého je platiteľom poistného štát podľa § 11 ods. 7 písm. x)“ Odôvodnenie: Tento legislatívny návrh uvádzame ako príklad možnosti riešenia situácie ľudí bez domova. Rozšírenie spôsobov vymáhania pohľadávok aj o príkaz na zadržanie vodičského preukazu • V §179a ods. 1 zákona č. 233/1995 Z. z. o súdnych exekútoroch a exekučnej činnosti (Exekučný poriadok) a o zmene a doplnení ďalších zákonov navrhujeme nasledovné znenie: „(1) Exekútor môže vydať príkaz na zadržanie vodičského preukazu tomu, kto nesplní výživné stanovené rozhodnutím súdu alebo kto neuhradí pohľadávku zdravotnej poisťovne z výkazu nedoplatkov*) alebo právoplatného a vykonateľného rozhodnutia úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou podľa osobitného zákona*).“ *) §17a zákona č. 580/2004 Z. z. *) zákon č. 581/2004 Z. z. Odôvodnenie: Za účelom zvýšenia úspešnosti vymáhania pohľadávok zdravotnej poisťovne na poistnom navrhujeme rozšírenie spôsobov výkonu exekúcie, konkrétne aby ju bolo možné vykonať príkazom na zadržanie vodičského preukazu. Tento spôsob výkonu exekúcie pomôže motivovať dlžníkov plniť ich zákonné povinnosti. Zároveň by tento spôsob vymáhania dlžného poistného nepostihoval skupinu ľudí bez domova, čo je cieľom predkladateľa novely. Dáta ukazujú, že najväčšou skupinou dlžníkov sú muži od 25-49 rokov, ktorí by mohli byť efektívne zasiahnutí týmto spôsobom vymáhania. V prípade, že vymáhanie pohľadávok bude v zmysle tohto legislatívneho návrhu zverené zdravotným poisťovniam, navrhujeme aby bol tento spôsob vymáhania pohľadávok doplnený do zákona č. 580/2004 Z. z. navrhovaný § 25b a nasl., ktoré upravujú konanie vo veciach vymáhania pohľadávok. Pripomienku považujeme za zásadnú.</p>			
DÔVERA	<p>K čl. VIII bod 36 V §10 ods. 11 znie: (11) Na konanie podľa odsekov 1 a 8 až 10 sa nevzťahuje všeobecný predpis o správnom konaní,56). Odôvodnenie: Máme za to, že nie je dôvodné, aby zdravotné poisťovne boli povinné aj v konaní o žiadosti poistenca o preplatenie nákladov postupovať podľa Správneho poriadku. O nároku poistenca už bolo riadne rozhodnuté v konaní o predchádzajúcom súhlase na ktoré sa vzťahuje Správny poriadok (§ 9f). V dôsledku aplikácie Správneho poriadku aj na konanie o žiadosti poistenca o preplatenie nákladov by sa celý proces neúčelne predlžil, čo by malo za následok, že sa poistenci dostanú k peniazom neskôr. Aplikácia Správneho poriadku by súčasne znamenala pre zdravotnú poisťovňu podstatné zvýšenie administratívno-technického, ale aj personálneho zaťaženia. V zmysle navrhovaného znenia § 10 ods. 8 až 10 bude zabezpečené, že zdravotná poisťovňa o žiadosti poistenca rozhodne, pričom poistenc má právo sa voči tomuto rozhodnutiu zdravotnej poisťovne odvolať. Pokiaľ zdravotná poisťovňa odvolaniu poistenca nevyhoví, o odvolaní bude rozhodovať Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. Prieskumom rozhodnutí zdravotnej poisťovne v zmysle ustanovenia § 10 ods. 8-10 je nášho názoru zabezpečená dostatočná garancia transparentnosti procesu rozhodovania zdravotných poisťovní a ochrana pred prípadnou svojvôľou zdravotnej poisťovne na dosiahnutie čoho, nie je potrebné aby zdravotné poisťovne postupovali v konaní podľa ustanovení Správneho poriadku. Pripomienku považujeme za zásadnú</p>	Z	N	Ustanovenie bolo vypustené v jeho celej časti.
DÔVERA	<p>K čl. VIII bod 36 (§ 10 ods. 9) V §10 odsek 9 navrhujeme nasledovné znenie: „9) Príslušná zdravotná poisťovňa môže o odvolaní rozhodnúť sama, ak odvolaniu v plnom rozsahu vyhoví; ak nerozhodne do 15</p>	O	N	Ustanovenie bolo vypustené v jeho celej časti.

	<p>pracovných dní odo dňa prijatia odvolania alebo odvolaniu v plnom rozsahu nevyhovie, je povinná v tejto lehote predložiť odvolanie spolu s výsledkami doplneného konania a so spisovým materiálom úradu.“ Odôvodnenie: Formulačná úprava za účelom jednoznačnosti postupu zdravotnej poisťovne pri posúdení odvolania poistenca. Pripomienku považujeme za obyčajnú</p>			
<p>DÔVERA</p>	<p>K čl. VIII bod 61 V článku VIII novelizačný bod 61. navrhujeme vypustiť. Odôvodnenie: Realizácia výkonu exekučných titulov je v podmienkach SR zverená predovšetkým exekútorom, ktorí sú štátom určenými a splnomocnenými osobami na vykonávanie núteného výkonu exekučných titulov, patria medzi orgány ochrany práva a exekučné konanie je súčasťou práva na spravodlivý proces podľa čl. 46 Ústavy SR. Máme za to, že v podmienkach právneho štátu je to správny postup a nie je vhodné ďalej, najmä súkromnoprávnym subjektom zverovať kompetenciu v navrhovanom rozsahu zasahovať do majetkových práv dlžníkov. Právo vymáhať pohľadávky, čím sa rozumie právna možnosť oprávneného (zdravotnej poisťovne) domáhať sa núteného výkonu rozhodnutia proti povinnému (poistencovi, platiteľovi), ktorý dobrovoľne nesplnil uloženú povinnosť cestou iniciovania exekučného konania, nie je totožná s právom vykonať rozhodnutie, ktoré má byť navrhovanou právnou úpravou zdravotnej poisťovni priznané. Inak povedané zdravotná poisťovňa už na základe aktuálnej právnej úpravy realizuje povinnosť vymáhania pohľadávok ako súčasť povinnosti hospodárneho nakladania s verejnými prostriedkami. V rámci exekučného konania dnes môže dôjsť, ako je uvedené v dôvodovej správe k vzniku nákladov na strane zdravotnej poisťovne ako oprávnenej (§ 199c Exekučného poriadku). Na druhej strane v súvislosti s implementovaním navrhovanej právnej úpravy v podmienkach zdravotnej poisťovne (organizačné, technické, personálne, administratívne opatrenia a pod.) a so samotným výkonom exekučných titulov dôjde k značnému zvýšeniu nákladov na strane zdravotnej poisťovne, pričom v priebehu realizácie výkonu rozhodnutia samotnou zdravotnou poisťovňou sa môže ukázať, že nie je možné dosiahnuť uspokojenie jej pohľadávok predpokladanými spôsobmi a zdravotná poisťovňa bude musieť nakoniec aj tak pristúpiť k podaniu návrhu na výkon exekúcie. V konečnom dôsledku teda môže dôjsť k navýšeniu, nie k úspore verejných prostriedkov a k zníženiu efektivity oproti súčasnému fungovaniu. V prípade, že nedôjde k vypusteniu novelizačného bod 61. v článku VIII, podávame k navrhovanej právnej úprave nasledujúce pripomienky. 1. navrhujeme posunutie účinnosti na 01.01.2024, resp. minimálne na 01.07.2023. Odôvodnenie: Účinnosť od 01.01.2023, s ohľadom na predpokladaný termín ukončenie legislatívneho procesu, neposkytuje dostatočný časový priestor pre organizačnú, technickú a personálnu prípravu na začatie realizácie vymáhania pohľadávok, ktoré jej zákon ukladá ako povinnosť. 2. V § 25b ods. 1 sa za slová „vymáhania“ vkladá slovo „vykonateľných“. Odôvodnenie: Exekučný titul musí spĺňať podmienku vykonateľnosti. 3. V § 25b ods. 1 sa za slová „nedoplatky z ročného zúčtovania poistného na verejné zdravotné poistenie“ vkladajú slová „pohľadávky podľa § 9 ods. 7“. Odôvodnenie: Pohľadávky vyplývajúce z ustanovenia § 9 ods. 7 zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov (v znení zákona č. 718/2004 Z. z.) v znení neskorších predpisov neboli v zahrnuté pod exekučné tituly. 4. V § 25c sa za slová „Exekučným titulom na účely tohto zákona je“ vkladajú slová „právoplatný a vykonateľný“</p>	<p>Z</p>	<p>A</p>	

Odôvodnenie: Exekučný titul musí spĺňať podmienku právoplatnosti a vykonateľnosti (§ 17a ods. 10). 5. V nadväznosti na ustanovenie § 25g ods. 5 nie je novelizované ustanovenie § 18 ods. 3 písm. a) zákona č. 581/2004 Z. z. o pôsobnosť úradu „rozhodovať o námietkach povinného v konaní vo veciach vymáhania pohľadávok ak námietkam nevyhovela zdravotná poisťovňa podľa osobitného predpisu.“ Poznámka pod čiarou k odkazu x) znie: „x) § 25g ods. 5 zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení zákona č.../2022 Z. z.“ 6. V § 25h ods. 6 sa za slová „aktivovanú elektronickú schránku“ vkladajú slová „na doručovanie“. Odôvodnenie: Navrhujeme konkretizovať, že elektronická schránka musí byť aktivovaná na doručovanie. Niektoré elektronické schránky totiž môžu byť aktivované, ale nie sú aktívne na účely doručovania. 7. § 25h ods. 2 znie: Upovedomenie o začatí vymáhania pohľadávok podľa § 25k ods. 1 a 25l ods. 3 sa doručuje dlžníkovi do vlastných rúk. Ak sa upovedomenie o začatí vymáhania pohľadávok nepodarí doručiť povinnému, ktorý je fyzickou osobou, na adresu evidovanú v registri obyvateľov Slovenskej republiky alebo adresu miesta pobytu cudzinca na území Slovenskej republiky podľa druhu pobytu cudzinca, je zdravotná poisťovňa povinná v rámci svojej pôsobnosti urobiť všetky úkony potrebné na zistenie skutočného pobytu povinného. Ak sa nepodarí upovedomenie o začatí vymáhania pohľadávok doručiť povinnému do troch mesiacov od začatia konania vo veciach vymáhania pohľadávok, doručí sa mu oznámením na úradnej tabuli zdravotnej poisťovne a na webovej stránke zdravotnej poisťovne. Upovedomenie o začatí vymáhania pohľadávok sa v takom prípade považuje za doručené uplynutím 15 dní odo dňa nasledujúceho po zverejnení oznámenia. Odôvodnenie: Zo znenia ustanovenia § 25k ods. 1 a 25l ods. 3 nie je zrejmé, či ide o upovedomenie podľa ustanovenia § 25h ods. 2 alebo má poisťovňa povinnému zasielať ďalšie upovedomenie, v ktorom je už konkretizovaný spôsob výkonu vymáhania pohľadávky. Aj v súčasnosti v rámci výkonu aktuálnej pôsobnosti zdravotnej poisťovne nastáva problém s účinným doručením pri fyzických osobách – nepodnikateľoch, ktorí sa nezdržiavajú v mieste trvalého bydliska a zdravotnej poisťovni nie je známa ich iná adresa na doručovanie zásielok alebo ktorí zásielky účelovo nepreberajú. Podobne ako v exekučnom konaní preto navrhujeme, aby sa možnosť náhradného doručovania aj fyzickým osobám – nepodnikateľom otvorila po uplynutí troch mesiacov márných pokusov o doručovanie. 8. V § 25h ods. 3 sa slová „po uplynutí troch dní od vrátenie“ nahrádzajú slovami „dňom vrátenia“. Odôvodnenie: Lehota ďalších troch dní odo dňa vrátenia nedoručenej zásielky zdravotnej poisťovni pre účely uplatnenia fikcie doručenia nie je zo strany navrhovateľa novely žiadnym spôsobom odôvodnená. Z hľadiska zachovania princípov plynulosti a efektívnosti procesného postupu považujeme túto lehotu za nadbytočnú. 9. V § 25h ods. 4 sa slová „po uplynutí troch dní od vrátenie“ nahrádzajú slovami „dňom vrátenia“. Odôvodnenie: Lehota ďalších troch dní odo dňa vrátenia nedoručenej zásielky zdravotnej poisťovni pre účely uplatnenia fikcie doručenia nie je zo strany navrhovateľa novely žiadnym spôsobom odôvodnená. Z hľadiska zachovania princípov plynulosti a efektívnosti procesného postupu považujeme túto lehotu za nadbytočnú. 10. § 25k sa dopĺňa odsekom 6, ktorý znie: Zdravotná poisťovňa po márnom uplynutí lehoty na podanie námietok alebo po nadobudnutí právoplatnosti rozhodnutia, ktorým sa námietkam nevyhovelo, vydá exekučný príkaz na vymáhanie pohľadávok zrážkami zo mzdy. Odôvodnenie: Príkaz na začatie vymáhania pohľadávky zrážkami zo

	<p>mzdy podľa navrhovaného ustanovenia § 25k ods. 6 by mal byť doručovaný až keď márne uplynie lehota na podanie námietok proti upovedomeniu alebo bude právoplatne rozhodnuté o námietkach, obdobne ako v navrhovanom ustanovení § 25l ods. 9. 11. Nesúhlasíme s označením druhého zasielaného príkazu na vymáhanie pohľadávky zrážkami zo mzdy podľa ustanovenia § 25k ods. 6 a nasl. ako „exekučný“ a príkazu na vymáhanie pohľadávky prikázaním pohľadávky podľa ustanovenia § 25l ods. 10 a nasl., keďže zdravotné poisťovne nevykonávajú, ani nemajú vykonávať, exekučnú činnosť v zmysle Exekučného poriadku. 12. V § 25k ods. 5 písm. g) sa namiesto písmena „e)“ vkladá písmeno „f)“</p> <p>Odôvodnenie: Ustanovenie § 25k ods. 5 písm. g) nesprávne odkazuje na § 25k ods. 5 písm. e). 13. V § 25k ods. 7 sa číslica „10“ nahrádza číslicou „35“</p> <p>Odôvodnenie: Navrhovaná výška paušálneho poplatku je nízka a nezodpovedajúca nákladom zdravotnej poisťovne, ktoré jej v súvislosti s prípravou, spracovaním a doručovaním exekučného príkazu vzniknú. Navrhujeme preto zvýšenie poplatku na sumu 35 Eur, ktorá aspoň čiastočne primeraným spôsobom zohľadňuje výšku nákladov zdravotnej poisťovne, spojených s procesom realizácie vymáhania pohľadávky v konkrétnom prípade. Túto pripomienku považujeme za zásadnú.</p>			
DÔVERA	<p>K čl. VIII bod 7 (§6 ods. 5)</p> <p>Navrhované ustanovenie § 6 ods. 5 navrhujeme v celom rozsahu vypustiť. Odôvodnenie: Navrhovaná legislatívna zmena je diskriminačná, bezdôvodne zvýhodňuje štátnu zdravotnú poisťovňu, resp. poisťovňu s vyšším počtom poistencov. Namiesto veľkosti poistného kmeňa zdravotnej poisťovne by sa podľa nášho názoru mala brať do úvahy vôľa poistenca byť poistený v tej-ktorej poisťovni. Takto podané prihlášky by mal úrad neakceptovať a vzniknutá situácia by sa mala riešiť primárne na úrovni zdravotnej poisťovne a poistenca. Predpokladáme, že navrhovaná zmena sa týka vznikových prihlášok, vzhľadom na skutočnosť, že duplicitné podanie zmenových prihlášok je vyriešené. Navrhujeme zjednotiť tento postup. V celom procese by sa malo ku všetkým prihláškach pristupovať totožne. Túto pripomienku považujeme za obyčajnú.</p>	O	N	<p>Navrhované ustanovenie rieši situáciu, kedy poistenec podal viac ako jednu prihlášku. Právo poistenca na výber poisťovne ostáva zachované, uvedené ustanovenie rieši iba ďalší postup v prípade, ak si poistenec vybral 2 a viac poisťovní naraz. Ak bude zvolená ktorákoľvek z týchto poisťovní ako príslušná, vždy je to v súlade s prejavenu vôľou poistenca.</p>
DÔVERA	<p>K čl. VIII bod 8 (§ 6 ods. 9)</p> <p>Navrhované znenie § 6 ods. 9 zákona navrhujeme v celom rozsahu vypustiť. Odôvodnenie: Táto pripomienka súvisí s našou pripomienkou k článku VIII bod 17 (§ 8 ods. 1) zákona, v ktorom navrhujeme vypustiť požiadavku osobného podania prihlášky poistencom (prip. oprávnenou osobou), ako aj eventuálneho podpisu prihlášky úradne osvedčeným podpisom alebo kvalifikovaným elektronickým podpisom a zároveň s našou pripomienkou k článku VIII bod 15 (§ 7 ods. 4) zákona, v ktorej navrhujeme vypustiť v celosti inštitút akceptačného listu. Súčasne znenie § 6 ods. 9 považujeme za postačujúce. Na tomto mieste si zároveň dovoľujeme poukázať na absurdný postup poistenca, ktorý bude musieť absolvovať v prípade zmeny zdravotnej poisťovne je nasledovný: Pokiaľ sa poistenec rozhodne zmeniť zdravotnú poisťovňu, tak v zmysle navrhovanej právnej úpravy, jeho prvým krokom má byť požiadanie jeho súčasnej zdravotnej poisťovne o vydanie tzv. akceptačného listu, ktorý je nevyhnutnou prílohou k prihláške do novej zdravotnej poisťovne. Samozrejme aj poistencov s veľkou dávkou fantázie nenapadne, že by sa niečo takéto od nich mohlo vyžadovať a ich prvé kroky budú smerovať do novej poisťovne, v ktorej majú záujem byť poistení, mysliac si, že tam všetko v rámci jednej návštevy vybaví. Nanešťastie však týmto poistencom bude oznámené, že k prihláške potrebujú tzv. akceptačný list, o ktorý musia písomne požiadať svoju súčasnú poisťovňu. Áno, pre</p>	Z	ČA	<p>Vypustené ustanovenia o akceptačnom liste. Potreba jednoznačného overenia poistenca zachovaná.</p>

zamestnancov pracujúcich na pobočkách poisťovne to bude ťažké vysvetľovanie. Na vydanie tohto akceptačného listu bude mať súčasná poisťovňa päť pracovných dní odo dňa doručenia žiadosti poistenca. Navrhovaná právna úprava však ešte vyžaduje, aby takýto akceptačný list bol poistencovi doručený preukázateľným spôsobom (t.j. (i) poštou ako doporučená zásielka s doručenkou a poznámkou „do vlastných rúk“, (ii) do elektronickej schránky podľa osobitného predpisu alebo (iii) osobne do vlastných rúk poistenca po overení jeho totožnosti.), čím sa doba od podania žiadosti do skutočného prevzatia/doručenia akceptačného listu poistencovi výrazne predlži. Podotýkame, že veľmi zaujímavé situácie budú vznikať, ak poistenec sa rozhodne zmeniť poisťovňu napríklad 28. septembra. V zmysle zákona poistenec môže podať prihlášku najneskôr do 30. septembra kalendárneho roka. Z dôvodu potreby akceptačného listu, na vydanie ktorého má zdravotná poisťovňa päť pracovných dní (+ ďalšie dni k preukázateľnému doručeniu), bude takémuto poistencovi znemožnené sa včas prepoistiť. Upozorňujeme, že zdravotné poisťovne majú na vydanie akceptačného listu fixnú lehotu a je možné predpokladať, že nebude v ich záujme vydávať v takýchto prípadoch akceptačné listy pred jej uplynutím. Po získaní akceptačného listu nasleduje podanie prihlášky na zmenu zdravotnej poisťovne. V prípade ak poistenec osobne nepodá prihlášku k zmene zdravotnej poisťovne, tak v zmysle navrhovanej právnej úpravy, bude musieť byť prihláška z jeho strany podpísaná úradne osvedčeným podpisom alebo ak bude podaná elektronicke, tak bude musieť byť podpísaná zaručeným elektronickým podpisom. Pýtame sa, myslel predkladateľ zákona na imobilné osoby alebo dôchodcov? Jedná sa o kategórie osôb, ktoré vo vyššej miere využívajú zdravotnú starostlivosť a práve tieto osoby môžu mať záujem zmeniť zdravotnú poisťovňu z dôvodu ponúkaných benefitov. Predkladateľ teda žiada, aby imobilná osoba alebo osoba s obmedzenou schopnosťou sa pohybovať najskôr požiadala súčasnú zdravotnú poisťovňu o akceptačný list (najčastejšie tak bude musieť spraviť osobne, nakoľko málokto dnes komunikuje s použitím kvalifikovaného elektronickeho podpisu), následne si išla na poštu vyzdvihnúť akceptačný list a potom ešte absolvovala ďalšiu cestu buď osobne priamo na pobočku zdravotnej poisťovne k podaniu zmenovej prihlášky, alebo osobne na notársky úrad (prip. matriku) za účelom úradného osvedčenia svojho podpisu. A aby sme nezabudli predchádzajúca zdravotná poisťovňa bude zároveň povinná písomne oboznámiť poistenca o prijatí informácie o podaní prihlášky v inej zdravotnej poisťovni, čo znamená ďalšiu cestu poistenca na poštu. Nepredpokladáme, že tieto osoby budú využívať kvalifikovaný elektronickeý podpis. Rovnako obmedzený prístup k zmene zdravotnej poisťovne budú mať pracujúci, ktorí budú nútení zobrať si dovolenku len z dôvodu, aby mohli osobne navštíviť pobočku zdravotnej poisťovne alebo notársky úrad (matriku) pre účely prepoistenia. Navrhovaná právna úprava je pre poistenca príliš komplikovaná a zmatečná. Pre poistenca bude predstavovať zvýšené finančné náklady (poplatky za úradne osvedčenie podpisov, poštovne, cestovné výdavky). Výsledkom takýchto prekážok bude len výrazné zníženie počtu prepoistení (v prípade prijatia tejto úpravy takéto dáta o výraznom znížení prepoistení určite budú). Pri elektronickeom podpise prihlášky predkladateľ v poznámke pod čiarou 13aab odkazuje na článok 3 ods. 10 a 12 nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) č. 910/2014 z 23. júla 2014 o elektronickej identifikácii a dôveryhodných službách pre elektronicke transakcie na vnútornom trhu a o zrušení smernice 1999/93/ES (Ú. v. EÚ L 257, 28.8.2014) v platnom znení. Článok 3 ods. 10. nariadenia znie: „elektronickeý podpis“ sú údaje v elektronickej forme, ktoré sú pripojené

	alebo logicky pridružené k iným údajom v elektronickej forme a ktoré podpisovateľ používa na podpisovanie. Článok 3 ods. 12. nariadenia znie: „kvalifikovaný elektronický podpis“ je zdokonalený elektronický podpis vyhotovený s použitím kvalifikovaného zariadenia na vyhotovenie elektronického podpisu a založený na kvalifikovanom certifikáte pre elektronické podpisy. Podľa nášho názoru súčasne použitie odkazu na ods. 10 a zároveň na odsek 12 pôsobí zmätočne, nakoľko ustanovenie ods. 10 sa týka jednoduchého elektronického podpisu a ustanovenie ods. 12 kvalifikovaného elektronického podpisu. Takéto znenie môže spôsobovať rozdielne výklady, či je tým myslený výlučne len kvalifikovaný elektronický podpis alebo aj jednoduchý elektronický podpis. Túto pripomienku považujeme za zásadnú.			
DÔVERA	K čl. VIII nad rámec návrhu Navrhujeme vypustiť ustanovenie § 9b ods. 10 písm. a) zákona č. 580/2004 Z. z. Odôvodnenie: Návrh nie je v súlade s účelným využívaním prostriedkov VZP v SR 1. obchádza sa princíp vecnej výnimočnosti ZS uhrádzanej z prostriedkov VZP v SR tým, že jediným dôvodom je časová lehota. 2. liečba v zahraničí spravidla vyžaduje vyššie náklady ako liečba v SR, s ktorými štátny rozpočet ani poisťné plány ZP nepočítajú. 3. vytvára sa priestor na špekulatívny prístup poistenca tým, že ak nesúhlasí s postupom ZP podľa §40 ods. 9c) zák. č. 540/2021 automaticky sa kvalifikuje na liečbu v zahraničí. Túto pripomienku považujeme za zásadnú.	Z	N	Pripomienka nad rámec návrhu zákona. Ustanovenie vychádza, okrem iného, aj z koordinačných nariadení, ktoré upravujú plánovanú zdravotnú starostlivosť poskytnutú v inom členskom štáte.
DÔVERA	K čl. VIII Nad rámec zákona V zákone č. 177/2018 Z. z. navrhujeme nahradiť znenie § 1 ods. 4 písm. a) nasledovným znením: „a) informačný systém zdravotnej poisťovne v časti týkajúcej sa evidencie pohľadávok po splatnosti 3d) a záväzkov, ktoré vznikli z titulu preplatku na zdravotnom poistení, z titulu zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti alebo z titulu podľa osobitného predpisu, 3da)“. Poznámka pod čiarou k odkazu 3da) § 87a až 87d zákona č. 363/2011 Z. z. v znení neskorších predpisov“. Odôvodnenie: Zrýchlenie a zefektívnenie získavania informácií pre účely dedičského konania. Navrhovanú zmenu navrhujeme s účinnosťou od 01.07.2023. Túto pripomienku považujeme za zásadnú.	Z	N	Pripomienka nad rámec návrhu. Pripomienka bola odstúpená gestorovi zákona (MHSR).
DÔVERA	K článku I (§67a odsek 1 písm. f) § 67b a 67c) V článku I v §67a odsek 1 navrhujeme vypustiť písm. f) a naň nadväzujúce ustanovenia § 67b a 67c Odôvodnenie: Pre činnosť spojenú s nastavením riadenia a využívania verejných zdrojov na financovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti (poskytovanie a financovanie je zabezpečované kombináciou súkromného a štátneho vlastníctva) je vhodnejšia forma nezávislej, osobitným zákonom zriadenej technickej inštitúcie s účasťou užívateľov systému, t.j. poskytovateľa zdravotnej starostlivosti (nemocnice) a zdravotné poisťovne, bez účasti ministerstva ako politického orgánu. Obdobné technické riadenie systému zabezpečuje Inštitút pre platobný systém v nemocniciach (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus – InEK) v Nemecku. V nadväznosti na uvedené navrhujeme v celom rozsahu zrušenie § 67b a 67c, ktoré upravujú kompetencie MZSR ako Centra pre klasifikačný systém. Pripomienka je zásadná.	Z	N	Kompetencie spojené s DRG boli zákonom č. 392/2020 Z. z. presunuté z úradu na ministerstvo za účelom zefektívnenia celého DRG mechanizmu. Ministerstvo zdravotníctva v súčasnosti pracuje na jeho zefektívnení, a úloha kultivácie DRG mu vyplýva aj z Dodatku č. 1 k Memorandu o spolupráci medzi MFSR a MZSR.
DÔVERA	K článku I bod 10 V § 6a ods. 6 v písm. c) sa vypúšťa slovo „preventívnych“ a za slovo programoch sa dopĺňa slovo „zdravia“. V §6a ods. 6 písm. c) bod 1. sa za slovo „vykonávaných“ dopĺňajú slová „podľa tohto zákona alebo“. Odôvodnenie: Legislatívno-technická úprava. Zdravotné	Z	ČA	Predkladateľ zapracoval kombináciu, a teda aj preventívnych programov aj programov zdravia.

	poisťovne budú mať možnosť poskytovať programy zdravia nielen podľa osobitného predpisu, ale aj na základe § 6a ods. 9 zákona č. 581/2004 Z. z. Pripomienku považujeme za zásadnú.			
DÔVERA	<p>K Článku I bod 10</p> <p>Obchodná spoločnosť DÔVERA zdravotná poisťovňa, a. s. predkladá túto zásadnú pripomienku, ktorej predmetom je novo koncipované znenie ust. § 6a zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „Zákon o ZP“) s nadpisom „Kladný výsledok hospodárenia zdravotnej poisťovne,“ (ďalej len „Novelizčný bod“). Na základe nižšie uvedenej argumentácie uplatňujeme zásadnú pripomienku a navrhujeme, aby bol Novelizačný bod z Návrhu zákona vypustený a ostatné novelizačné body primerane prečíslované, a to z dôvodu, že Novelizačný bod je v zjavnom rozpore s: a) Ústavou Slovenskej republiky (ďalej len „Ústava“) a to predovšetkým s jej čl. 1 ods. 1, čl. 13 ods. 2, čl. 20 a čl. 35, pretože: (i) Ide o zásadný a koncepčný zásah do legitímnych očakávaní a právnej istoty adresátov právnej normy, t.j. zdravotných poisťovní (ďalej len „ZP“); (ii) Na obmedzení v práve ZP podnikat' a práve voľne nakladať s ich vlastníctvom chýba verejný záujem; (iii) Spôsob navrhovanej realizácie deklarovaného cieľa nie je primeraný obmedzeniu práva ZP na podnikanie a práva vlastníť majetok; (iv) K obmedzeniu práva ZP na podnikanie a práva vlastníť majetok dochádza bez akejkoľvek náhrady; (v) Navrhované znenie Novelizačného bodu tak predstavuje faktické vyvlastnenie. b) právom Európskej únie (ďalej len „EÚ“), a to predovšetkým so slobodou voľného pohybu kapitálu a slobody usadiť sa; c) Európskym dohovorom o ochrane ľudských práv a základných slobôd (ďalej len „Dohovor“), a to predovšetkým právom na ochranu majetku podľa čl. 1 dodatkového protokolu k Dohovoru. K uvedeným vadám navrhovanej úpravy sa postupne vyjadríme v nasledovných častiach, pričom jednotlivé časti sa vzhľadom na ich vecnoprávny súvis vzájomne prekrývajú. A. ABSENCIA ÚSTAVNEJ KONFORMITY NOVELIZAČNÉHO BODU A.1 ZISKOVOSŤ A SOLIDÁRNOSŤ SYSTÉMU VZP Navrhovaná úprava v podstate vedie k zmene doterajších podmienok výkonu „licencie“ (povolenia ZP na výkon VZP), a to v rovnakom rozsahu a rovnakým spôsobom, ako tomu bolo pri novele 530/2007 Z.z. o zákaze zisku, o ktorej ÚS SR v náleze sp.zn. PL.ÚS 3/09 (ďalej len „Nález“) rozhodol, že nie je v súlade s Ústavou a Dohovorom. V rozsudku SD EÚ, v ktorom SD EÚ dospel k záveru, že pre účely ustanovení práva EÚ o štátnej pomoci sa ZP nepovažujú za podniky uvádzame PO PRVÉ, SD EÚ dôsledne rámcuje vyňatie ZP poskytujúcich VZP v SR, z definície podniku predmetom konkrétneho konania, t.j. opakovane uvádza, že ZP sa nepovažujú za podniky pre účely čl. 107 ods. 1 Zmluvy o EÚ a nie pre účely práva na podnikanie a vlastníckeho práva podľa Ústavy. PO DRUHÉ, SD EÚ dôsledne akceptuje a vychádza z predpokladu, že ZP sú oprávnené tvoriť zisk a zároveň že v danom sektore je daný istý rozsah hospodárskej súťaže. SD EÚ vo svojom Rozsudku nikde netvrdí, že VZP nemôže byť založená na princípe ziskovosti a hospodárskej súťaži, čo sa dá vyčítať priamo z</p>			<p>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.</p> <p>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 judikatúrou ESELP, napr. <i>James a ostatní proti Spojenému kráľovstvu</i> (z 21. februára 1986, č. 8793/79).¹</p> <p>Cieľom navrhovanej právnej úpravy je zvýšiť podiel prostriedkov určený na úhradu tzv. <i>liekov na výnimku</i> 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 správcofských spoločností, keď sa determinuje maximálna výška poplatku za vedenie indexového fondu), pričom takáto regulácia nenaráža na ústavné limity.</p> <p>Test proporcionality v užšom zmysle zahŕňa praktickú konkordanciu (praktickú súladnosť), t. j. test zachovania maxima z obidvoch základných práv, resp. vážiaci vzorec.² 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</p>

¹ „Súd považuje za normálne, že zákonodarca disponuje voľnosťou pri rozhodovaní o ekonomickej a sociálnej politike a rešpektuje spôsob, akým koncipuje imperatívy, všeobecného záujmu s výnimkou prípadov, keď sa jeho rozhodnutie zdá ako zjavne bez racionálneho základu.“

² OROSZ, L., SVÁK, J. a kol. *Ústava Slovenskej republiky. Komentár. Zväzok I.* Bratislava : Wolters Kluwer SR s. r. o., 2021, s. 27.

<p>textu Rozsudku, nejde teda o otázku právneho výkladu Rozsudku SD EÚ. Je zjavné, že Predkladateľ pri navrhovaní právnej úpravy čelí problému, ktorý sa mu nepodarilo vyriešiť, a to že navrhovaná právna úprava obmedzuje ZP v podnikaní a nakladaní s ich vlastníctvom bez akejkolvek primeranej náhrady. PO TRETIE, solidárny rozmer systému VZP sa aj v zmysle SD EÚ už aj podľa súčasnej právnej úpravy dosahuje, a to inými nástrojmi, než je zákaz (resp. faktický zákaz) zisku, napríklad prerozdeľovacím mechanizmom, rovnakou výškou poistného, povinnosťou ZP prijať poistenca bez ohľadu na jeho vek či zdravotný stav, a pod. Z Rozsudku SD EÚ teda nielenže nevyplýva, že by solidárne prvky systému VZP mohli byť zachované iba v prípade zákazu zisku, ale presne naopak - napriek možnosti tvoriť zisk a napriek istému rozsahu hospodárskej súťaže platí, že systém má prevažne solidárnu povahu. V skratke, (faktický) zákaz zisku, alebo jeho časti, nie je nevyhnutný ani potrebný na zabezpečenie solidárnej povahy systému, keďže tá vyplýva z iných, už použitých alebo použiteľných nástrojov v dispozičnej sfére štátu. Rozsudok SD EÚ teda nijako neprelamuje ani nezabavuje relevancie domácu ústavnú judikatúru (predovšetkým Nálezu o neústavnosti zákazu zisku), ale naopak jej význam výslovne potvrdzuje, keď napr. v bode 30 Rozsudku SD EÚ konštatuje, že „právo Únie v zásade nezasahuje do právomoci členských štátov organizovať svoje systémy sociálneho zabezpečenia“. To znamená, že ak je súčasťou vnútroštátnych pravidiel súdna ochrana základných práv a slobôd, táto ochrana v súlade s princípom subsidiarity zostáva nedotknutá. Právo EÚ sa na vecný predmet navrhovanej úpravy vzťahuje v rozsahu, v akom poskytuje ochranu cezhraničným investíciám na vnútornom trhu. Závěry nálezu Ústavného súdu tak zostávajú v plnom rozsahu relevantné. Pre úplnosť navyše dodávame, že pojem „podnikateľ“ na účely európskeho súťažného práva a práva štátnej pomoci nie je totožný s pojmom podnikateľa, ako ho chápe Ústava, resp. konkrétne čl. 35 ods. 1 Ústavy. 20. V intenciách slovenského právneho poriadku je podnikanie upravené primárne v zákone č. 513/1991 Zb., Obchodný zákonník, ktorý obsahuje výpočet osôb, ktoré je potrebné považovať za podnikateľov, v zákone č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní, ktorý podnikanie vymedzuje ako sústavnú činnosť vykonávanú samostatne, vo vlastnom mene, na vlastnú zodpovednosť, za účelom dosiahnutia zisku. Popri týchto základných zákonoch vymedzujúcich pojem podnikanie môže byť právo podnikat' vymedzené aj v osobitných zákonoch. Zákon o ZP vychádza z toho, že ZP sú založené ako podnikateľské subjekty (akciové spoločnosti) a samostatne vykonávajú sústavnú činnosť, vo vlastnom mene, na vlastnú zodpovednosť a najmä za účelom dosiahnutia zisku. Vzhľadom na vyššie uvedené potom platí, že zdravotné poistenie aj naďalej spadá pod čl. 35 Ústavy, a je teda nepochybné, že Návrh zákona predstavuje zásah do tohto práva. A.2 KONCEPČNÝ ZÁSAH DO ČINNOSTI ZP A ZMENA LICENCIE ZP Novelizačný bod, ktorý ZP zbavuje práva autonómne nakladať s ich kladným hospodárskym výsledkom (ďalej len „HV“) posúdil ÚS SR už v roku 2011 ako „nepochybne zásadný – koncepčný zásah“ do legitímnych vlastníckych a podnikateľských očakávaní a ako „podstatnú modifikáciu obsahu samotného povolenia [t.j. licencie] na vykonávanie</p>	<p>prevažuje nad týmto obmedzením.³ 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...⁴</p> <p><i>...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</i></p> <p>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,</p>
---	---

³ 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).

⁴ OROSZ, L., SVÁK, J. a kol. *Ústava Slovenskej republiky. Komentár. Zväzok I.* Bratislava : Wolters Kluwer SR s. r. o., 2021, s 277.

⁵ Body 39 – 40 rozsudku.

<p>verejného zdravotného poistenia“, pričom od roku 2011 sa postavenie ZP zásadne nezmenilo. Pravidlo, ktoré ZP zbavuje práva autonómne nakladať s kladným HV, resp. jeho časťou, sa od predošlej úpravy zákona 530/2007 Z.z. posúdenej ako nesúladnej s Ústavou a Dohovorom vo svojej podstate nelíši a určite sa od nej nelíši tak, aby sa na ňu nevzťahovali závery ÚS SR vyslovené v Náleze. Teraz teda znova ide o podstatnú modifikáciu udelenej licencie a o koncepčný zásah do samotnej podstaty činnosti, ktorú ZP vykonáva ako predmet svojho podnikania, t.j. ako podnikateľ. Na účely ilustrácie koncepčnej zhodnosti predošlého a súčasného pokusu zmeniť obsah udelenej licencie ZP v otázke nakladania s kladným HV uvádzame, že Ústavný súd v Náleze vyslovil: „Ak už ústavný súd dospel k záveru, že v zmysle pôvodného znenia zákona o zdravotných poisťovniach boli zdravotné poisťovne právne subjekty, ktoré vykonávajú verejné zdravotné poistenie v konkurenčnom prostredí aj na účely dosiahnutia zisku (pozri časť V.1 tohto nálezu), tak potom príkaz použiť zisk (kladný hospodársky výsledok) len na úhradu zdravotnej starostlivosti zavedený napadnutou právnou úpravou (novelizáciou zákona o zdravotných poisťovniach uskutočnenou zákonom č. 530/2007 Z. z.) nepochybne predstavuje podľa názoru ústavného súdu zásadný – koncepčný zásah do dovtedy platnej právnej úpravy. Ak bola pôvodná koncepcia zákona o zdravotných poisťovniach založená na oprávnení zdravotných poisťovní autonómne rozhodovať o použití zisku (kladného hospodárskeho výsledku) vytvoreného v okruhu verejného zdravotného poistenia, tak odňatie tohto práva nepochybne predstavuje zásah do ich legitímnych očakávaní. (...) Rovnako tak podľa názoru ústavného súdu predstavuje napadnutá právna úprava negatívny zásah do ďalších majetkových hodnôt, ktorými disponovali zdravotné poisťovne, resp. ich akcionári na základe získaného povolenia na vykonávanie verejného zdravotného poistenia, predovšetkým akcií, keďže nepochybne jedným zo základných práv akcionárov je právo na podiel na zisku. Ústavný súd v tejto súvislosti pripomína, že v zmysle judikatúry ESĽP pod pojem majetok patria aj spoločenské podiely či akcie v obchodných spoločnostiach (pozri napr. Sté S a T. c. Švédsko, rozsudok ESĽP z 11. decembra 1986). 59 Rovnako tak napadnutou právnou úpravou došlo podľa názoru ústavného súdu v zhode s tvrdeniami skupiny poslancov nepochybne aj k podstatnej modifikácii obsahu samotného povolenia na vykonávanie verejného zdravotného poistenia (licencie), pričom navyše nemožno vylúčiť jej nepriamy negatívny dopad aj na poisťencov z hľadiska poskytovania zdravotnej starostlivosti, keďže zdravotné poisťovne stratili ziskovú motiváciu.“ Podstatná modifikácia obsahu licencie ZP a koncepčný zásah do podmienok jej výkonu predstavuje tzv. nepriame (faktické) vyvlastnenie; to síce nie je úplné, v dispozícii ZP však ponecháva iba zvyškový („optimálny“) objem majetkových hodnôt vytvorených jej činnosťou. A.3 ABSENCIA LEGITÍMNEHO CIEĽA A NALIEHAVEJ SPOLOČENSKEJ POTREBY V prípade odňatia tohto vlastníctva (obmedzenia alebo úplného vyvlastnenia)</p>		<p>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.“⁶</p> <p>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. conformity 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.“⁷</p> <p>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 neehospodársky charakter tejto činnosti.⁸</p>
---	--	---

⁶ Bod 62 rozsudku.

⁷ *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 komisia, Rozsudok Všeobecného súdu (druhý senát) z 5. februára 2018, ECLI:EU:T:2018:64 (rozsudok dostupný iba v angličtine).

⁸ 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.

<p>musia byť splnené podmienky čl. 20 ods. 4 Ústavy, pričom prvou z týchto podmienok je existencia verejného záujmu na vyvlastnení alebo nútenom obmedzení vlastníckeho práva. Legitímny verejný záujem na prijatí navrhovanej úpravy ale chýba. Snahe redukovať objem prostriedkov, s ktorými ZP môže nakladať po splnení všetkých svojich povinností, tak chýba kvalita legitímneho cieľa spočívajúca v danosti naliehavej spoločenskej potreby práve takejto redukcie HV súkromných obchodných spoločností. Povinnosť štátu zabezpečiť zdravotnú starostlivosť obyvateľstvu totiž nie je dostatočným dôvodom preto, aby štát mohol bez ďalšieho zasiahnuť do iných práv a legitímnych záujmov. Treba si pritom uvedomiť, že ZP je povinná zabezpečiť dostupnosť a kvalitu zdravotnej starostlivosti v štandarde, aspoň rámcovo ustanovenom zákonom (napr. §§ 7 a 8 Zákona o ZP). Plnenie tejto povinnosti podlieha dozoru zo strany štátu. Každý poistenec má nárok z VZP na zdravotnú starostlivosť v predpísanom rozsahu a už za súčasných podmienok ZP nemôže uprednostniť tvorbu vlastného zisku na úkor poskytnutia zdravotnej starostlivosti v predpísanom rozsahu; súčasná právna úprava neumožňuje legálne vytvoriť kladný HV pri súčasnom porušení zákonných povinností a ani Predkladateľ nepoukazuje (a ani to objektívne nie je možné) na prax, podľa ktorej by nebola poistencom poskytnutá zdravotná starostlivosť v príčinnej súvislosti s tvorbou zisku ZP. Okrem toho ZP podliehajú aj povinnosti tvoriť rezervný fond, prísnemu limitu na prevádzkové výdavky, povinnostiam súvisiacim s finančnou viabilitou a prerozdeľovacej povinnosti. Rozsah a štruktúra súčasného regulačného bremena zabezpečujú to, že ZP poskytujú službu verejnej povahy, pričom sú túto službu povinné poskytnúť v predpísanom rozsahu. Ak sa im teda podarí vytvoriť kladný hospodársky výsledok, podarí sa im to vďaka nákladovej efektívnosti jej procesov, nie kvôli svojvoľnému (a protizákonnému) zníženiu predpísaného štandardu služby, ktorú poskytuje poistencom. Táto efektívnosť bola pritom jedným z principiálnych dôvodov, prečo sa zaviedol pluralitný systém VZP, a ktorá je motivačným faktorom pre vytváranie zisku ZP. Kombinácia: a) rozsiahlych povinností, ktorým ZP podliehajú, vrátane povinností podľa §§ 7 a 8 Zákona o ZP, b) inštitucionálneho dohľadu štátu nad ich plnením a c) práva poistencov slobodne si vybrať ZP predstavuje dostatočnú záruku rovnováhy medzi dvoma relevantnými hodnotami: verejnej povahy poskytovanej služby a hospodárskej súťaže s možnosťou dosahovania zisku. Každá ZP je povinná zabezpečiť poistencom to, čo jej ukladá zákon a zásah do jej práva naložiť s tým, čo sa jej pri plnení tejto povinnosti podarí vytvoriť ako zisk tak zjavne nemá inú motiváciu, ako odradiť súkromné poisťovne od pôsobenia na trhu VZP. Tento protisúťažný a centralizačný inštinkt v konečnom dôsledku vedie k presnému opaku nákladovej efektivity a princípu hodnoty za peniaze. Za týchto okolností sa javí ako zrejmé, že zásah do práva nakladať s tým, čo ZP „ušetrí“ vďaka manažérskeму know-how je zrejme motivovaný apriórnu podozrievavosťou voči súkromným ZP, že úsporu vyprodukovali nepoctivo, hoci aj za predpokladu, že riadne plnia všetky svoje zákonné povinnosti. Doterajšia skúsenosť pritom</p>		<p>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.</p> <p>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 zrejme, 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 zákonodarca 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.⁹ Nie každý zásah do legitímnych očakávaní automaticky dosiahne ústavnú intenzitu.</p>
---	--	---

⁹ Ústavný súd v rozhodnutí PL. ÚS 3/09 uviedol: *Ak sa napadnutým § 15 ods. 6 zákona o zdravotných poisťovniach zdravotným poisťovníam 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.*

<p>hovorí, že neefektívne nakladanie so zdrojmi sa spája so ZP vo vlastníctve štátu. Navrhovaná právna úprava tak nielenže nezlepší činnosť ZP, ale ju bude prinajmenšom nepriamo motivovať k nenapĺňaniu požiadaviek nákladovej efektivity, čím sa dosiahne pravý opak toho, čo Predkladateľ deklaroval ako cieľ Návrhu zákona a to dosiahnuť použitím verejných prostriedkov na úhradu zdravotnej starostlivosti v prospech poistenca zlepšenie kvality zdravotnej starostlivosti. Žiada sa tak ešte doplniť, že Návrh zákona obmedzuje autonómiu ZP v dispozícii s ich kladným HV, čo predstavuje zásah do ich majetkových práv a práva na podnikanie, ktorý síce môže byť prípustný, ak spĺňa kumulatívne vymedzené podmienky: legitimitu cieľa a primeranosť jeho realizácie, avšak v prípade Novelizačného bodu oba tieto prvky absentujú. A.4 ABSENCIA PRIMERANEJ NÁHRADY V Novelizačnom bode absentuje akákoľvek úprava primeranej náhrady reflektujúca zákaz nakladania s HV. Už len táto samotná skutočnosť navrhovanú úpravu stavia do konfliktu s Ústavou aj Dohovorom, a to opäť na takom istom právnom základe, na akom bol podľa Nálezu ako neprípustný posúdený zákaz zisku prijatý zákonom č. 530/2007 Z.z. A.5 ABSENCIA SPLNENIA PODMIENKY ZÁSAHU DO VLASTNÍCKEHO PRÁVA A PRÁVA NA PODNIKANIE V NEVYHNUTNEJ MIERE Predkladateľ sa v skutočnosti snaží o cieľ, ktorým je vytvorenie systému, ktorý stráca motivačný efekt v možnosti dosahovania zisku, nakoľko sa tým potláča podstata práva ZP na podnikanie a práva nakladania s majetkom. Navyše spôsobom, pri ktorom absentuje poskytnutie primeranej náhrady, ako to vyžaduje Ústava. Inak povedané, Predkladateľ sa nesnaží o právne čisté vytvorenie jednej zdravotnej poisťovne, ale sa snaží o vytvorenie takých faktických podmienok, ktoré materiálne oberajú ZP o ich „licenciu“ cez obmedzenie dispozície so ziskom ZP. Akoby leitmotívom Predkladateľa bola snaha o „vrátenie“ verejných zdrojov do systému, avšak jediné dve opatrenia, ktoré môžu tento leitmotív naplniť sú podľa neho buď právne čisté (avšak ekonomicky nákladné) zavedenie unitárneho systému alebo obmedzenie zisku, ktoré k tomuto unitárnemu systému môže fakticky smerovať a štát (na prvý pohľad) nič nestojí. V rámci testu proporcionality je totiž potrebné posúdiť, či bol zásah zákonodarcu do základných práv zdravotných poisťovní nevyhnutný, a či neexistoval iný právny prostriedok, ktorý by bol menej obmedzujúci/drastický. Sme presvedčení, že v súčasnosti existujú aj šetrnejšie kroky, ktoré môže zákonodarcu prijať, ktoré budú sledovať ten istý účel a cieľ (ak má byť týmto cieľom viac verejných zdrojov na úhradu zdravotnej starostlivosti a prospech poistenca) a ktoré zároveň nebudú v takej miere zasahovať do základných práv ZP (napr. väčšia regulácia samotnej činnosti ZP, používanie „nadmerného“ zisku na tvorbu rezervného fondu alebo pokrytie strát z minulých rokov, alebo jednoduché zvýšenie platieb za poistencov štátu). Z tohto pohľadu sa domnievame, že Návrh zákona neprechádza testom nevyhnutnosti ako druhým krokom testu proporcionality. Navyše, ak uvažujeme o nevyhnutnosti obmedzenia zisku ZP poukazujeme na skutočnosť, že zisk v zdravotníctve sa ročne pohybuje okolo 500 mil. EUR, resp. okolo desiatich percent verejných zdrojov doň smerujúcich a to je len konzervatívny odhad. Zisk ZP tvorí približne iba jedno percento týchto zdrojov a asi päť percent z odhadovaného zisku v sektore zdravotníctva. Ak už má byť dôvodom nedostupnej alebo nekvalitnej zdravotnej starostlivosti nedostatok verejných prostriedkov odčerpávaných na zisky, tak prečo Predkladateľ nerieši aj otázku zisku ostatných subjektov v sektore zdravotníctva ale zameriava sa len na zisk ZP? B. K PORUŠENIU PRÁVA EÚ Ako sme uviedli vyššie, rozsudok SD EÚ nijako nevyklučuje možnosť hospodárskej súťaže a princípu</p>		<p>Ústavný súd v náleze PL. ÚS 3/09 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“.</p> <p>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.</p>
--	--	---

ziskovosti ZP a rovnako tak, právo EÚ v oblasti štátnej pomoci, ktoré nie je podľa SD EÚ na prípad slovenských ZP, aplikovateľné nemôže negovať ústavné mantinely nastavenia systému VZP. Tým však nie je pôsobnosť práva EÚ úplne vyčerpaná. V prípade ZP, ktoré získali povolenie na výkon VZP (licenciu) na základe investície subjektu so sídlom v inom členskom štáte EÚ sa na ochranu tejto investície vzťahujú osobitné požiadavky, ktoré formuloval SD EÚ. Akékoľvek vnútroštátne opatrenie zasahujúce do práv investora (čo je prípad aj Dôvery) z iného členského štátu musí zodpovedať všeobecným princípom práva EÚ, vrátane ochrany základných práv a slobôd. Cezhraniční investori majú právo na ochranu (aj) svojich majetkových práv. Pritom platí, že i) súčasťou týchto práv je právo vlastniť, užívať a požívať legálne nadobudnuté majetkové hodnoty, ii) pojem „vlastníctva“ sa musí vykladať v najširšom možnom význame slova, a iii) ochrana majetkových práv zakladá nárok na kompenzáciu v prípade zbavenia majetku vo verejnom záujme, čo je osobitne dôležité pri vyvlastnení alebo opatreniach, majúcich podobný efekt. (C-78/16 a C-79/16 Pesce). Výkon týchto práv síce môže podliehať istým obmedzeniam, avšak žiadne obmedzenie nesmie predstavovať neprimeraný zásah do samotnej podstaty dotknutých práv, ale musí byť v súlade so všeobecnými princípmi práva Únie a zároveň sú proporcionálne (C-44/79 Hauer, C-5/88 Wachauf). Diskriminácia z dôvodu domicilu (štátnej príslušnosti) je zakázaná bez ďalšieho, zákazu však podliehajú aj skryté a nepriame formy diskriminácie. Vzťahuje sa teda aj na opatrenia, ktoré sa opierajú o zdanlivo neutrálne kritériá, avšak v praxi sú spôsobilé viesť k rovnakému výsledku, aký by mala priama diskriminácia (C-83/14 CHEZ Bulgaria). Za obmedzenie sa považuje aj akékoľvek opatrenie nerozlišujúce podľa domicilu, ak je spôsobilé zakázať, odradiť alebo učiniť menej atraktívnym výkon niektoej zo základných slobôd (vrátane voľného pohybu kapitálu a slobody usadiť sa), a to aj v prípade, ak tak činí nepriamo a potenciálne. V takom prípade je prípustné iba vtedy, ak zodpovedá všeobecným princípom, vrátane ochrany základných práv a slobôd (C-492/14 Essent Belgium). To, čo sa považuje za legitímny cieľ verejného záujmu dotvára popri zakladateľských zmluvách EÚ aj judikatúra a tá množina je otvorená, platí však, že i) obmedzenia základných práv nesmú byť odôvodnené len čisto administratívnymi alebo ekonomickými dôvodmi (C-367/98 Komisia proti Portugalsku, C-174/04 Komisia proti Taliansku), a ii) daňový legitímny cieľ sa musí vykladať reštriktívne (C-52/16 a C-113/16 SEGRO a Horváth). S ochranou základných práv cezhraničného investora súvisí aj princíp právnej istoty. Okrem iného vyžaduje, aby vnútroštátne pravidlá boli jasné, presné a mali predvídateľný dopad, a to osobitne tam, kde môžu nepriaznivo ovplyvniť postavenie jednotlivca či podniku. (C-318/10 SIAT) Najprísnejšie sa táto podmienka skúma v prípade negatívneho finančného dopadu (C-17/01 Sudholz). Podmienka proporcionality znamená, že zásahy do práv investora sú vhodné na dosiahnutie legitímneho cieľa, pričom tomuto cieľu musia slúžiť konzistentným a systematickým spôsobom (C-243/01 Gambelli, C-169/07 Hartlauer). Nesmú ísť nad rámec toho, čo je na účely dosiahnutia legitímneho cieľa nevyhnutné (C-52/16 a C-113/16 SEGRO and Horváth). Zásah nie je primeraný, ak je daný cieľ verejného záujmu možné dosiahnuť spôsobom, menej obmedzujúcim voľný pohyb (kapitálu) (C-452/01 Ospelt). Pri skúmaní, či bol dodržaný princíp proporcionality, SD EÚ zohľadňuje všetky skutkové a právne okolnosti veci, pričom dôkazné bremeno súladu je na členskom štáte. Ten musí vhodnosť a primeranosť opatrenia preukázať dostatočnými dôkazmi aj analytickej povahy (C-333/14 Scotch Whisky). Zo záverov, uvedených vyššie

	<p>vyplýva, že požiadavky, ustanovené tou úniouvoú judikatúrou, ktorá sa na vec skutočne a priamo vzťahuje, splnené nie sú. V nadväznosti na uvedené potom platí, že vnútroštátna úprava práve pre rozpor s právom EÚ môže byť napadnutá v rámci tzv. Infringement procedure (t.j. konaní o súlade s právom EÚ) prípadne v rámci tzv. prejudiciálneho konania, t.j. konania o položenej prejudiciálnej otázke položenej na SD EÚ (napr. o súlade obmedzenia nakladania s časťou HV so základnou slobodou voľného pohybu kapitálu). Ani jedno z týchto konaní totiž nie je v rozpore so závermi SD EÚ v Rozsudku, ktorý sa týkal výlučne oblasti štátnej pomoci. C. K PORUŠENIU DOHOVORU Tak, ako dochádza k zásadnému porušeniu Ústavou garantovaného práva na ochranu vlastníctva a slobodu podnikania, dochádza aj k porušeniu ochrany majetku podľa čl. 1 protokolu č. 1 k Dohovoru. K rozboru Dohovoru uvádzame len stručne tézu, že ak by v rozpore s predošlým nálezom Ústavného súdu malo dôjsť k takej redukcii možnosti tvoriť zisk, aká sa predpokladá v posudzovaných návrhoch, išlo by o opatrenie, majúce podobný efekt ako vyvlastnenie. Takéto faktické vyvlastnenie musí byť vždy, bez ohľadu na to, či sa ním verejný záujem realizuje primerane, spojené s poskytnutím primeranej náhrady. A za tým účelom má ZP možnosť obrátiť sa s podaním priamo na ESĽP, ak by zákon takúto primeranú náhradu nepredpokladal; navyše priamo pred ESĽP je možné sa dožadovať primeranej náhrady (finančnej satisfakcie). Výklad toho, čo tvorí predmet ochrany podľa čl. 20 Ústavy a čl. 1 Protokolu 1 k Dohovoru, je predmetom notoricky známej judikatúry, ktorá konštantne trvá na tom, že táto ochrana je koncipovaná extenzívne. Nález PL. ÚS 3/09, záväzný pre všetky orgány verejnej moci v SR, uvádza, že „Európsky súd pre ľudské práva vykladá a aplikuje čl. 1 dodatkového protokolu tak, že tento článok chráni popri „existujúcom majetku“ aj také „majetkové hodnoty vrátane právnych nárokov“, o ktorých môže dotknutá osoba tvrdiť, že má aspoň „legitímne očakávanie“, že bude efektívne požívať svoje majetkové právo (Pine Valley Development Ltd. a iní v. Írsko, rozsudok ESĽP z 29. novembra 1991 a Pressos Compania Naviera S. S. a iní v. Belgicko, rozsudok ESĽP z 20. novembra 1995). Na túto skutočnosť poukázal vo svojej judikatúre aj ústavný súd, keď napr. vo veciach sp. zn. II. ÚS 389/09 alebo sp. zn. II. ÚS 91/2010 uviedol, že za majetok v zmysle čl. 1 dodatkového protokolu podľa judikatúry ESĽP sa považuje nielen existujúci majetok vo vlastníctve fyzickej alebo právnickej osoby, teda veci alebo iné aktíva, ktorých vlastníkom je táto osoba, ale i majetok, nadobudnutie vlastníctva ku ktorému môže fyzická alebo právnická osoba legitímne očakávať, pričom vo viacerých veciach posudzoval existenciu legitímnych očakávaní ako súčasť obsahu práva na majetok nielen z hľadiska práva garantovaného čl. 1 dodatkového protokolu, ale aj z hľadiska základného práva garantovaného čl. 20 ods. 1 ústavy (napr. PL. ÚS 15/08, II. ÚS 91/2010, PL. ÚS 11/08, II. ÚS 389/09, II. ÚS 322/09, III. ÚS 318/08, PL. ÚS 3/08, I. ÚS 205/07). Najefektívnejšou reguláciou zisku zdravotných poisťovní je: a) klient zdravotnej poisťovne. Ak nie je spokojný so službami zdravotnej poisťovne, tak odchádza do konkurenčnej zdravotnej poisťovne, b) posilnenie konkurenčného prostredia v zdravotnom poistení, napríklad v uľahčení možnosti poistenca zmeniť zdravotnú poisťovňu aj častejšie ako jedenkrát za rok, c) napĺňanie podmienok, v zmysle ktorých zisk môže byť tvorený až po vytvorení technickej rezervy na pacientov čakajúcich na poskytnutie zdravotnej starostlivosti. Pripomienku považujeme za zásadnú.</p>			
DÔVERA	<p>K Článku I bod 10 (§ 6a ods. 9) V § 6a ods. 9 v poslednej vete sa za slovo poisťovňa dopĺňajú slová „analyzuje a“ a na konci</p>	Z	N	Ustanovenie bolo vypustené v celom rozsahu, v nadväznosti na pripomienku od UOOU a rozporové

	<p>vety sa dopĺňa text „a na základe analýz zasiela svojim poistencom, odporúčania absolvovať preventívnu prehliadku, lekárske vyšetrenie, alebo iné poskytnutie zdravotnej starostlivosti, ktoré si vyžaduje zdravotný stav poistenca.“. Odôvodnenie: Pre programy zdravia zamerané na zlepšenie zdravia poistencov je kľúčovým determinantom úspechu zvýšenie angažovanosti poistenca o svoje zdravie. Napríklad pri diagnóze diabetes mellitus II. typu sa odhaduje, že až 85 % z úspechu liečby má v rukách práve samotný pacient. Zvýšenie tejto angažovanosti je možné hlavne na základe cielenej dlhodobej komunikácie zo strany lekára ako aj zdravotnej poisťovne (napr. pozvánka na potrebné vyšetrenie, pripomienka kontrolných vyšetrení a pod.), ktorá je základným nástrojom programov zdravia vo svete. V záujme využívania takejto komunikácie pri programoch zdravia preto považujeme za žiaduce precizovanie návrhu, ktoré umožní naplno využiť potenciál programov zdravia, beneficentom ktorých bude v prvom rade poistenec/pacient. Súčasne navrhujeme, aby znenie § 6a ods. 9 bolo z hľadiska systematiky doplnené do § 6 ods. 13, ktoré upravuje činnosti zdravotnej poisťovne. V prípade, ak by totiž NRSR neschválila reguláciu zisku v zmysle alternatívy 1 alebo 2, znamenalo by to, že by súčasne nebol schválený ani § 6a ods. 9, ktorý umožňuje zdravotným poisťovniam realizovať programy zdravia, čo by znemožnilo využiť potenciál programov zdravia ako aj samotných zdravotných poisťovní v tejto oblasti. Pripomienku považujeme za zásadnú.</p>			<p>rokovanie.</p>
DÔVERA	<p>K Článku I bod 11 Žiadame riadne dopracovať kritériá kvality v súlade s princípom predvídateľnosti práva a právnej istoty. Navrhované znenie kritérií kvality nie je dostatočne určité a tým ani jeho dopady na zdravotné poisťovne nie sú predvídateľné. Z navrhovaných ustanovení nie je zrejme ako bude úrad postupovať pri vyhodnocovaní kritérií. Napr. pri kritériu „zazmluvnenosti“ (ods. 1) nie je zrejme ako sa bude posudzovať percentuálna „zazmluvnenosť“ VMS. Za akých podmienok bude zdravotná poisťovňa spĺňať kritérium „zazmluvnenosti“ aspoň na 90%? Ak bude mať zazmluvnenú VMS aspoň 90% dní v roku? Alebo o aké percento sa zníži „zazmluvnenosť“ napr. v prípade ak nebude mať zdravotná poisťovňa jeden deň zazmluvneného poskytovateľa kľúčového pre naplnenie VMS? Automaticky sa to bude brať že nie je splnené kritérium „zazmluvnenosti“ a zvyšné kritériá pôjdu o 50% dole? Pripomienku považujeme za zásadnú.</p>	Z	ČA	<p>Ustanovenie prepracované.</p>
DÔVERA	<p>K Článku I bod 11 (§ 6aa ods. 2 písm. b.) V § 6aa ods. 2 písm. b) žiadame vypustiť „dodržanie lehoty časovej dostupnosti ústavnej zdravotnej starostlivosti a“ Odôvodnenie: Za to či bude alebo nebude dodržaná lehota časovej dostupnosti zodpovedá v prvom rade poskytovateľ zdravotnej starostlivosti. Zodpovednosťou zdravotnej poisťovne je predovšetkým vytvorenie technickej rezervy na zabezpečenie úhrady. V prípade ak poskytovateľ zdravotnej starostlivosti nevie garantovať v konkrétnom prípade zachovanie časovej dostupnosti mal by o tom informovať zdravotnú poisťovňu poistenca a tá by poistencovi mohla ponúknuť iný termín u iného zmluvného poskytovateľa tak ako to predpokladá aj zákon o kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti. Pripomienku považujeme za zásadnú.</p>	Z	ČA	<p>Ustanovenie bolo prepracované.</p>
DÔVERA	<p>K Článku I bod 13 (§8aa ods. 1 písm. m.) V § 8aa ods. 1 písm. m) navrhujeme spojku „a“ zmeniť na „alebo“. Odôvodnenie: Navrhujeme spojku "a" zmeniť na "alebo", nakoľko poskytovateľ zdravotnej starostlivosti vykazuje v kapitačnej dávke 748N prírastky alebo úbytky poistencov. Zároveň</p>	Z	A	

	upozorňujeme, že právne predpisy nepoznajú pojem „kapitácia“, čo môže spôsobovať výkladové problémy. Pripomienku považujeme za zásadnú.			
DÓVERA	K Článku I bod 16 Novelizáciu bod 16 navrhujeme v celom rozsahu vypustiť. Odôvodnenie: Nesúhlasíme so zvýšením príspevku na správu a rozvoj národného zdravotníckeho informačného systému (NZIS) zo súčasných 0,41 % na 0,55 %. Percentuálne zvyšovanie príspevku je v tomto prípade nekoncepčné, nelogické a neprimerane zaťažujúce zdravotné poisťovne. Zvyšovať by sa mal objem financií v celom zdravotníctve, v dôsledku čoho sa zvýši aj príspevok na NZIS. Predkladateľ v dôvodovej správe odôvodňuje zvýšenie príspevku priradením množstva povinností a kompetencií. K uvedenému uvádzame, že aj iným subjektom v zdravotníctve, vrátane zdravotných poisťovní neustále pribúdajú nové povinnosti bez navýšenia krytia ich nákladov, preto nevidíme logiku, prečo predkladateľ zvolil percentuálne zvýšenie príspevku. Túto pripomienku považujeme za zásadnú.	Z	N	Aj keď sa zvyšujú finančné zdroje verejného zdravotného poistenia, týmto inštitúciám to nestačí na pokrytie nákladov a z dôvodu ich nových činností. (viac v analýze na verejné zdroje)
DÓVERA	K Článku I bod 19 V § 8d odsek 5 navrhujeme pred slovo „zasielajú“ doplniť slovo „elektronicky“ a na konci vypustiť slová „a na analytické účely“. Odôvodnenie: Navrhujeme doplniť text tak, aby bolo zrejmé, že dávky bude zdravotná poisťovňa zasilať úradu elektronicky. Zároveň máme za to, že nie je úrad potrebné dávky o výsledku zúčtovania (spätné dávky) len za účelom výkonu dohľadu, nie na analytické účely. Pripomienku považujeme za zásadnú.	Z	A	Odsek 5 bol v celom rozsahu vypustený.
DÓVERA	K Článku I bod 19 V prípade neakceptovania našich pripomienok v k bodu 19 čl. I, navrhujeme vypustiť § 8d zákona ako celok. Odôvodnenie: Pravidlá revíznej činnosti vychádzajú v zásade zo zoznamu zdravotných výkonov zverejneného v zákone, kde sú definované aj podrobnosti ako bodové ohodnotenie, možnosti vykazovania jednotlivými odbornosťami, zakázané kombinácie výkonov, nutné kombinácie výkonov, Pravidlá revíznej činnosti (pravidlá úhrady) sú samozrejme širšie a už teraz sú zverejnené na webovom sídle ZP. Takáto právna úprava by znamenala znefunkčnenie pružnosti úprav pravidiel revíznej činnosti ktoré sú vykonávané v prospech PZS, nakoľko tieto pravidlá sú neustále čiastočne menené. Hoci vychádzajú zo ZZV podľa zákona, tak sú neustále menené aj na základe zverejňovania nových kódov NCZI, na základe zmeny ŠDTP, guidelinov a odporúčaní, metodických usmernení, ako aj na základe opodstatnených požiadaviek samotných PZS, združení a odborných spoločností. Je nezmyselná taká úprava, ktorá každú drobnú zmenu (ako pridanie nového výkonu cez NCZI, pridanie niektorej odbornosti k niektorému z výkonov, zmeny frekvencie (periodicity) istého výkonu a podobne) umožňuje iba jedenkrát v kalendárnom roku, a to vždy s účinnosťou až od 1.1. nasledujúceho kalendárneho roka. Takáto právna úprava by mohla mať zásadný negatívny vplyv aj na samotných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Zároveň sa praxi bežne stretávame stále s novými prípadmi odhaľovania neefektívneho, neúčelného a nevhodného vynakladania prostriedkov z VZP, pri riešení ktorých musí byť zdravotná poisťovňa flexibilná tak, aby vedela účinne zamedziť plytvaniu zdrojov. Poskytovatelia ZS sú o dôvodoch revízie vždy riadne poučení a postup ZP je vždy riadne zdôvodnený v súlade so zmluvou, pričom poskytovateľ má možnosť postup ZP účinne namietať. Poskytovatelia sú zároveň o zmenách informovaní prostredníctvom protokolu sporných dokladov, cez EP, cez odpoveď príslušnému žiadateľovi. Súčasnú právnu úpravu revíznej činnosti preto považujeme za dostatočnú. Zároveň upozorňujeme, že zákon používa pojem „kontrolná	Z	ČA	Predkladateľ súhlasí s vypustením odseku 2. Na zverejňovaní a oboznamovaní PZS trváme, z dôvodov uvedených v dôvodovej správe.

	činnosť“, nie „revízna“. Pripomienku považujeme za zásadnú.			
DÔVERA	<p>K Článku I bod 19 (§ 8d ods. 1) V § 8d ods. 1 navrhujeme zmeniť slovné spojenie „uplatňované pri revíznej činnosti“ na „uplatňované pri kontrole na diaľku“. Odôvodnenie: Zákon v ustanovení § 9 nepoužíva pojem revízna činnosť, ale pojem kontrolná činnosť. Zároveň navrhujeme doplniť, že ide o kontrolu na diaľku, tak, ako je definovaná v § 9 ods. 3 zákona, ako vyjadrenie odlišnosti od spôsobu kontroly revízneho pracovníka u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti nahliadnutím do kompletnej zdravotnej dokumentácie, ktorého obsah vyplýva z odbornosti revízneho lekára a revízneho farmaceuta. Tento postup sa volí ad hoc, s ohľadom na okolnosti konkrétneho prípadu a skutočnosti uvedené v zdravotnej dokumentácii pacienta a vzhľadom na variabilitu jednotlivých prípadov takýto postup nie je možné popísať všeobecnými pravidlami. Pripomienku považujeme za zásadnú.</p>	Z	ČA	Ustanovenie bolo prepracované.
DÔVERA	<p>K Článku I bod 19 (§ 8d ods. 2) V § 8d navrhujeme vypustiť odsek 2 v celom rozsahu. Odôvodnenie: Vzhľadom na priebežný vývoj nových vzorcov vykazovania na strane poskytovateľov zdravotnej starostlivosti je potrebné, v záujme zachovania účelnosti využívania prostriedkov VZP, ponechať aj možnosť ad hoc reakcie zo strany zdravotnej poisťovne. Takáto právna úprava by znamenala okrem iného aj znefunkčenie pružnosti úprav pravidiel revíznej činnosti, ktoré sú vykonávané v prospech PZS, nakoľko tieto pravidlá sú neustále čiastočne menené. Hoci vychádzajú zo Zoznamu zdravotných výkonov podľa zákona, tak sú neustále menené aj na základe zverejňovania nových kódov NCZI, na základe zmeny ŠDTP, guidelineov a odporúčaní, metodických usmernení, ako aj na základe opodstatnených požiadaviek samotných PZS, združení a odborných spoločností. Je nezmyselná taká úprava, ktorá každú drobnú zmenu (ako prídanie nového výkonu cez NCZI, prídanie niektorej odbornosti k niektorému z výkonov, zmeny frekvencie (periodicity) istého výkonu a podobne) umožňuje iba jedenkrát v kalendárnom roku, a to vždy s účinnosťou až od 1.1. nasledujúceho kalendárneho roka. Takáto právna úprava by mohla mať zásadný negatívny vplyv aj na samotných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Zároveň sa praxi bežne stretávame stále s novými prípadmi odhalovania neefektívneho, neúčelného a nehospodárneho vynakladania prostriedkov z VZP, pri riešení ktorých musí byť zdravotná poisťovňa flexibilná tak, aby vedela účinne zamedziť plytvaniu zdrojov. Navrhované znenie by znamenalo neprípustné tolerovanie neefektivity na strane poskytovateľa pri zmene jeho správania v priebehu roka. V tomto smere považujeme za dostatočnú povinnosť danú v prvej vete odseku 3. Pripomienku považujeme za zásadnú.</p>	Z	A	
DÔVERA	<p>K Článku I bod 19 (§ 8d ods. 3) V § 8d odsek 3, prvá veta navrhujeme vypustiť slovo „každú“. (alternatívne navrhujeme slovo „každú“ nahradiť slovným spojením „kvalitatívne a kvantitatívne významnú“) Odôvodnenie: Povinnosť oznamovať každú drobnú zmenu (aj takú, ktorá je kvantitatívne a/alebo kvalitatívne nevýznamná) je v praxi ťažko realizovateľná, vo vzťahu k zmluvnému vzťahu medzi zdravotnou poisťovňou a poskytovateľom nadbytočná, nakoľko nemá zásadný alebo ani žiaden vplyv na úhradu za poskytnutú zdravotnú starostlivosť a v praxi by spôsobila na oboch stranách zbytočnú administratívnu záťaž. Pripomienku považujeme za zásadnú.</p>	Z	ČA	Predkladať prepracoval ustanovenie tak aby išlo o oznamovanie zmien, ktoré sú významné pre úhradu zdravotnej starostlivosti.
DÔVERA	K Článku I bod 19 (§ 8d ods. 4)	Z	N	V zmysle dôvodovej správy trváme na predložennom

	V § 8d ods. 4 navrhujeme vypustiť text „a poučiť poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o správnom spôsobe vykazovania zdravotného výkonu“. Odôvodnenie: Povinnosť správne vykazovať poskytnutú zdravotnú starostlivosť a dodržiavať pravidlá vykazovania zdravotných výkonov, či už zákonných alebo zmluvných, je primárne povinnosťou poskytovateľa zdravotnej starostlivosti (aj v nadväznosti na navrhovanú zmenu ustanovenia § 79 ods. 1, písm. ze) zákona č. 578/2004 Z. z. Pripomienku považujeme za zásadnú.			návrhu aj v časti povinného poučenia.
DÔVERA	K Článku I bod 19 (§ 8d ods.1) V § 8d odsek 1 navrhujeme vypustiť slovo „všetky“. (alternatívne navrhujeme slovo „všetky“ nahradiť slovným spojením „kvalitatívne a kvantitatívne významné“) Odôvodnenie: Navrhovaná povinnosť zdravotnej poisťovne uverejniť všetky pravidlá revíznej činnosti na svojom webovom sídle je prakticky nevykonateľná, vzhľadom na vysokú variabilitu klinických situácií vo vzťahu k zdravotnému stavu poistenca, ktorá je zachytená vo vykazovaných zdravotných výkonoch od poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. Práve na túto variabilitu je zameraná ad hoc činnosť revíznych lekárov podľa § 9 ods. 6 písm. a) zákona, podľa ktorého „revízni lekári kontrolujú rozsah a kvalitu poskytnutej ambulantnej zdravotnej starostlivosti a ústavnej zdravotnej starostlivosti vzhľadom na zdravotný stav poistenca.“ Pripomienku považujeme za zásadnú.	Z	ČA	Ustanovenie bolo prepracované.
DÔVERA	K Článku I bod 20 (§ 10 ods. 4) Novelizáčne ustanovenie § 10 ods. 4 navrhujeme v celom rozsahu vypustiť. Odôvodnenie: Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou nie je oprávnený vykonávať dohľad nad činnosťou audítorov/audítorských spoločností a ani požadovať podklady/dokumenty týkajúce sa auditu zdravotných poisťovní. Nie je to kompetenciou Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. Výkon dohľadu nad štatutárnymi audítormi a audítorskými spoločnosťami vrátane s tým súvisiacich ďalších úloh bol zákonom č. 423/2015 Z. z. o štatutárnom audite zverený Úradu pre dohľad nad výkonom auditu. Máme za to, že navrhovaná právna úprava by spôsobovala kompetenčné konflikty. Zároveň navrhovaná právna úprava nemá žiadny prínos pre verejné zdravotné poistenie. Pre porovnanie uvádzame, že ani Národná banka Slovenska nežiada od audítorov informácie týkajúce sa vykonávania auditu v bankách. Túto pripomienku považujeme za zásadnú.	Z	N	Ustanovenie bolo čiastočne upravené aj v nadväznosti na rokovanie s ÚDVA k ich zásadnej pripomienke. Informácie, ktoré úrad získa bude môcť využiť výlučne na výkon dohľadu nad VZP.
DÔVERA	K článku I bod 21 (§13 ods. 3) V novelizovanom ustanovení § 13 ods. 3 navrhujeme slová „od zániku funkcie tejto osoby“ nahradiť slovami „odkedy sa zdravotná poisťovňa dozvedela o zániku funkcie tejto osoby“. Odôvodnenie: Žiadame objektívnu lehotu nahradiť subjektívnu lehotou zdravotnej poisťovne na oznámenie zániku uvedených funkcií. Môže nastať napríklad situácia, že funkcia zanikne v dôsledku smrti osoby. To sa však zdravotná poisťovňa nemusí dozvedieť do 10 dní od smrti. Pripomienku považujeme za zásadnú.	Z	A	
DÔVERA	K článku I bod 22 (§13 ods. 5 písm. b.) V novelizovanom ustanovení § 13 ods. 5 písm. b) navrhujeme na konci vložiť slová „a to ani v dodatočnej lehote určenej úradom v písomnej výzve k splneniu povinnosti podľa § 4 ods. 4,“ Odôvodnenie: Navrhujeme, aby úrad mohol začať konanie o odňatí predchádzajúceho súhlasu až vtedy, ak si navrhovaná osoba nesplní svoju povinnosť zaslať vyhlásenie podľa § 4 odsek 4 ani v dodatočnej lehote určenej úradom po doručení výzvy úradu k splneniu povinnosti zaslať úradu čestné vyhlásenie. Nie je vylúčené, že navrhovaná osoba čestné vyhlásenie podľa § 4 odsek 4 skutočne úradu včas zaslala, avšak z dôvodov či už na strane	Z	N	Zákon v súčasnosti ukladá povinnosť zaslania čestného vyhlásenia; nejde o povinnosť vyplývajúcu z rozhodnutia úradu, a preto nevidíme relevantný dôvod na to, aby úrad po nesplnení zákonnej povinnosti zo strany osoby, požadoval dodatočné doloženie čestného vyhlásenia. Primárna zodpovednosť v súvislosti s čestným vyhlásením je na osobách, ktoré sa zaujímajú o výkon tej-ktorej funkcie alebo zamestnania. Situácie

	poštového doručovateľa nebolo čestné vyhlásenie úradu doručené, prípadne nebolo úradom správne zaevidované. Túto pripomienku považujeme za zásadnú.			uvedené v záverečnej časti pripomienky podľa nášho názoru rieši práve § 13 ods. 5 písm. b) nakoľko predpokladá, že úrad pred začatím konania o odňatí súhlasu zistí či existovala objektívna prekážka na základe ktorej úradu nebolo doručené čestné vyhlásenie.
DÔVERA	<p>K článku I bod 22 (§13 ods. 8) Navrhujeme nahradiť znenie § 13 ods. 8 nasledovným znením: „Ak počas konania o odňatí predchádzajúceho súhlasu dôjde k zániku konfliktu záujmov, úrad konanie zastaví.“ Odôvodnenie: Konflikt záujmov zaniká nielen zánikom funkcie v zdravotnej poisťovni ale taktiež zánikom inej funkcie, pre ktorú sa osoba dostala do konfliktu záujmov. Túto pripomienku považujeme za zásadnú.</p>	Z	N	Súhlasíme – konflikt záujmov má rôzne spôsoby svojho zániku. Avšak, podľa nášho názoru je prakticky nemožné aby osoba, u ktorej vznikol konflikt záujmov, nevedela o tom, že konflikt záujmov naozaj vznikol. § 4 ods. 1 a 2 sú koncipované taxatívne vymedzujúcim spôsobom a osoba, ktorá si je vedomá daných ustanovení, si tak musí byť vedomá aj skutočnosti, že pôsobí v oboch - navzájom sa vylučujúcich - funkciách. Popri povinnosti zaslať čestné vyhlásenie, zodpovednosť patrí osobe aj v tom, že si sama musí zariadiť okolnosti tak, aby konflikt záujmov nevznikol a neexistoval. A ak si osoba nie je vedomá svojho existujúceho konfliktu záujmov, tak obzvlášť pri ňom platí skutočnosť, že nevedomosť zákona ju neospravedlňuje.
DÔVERA	<p>K článku I bod 22 (§13 ods. 9) Navrhujeme upraviť §13 ods. 9 tak, že v prípade, ak sa preukáže existencia konfliktu záujmov, bude tejto osobe, ktorej sa konflikt záujmov týka, dodatočne umožnené vykonať nápravu za účelom odstránenia konfliktu záujmov v primeranej lehote poskytnutej úradom. V prípade ak táto osoba neodstráni tento nedostatok v primeranej lehote, tak až vtedy úrad rozhodne o odňatí predchádzajúceho súhlasu podľa odseku 1 písm. c). Odôvodnenie: Podľa nášho názoru navrhovaná právna úprava je neprimerane prísna. Čestné vyhlásenie o neexistencii konfliktu záujmov doručuje úradu fyzická osoba, ktorej sa funkcia týka, nie samotná zdravotná poisťovňa. Odňatie predchádzajúceho súhlasu má však závažné následky najmä pre samotnú zdravotnú poisťovňu. Vzhľadom na uvedené navrhujeme, aby dotknutej osobe bola poskytnutá dodatočná lehota na odstránenie tohto nedostatku. Počas tejto lehoty by mohol zaniknúť konflikt záujmov (ukončením funkcie v zdravotnej poisťovni alebo inej funkcie, pre ktorú vznikol konflikt záujmov). Pripomienku považujeme za zásadnú</p>	Z	N	Ministerstvo túto pripomienku neakceptuje z dôvodov uvedených v odôvodneniach k predošlým dvom pripomienkam.
DÔVERA	<p>K Článku I bod 23 Novelizáciu bod 23 navrhujeme v celom rozsahu vypustiť. Odôvodnenie: Navrhované ustanovenie je formulované vágne a nemerateľne. Navyše, zdravotná poisťovňa nie je žiadnym distribútorom prostriedkov verejného zdravotného poistenia. Distribúcia prostriedkov verejného zdravotného poistenia medzi poskytovateľov zdravotnej starostlivosti nepatrí medzi činnosti, ktoré zdravotným poisťovňam vyplývajú zo zákona č. 581/2004 Z. z. alebo osobitných predpisov. Jednou zo základných činností zdravotnej poisťovne je zabezpečenie a úhrada zdravotnej starostlivosti poskytnutej poistencom zdravotnej poisťovne. Prostriedkom na zabezpečenie plnenia tejto činnosti je zmluva o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, ktorú zdravotná poisťovňa uzatvára s poskytovateľom zdravotnej starostlivosti. Nejde o jednostranný akt, ale o zmluva je prejavom vôle dvoch zmluvných</p>	Z	A	

	<p>strán v obchodnoprávnom vzťahu. Distribúcia, ako jednostranný akt by teda bola úplne iným konceptom oproti súčasnému nastaveniu systému. Zdravotné poisťovne s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti rokujú, vzájomne sa musia dohodnúť na zmluvných podmienkach a na základe tejto dohody následne poskytovať zdravotnú starostlivosť a uhrádzať ju dohodnutým spôsobom. Zmluva je výsledkom často krát náročného, viacnásobného rokovania a konsenzu zmluvných strán, v ktorej si zmluvné strany dohadujú konkrétne podmienky poskytovania a úhrady zdravotnej starostlivosti a tieto podmienky sú záväzné. Ako príklad uvádzame, rokovanie so zástupcami nemocníc, kedy prvé rokovanie o cenových podmienkach pre rok 2022 bolo 7.12. a dohodu sme uzatvorili po 10 kolách rokovaní k 1.5.2022. Výsledkom týchto rokovaní je napríklad dohoda takých podmienok s nemocnicami, podľa ktorých je relatívne veľká časť úhrady naviazaná na výkonnosť danej nemocnice (nie tvrdý paušál) a motivujeme nemocnice dobiehať plánované hospitalizácie, ktoré boli odložené kvôli pandémie. Zvyšujeme tak dostupnosť ZS pre našich poistencov. Rovnako sme v rámci rokovaní s PZS dohodli napríklad používanie e-receptu či e-labu ako súčasť hodnotiacich koeficientov, čo výrazne zvýšilo ich využívanie. Napr. pojem „spravodlivosť“ je vágny a v súvislosti s vynakladaním prostriedkov verejného zdravotného poistenia sa dá vykladať rôzne. Takéto používanie pojmov v legislatíve je v priamom rozpore napr. s §3 zákona č. 400/2015 Z.z. o tvorbe právnych predpisov, ako aj s legislatívnymi pravidlami vlády. Vypustenie predmetného znenia navrhujeme tiež z dôvodu, že úrad by kontrolou a vyhodnocovaním „účelnosti, spravodlivosti, efektívnosti a hospodárni rozdeľovania“ finančných prostriedkov medzi poskytovateľov zdravotnej starostlivosti neprímerane zasahoval do stratégie zdravotnej poisťovne týkajúcej sa nákupu zdravotnej starostlivosti ako aj do samotného zmluvného vzťahu s poskytovateľom zdravotnej starostlivosti. To nie je kompetenciou úradu. Odmeňovanie poskytovateľov zdravotnej starostlivosti je častokrát závislé od plnenia kritérií kvality, na ktorých sa zmluvné strany dohodli v zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti a ktorých cieľom je predovšetkým motivovať poskytovateľa zdravotnej starostlivosti ku kvalitnejšiemu poskytovaniu zdravotnej starostlivosti. Máme za to, že vyhodnotenie a kontrola plnenia týchto kritérií v nadväznosti na výšku dohodnutej odmeny je vecou zmluvných strán - zdravotnej poisťovne a poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. Zastávame názor, že úradu by nemala prináležať kontrola a vyhodnocovanie týchto a ani ďalších zmluvne dohodnutých aspektov poskytovania a úhrady zdravotnej starostlivosti. Kritérium spravodlivosti je navyše natoľko vágny pojem, že kontrola a vyhodnocovanie plnenia tohto kritéria úradom by v praxi mohla spôsobiť významné aplikačné a výkladové problémy. Túto pripomienku považujeme za zásadnú.</p>			
DÔVERA	<p>K Článku I bod 24 Bod 24 v článku I navrhujeme vypustiť. Odôvodnenie: Pripomienka súvisí s našou pripomienkou k bodu 10. Túto pripomienku považujeme za obyčajnú.</p>	O	ČA	Ustanovenie prepracované.
DÔVERA	<p>K Článku I bod 27 Bod 27 v článku I navrhujeme vypustiť. Odôvodnenie: Navrhujeme nevydávať takýto všeobecne záväzný právny predpis, nakoľko jeho obsah by mohol byť obdobný ako upraví ministerstvo financií v rozpočte verejnej správy. Predíde sa tak situáciám, kedy by mohli nastať rozdiely medzi navrhovaným všeobecne záväzným právnym predpisom a rozpočtom zostaveným ministerstvom financií. V zmysle dôvodovej správy, účelom tohto ustanovenia</p>	Z	A	Ustanovenie prepracované.

	má byť zjednotenie spôsobu vykazovania výdavkov zdravotnými poisťovňami. Navrhované znenie však s odôvodnením nekorešponduje. Pripomienku považujeme za zásadnú.			
DÔVERA	K článku I bod 31 (§ 16 ods. 2 písm. g) bod 1.) V článku I bod 31 v novelizačnom § 16 ods. 2 písm. g) bod 1. navrhujeme slovo „má“ nahradit' slovami „poskytol zdravotnej poisťovni pre účely výkonu zdravotného poistenia“ Túto pripomienku považujeme za zásadnú.	Z	ČA	Ustanovenie prepracované.
DÔVERA	K Článku I bod 31 a 32 (§ 16 ods. 2 písm. g) bod. 1 a § 16 ods. 5 písmeno h) bod 1.) V článku I bodoch 31 a 32 v novelizovaných ustanoveniach § 16 ods. 2 písm. g) bod. 1 a § 16 ods. 5 písmeno h) bod 1. navrhujeme slovo „má“ nahradit' slovami „poskytol zdravotnej poisťovni pre účely výkonu zdravotného poistenia“ Túto pripomienku považujeme za obyčajnú	O	ČA	Ustanovenie prepracované.
DÔVERA	K článku I bod 32 (§ 16 ods. 2 písm. h) bod. 1) V článku I bod 31 v novelizačnom § 16 ods. 2 písm. h) bod. 1. navrhujeme slovo „má“ nahradit' slovami „poskytol zdravotnej poisťovni pre účely výkonu zdravotného poistenia“ Túto pripomienku považujeme za zásadnú.	Z	ČA	Ustanovenie prepracované.
DÔVERA	K Článku I bod 32. Na účely riadneho vedenia ZČP je potrebné, aby sa údaje týkajúce sa ZČP (novonavrhaný §16 ods. 5 písm. h) zákona č. 581/2004 Z. z.) pri zmene zdravotnej poisťovne medzi poisťovňami vymieňali k 1.1. daného roka teda ku dňu zmeny zdravotnej poisťovne a to v celom rozsahu dávky 998. Z pohľadu praxe nie je žiadúce, aby sa tieto údaje medzi zdravotnými poisťovňami vymieňali s časovým oneskorením, tak ako ostatné údaje podľa §16 ods. 5. Túto pripomienku považujeme za zásadnú	Z	A	
DÔVERA	K Článku I bod 33 Čiastočne nesúhlasíme s legislatívnou zmenou Odôvodnenie: Víťame snahu úradu pre dohľad upraviť rozsah údajov, ktoré má zdravotná poisťovňa zasielať úradu na účely vedenia registra POI v zákone. Zároveň však upozorňujeme, že rozsah navrhovaných údajov je podľa nášho názoru širší ako je potrebný na dosiahnutie účelu a teda je v rozpore so zásadou minimalizácie údajov podľa GDPR. Podľa nášho názoru na jeho vedenie plne postačuje základná sada údajov, ktoré Úrad spracúval aj doposiaľ, pričom zdravotné poisťovne mu na ten účel zasielali zoznamy podľa odseku 1 písm. f). Každý jeden osobný údaj, ktorý má byť spracúvaný, by mal byť spracúvaný pre určený účel. V dotknutom prípade by mal byť presne daný účel, t.j. vymedzené presne na čo register slúži, ktoré údaje z neho a kto a na čo ich využíva, či sú to referenčné údaje a až následne by mal byť určený ich rozsah. Podľa nášho názoru ide aj o zbytočnú administratívnu záťaž a duplicitu v odosielaných takmer totožných údajov zo strany ZP na NCZI podľa §15 ods. 1 písm. ah) ako aj na ÚDZS – a teda nie je uplatňované pravidlo a vízia štátu „jeden krát a dost“ Túto pripomienku považujeme za zásadnú	Z	ČA	V súlade so závermi z rokovania dňa 8. septembra, bude ustanovenie čiastočne upravené tak, aby pri niektorých údajoch bolo uvedené, že zdravotná poisťovňa poskytuje tieto údaje len ak nimi disponuje. Podľa § 20 ods. 1 písm. e) bod 1 zákona č. 581/2004 Z.z. vedie ÚDZS centrálny register poistencov (CRP), ktorý obsahuje presne zadané údaje o konkrétnom poistencovi. Vzhľadom na skutočnosť, že ÚDZS nedokáže niektoré povinné údaje uvedené v CRP získať z iných registrov [napr. dátum vzniku a zániku verejného zdravotného poistenia, dôvod vzniku a zániku verejného zdravotného poistenia, údaje o dohodách o poskytovaní všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti uzavretých medzi poistencom a poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v rozsahu podľa § 15 ods. 1 písm. w) zákona č. 581/2004 Z. z.], je nevyhnutné, aby tieto údaje ÚDZS poskytla inštitúcia, ktorá nimi disponuje, teda zdravotná poisťovňa. Údaje, ako napr. meno, priezvisko a ročné číslo poistenca slúžia ako identifikačný údaj poistenca pre odoslanie ostatných údajov o konkrétnom poistencovi do CRP, ktorý vedie ÚDZS. K predmetnému dopĺňame, že napr.

				<p>v prípade úmrtia poistenca v zahraničí práve zdravotná poisťovňa ako prvá (vo väčšine prípadov) disponuje uvedenou informáciou. Z uvedeného vyplýva, že takáto informácia sa prostredníctvom príslušnej zdravotnej poisťovne „dostane“ čo najskôr aj do CRP. Rovnako dávame do pozornosti aj skutočnosť, že v CRP sa evidujú aj poistenci (osoby), ktoré nemajú pridelené rodné číslo, ale bezvýznamové identifikačné číslo (BIČ). Tieto osoby však nie sú evidované v registri fyzických osôb (RFO). V prípade úmrtia takejto osoby (ktorá má pridelené BIČ) nedôjde k vyznačeniu uvedeného údaju do CRP cez RFO. Príslušná zdravotná poisťovňa však disponuje aj takouto informáciou. Z uvedeného vyplýva, že takáto informácia sa prostredníctvom príslušnej zdravotnej poisťovne „dostane“ opäť čo najskôr do CRP. V danom prípade je zabezpečená aj kontrolná činnosť, napr. zhoda dátumu úmrtia uvedeného v CRP a RFO. Všetky uvedené údaje o konkrétnom poistencovi slúžia napr. aj pri výkone dohľadu nad zdravotnou starostlivosťou.</p>
DÔVERA	<p>K článku I bod 39 (§ 20 ods. 1 písm. e. prvý bod) Čiastočne nesúhlasíme s navrhovanou legislatívnou zmenou Odôvodnenie: Víťame snahu úradu pre dohľad upraviť rozsah údajov, ktoré má zdravotná poisťovňa zasielať úradu na účely vedenia registra POI v zákone. Zároveň však upozorňujeme, že rozsah navrhovaných údajov je podľa nášho názoru širší ako je potrebný na dosiahnutie účelu a teda je v rozpore so zásadou minimalizácie údajov podľa GDPR. Podľa nášho názoru na jeho vedenie plne postačuje základná sada údajov, ktoré Úrad spracúval aj doposiaľ, pričom zdravotné poisťovne mu na ten účel zasielali zoznamy podľa odseku 1 písm. f). Každý jeden osobný údaj, ktorý má byť spracúvaný, by mal byť spracúvaný pre určený účel. V dotknutom prípade by mal byť presne daný účel, t.j. vymedzené presne na čo register slúži, ktoré údaje z neho a kto a na čo ich využíva, či sú to referenčné údaje a až následne by mal byť určený ich rozsah. Podľa nášho názoru ide aj o zbytočnú administratívnu záťaž a duplicitu v odosielaných takmer totožných údajov zo strany ZP na NCZI podľa §15 ods. 1 písm. ah) ako aj na ÚDZS – a teda nie je uplatňované pravidlo a vízia štátu „jedenkrát a dost“ Tuto pripomienku považujeme za zásadnú.</p>	Z	ČA	<p>Predchádzajúce odôvodnenie sa vzťahuje rovnako aj na túto pripomienku.</p>
DÔVERA	<p>K Článku I bod 42 Odsek 3 znie: „Rozhodnutie úradu o splnení kritérií kvality je preskúmateľné správnym súdom. Podanie správnej žaloby proti rozhodnutiu úradu o splnení kritérií kvality má odkladný účinok.“ Odôvodnenie: Navrhujeme jasne stanoviť, že predmetné rozhodnutia Úradu sú preskúmateľné súdom v rámci správneho súdneho konania. Pripomienku považujeme za zásadnú.</p>	Z	A	
DÔVERA	<p>K Článku I bod 49 Navrhujeme novelizované znenie § 33 ods. 3 písm. e) upraviť nasledovne: „e) nebola štatutárnym orgánom alebo spoločníkom v obchodnej spoločnosti, ktorá má za obdobie</p>	Z	ČA	<p>V nadväznosti na rozporové rokovanie dňa 9. septembra a v zmysle dohody s ostatnými zdravotnými poisťovňami bola vybraná hranica vo výške 1 000 eur,</p>

	<p>trvania jej funkcie, alebo jeho časť 1. evidovaný nedoplatok voči daňovému úradu podľa osobitného predpisu49) vyšší ako XY* eur, ak bolo možné tento nedoplatok uhradiť počas trvania jej funkcie, 2. evidované nedoplatky na poistnom na sociálne poistenie a zdravotná poisťovňa neeviduje voči nej pohľadávky po splatnosti podľa osobitných predpisov,49a), ak bolo možné tento nedoplatok uhradiť počas trvania jej funkcie. Odôvodnenie: Niektoré osoby navrhované za členov riadiacich a kontrolných orgánov v minulosti pôsobili ako členovia štatutárnych orgánov alebo spoločníci v obchodných spoločnostiach. Po ukončení ich pôsobenia v spoločnostiach mohli vzniknúť nedoplatky voči daňovému úradu alebo nedoplatky na poistnom na sociálne poistenie alebo zdravotné poistení, na čo však už nemali tieto osoby vplyv. Súčasné znenie právnej úpravy nie je však nedokonalé a nesprávnym výkladom môže vzniknúť pochybnosť o tom, či za dôveryhodnú osobu možno považovať osobu, ktorá bola štatutárnym orgánom alebo spoločníkom v spoločnosti, ktorej vznikli nedoplatky až po ukončení jej pôsobenia takejto spoločnosti. Rovnako sa môže stať, že štatutár skončil, podanie daňového priznania a úhrada má nastať síce za obdobie, kedy bol štatutárom, ale hradí sa až v čase, kedy už nie je a teda nevie ovplyvniť to, že nový štatutár za predchádzajúce účtovné obdobie podal správne daňové priznanie a daň aj zaplatil. Prakticky ide najmä o zmeny štatutárov v obchodných spoločnostiach v prvom štvrtroku. Bolo by nelogické a nespravodlivé, aby navrhované osoby boli považované za nedôveryhodné osoby, pokiaľ v spoločnosti vzniknú nedoplatky po ukončení ich pôsobenia v spoločnosti, alebo ak ich už nevedia ovplyvniť. Rovnako sa už dnes postupuje v praxi. Z dôvodu, aby nevznikali rozdielne výklady tohto ustanovenia, navrhujeme jeho znenie precizovať. * Zároveň máme za to, že zachovanie určitej tolerovanej hranice nedoplatku je opodstatnené. Nebránime sa zníženiu tejto hranice, ale nesúhlasíme s jej úplným vypustením. Nedoplatok vo výške 1 euro môže vzniknúť v dôsledku čisto administratívnej chyby a neznamená, že osoba nie je dôveryhodná. Túto pripomienku považujeme za zásadnú</p>			a to v oboch prípadoch. Ustanovenie bolo zároveň preformulované aj v zmysle pripomienky od úradu pre dohľad.
DÓVERA	<p>K Článku I bod 5 (§6 ods. 1 písm. o.) K navrhovanému zneniu § 6 ods. 1 písm. o) chýba v dôvodovej správe odôvodnenie navrhovaných zmien, žiadame ho dopracovať. Pripomienka považujeme za obyčajnú.</p>	O	A	
DÓVERA	<p>K Článku I bod 58 (§ 43e ods. 1 písm. d.) K článku I, bod 58 (§ 43e ods. 1 písm. d) navrhujeme stanoviť lehotu na podanie námietok najmenej 15 pracovných dní. Odôvodnenie: Navrhujeme predĺženie lehoty na podanie námietok najmenej na 15 pracovných dní. V praxi sa často stáva, že zdravotná poisťovňa musí pri príprave námietok zozbierať väčšie množstvo podkladov, listín, vyjadrení dotknutých zamestnancov, čo môže byť pri lehote 10 pracovných dní problematické dodržať. Vzhľadom na to, že samotný UDZS má na ukončenie dohľadu 9 mesiacov s možnosťou predĺženia tejto lehoty sa 15 dňová lehota na podanie námietok dohliadaným subjektom zdá byť primeraná. Túto pripomienku považujeme za obyčajnú.</p>	O	N	Na rozdiel od dohľadov nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti sú v prípade dohľadov nad verejným zdravotným poistením v prevažnej väčšine prípadov súčasťou spisovej dokumentácie len podklady predložené zo strany samotnej zdravotnej poisťovne (a prípadne podávateľom podnetu, ak je dohľad vedený na základe podnetu, pričom tento podnet je zo strany úradu vždy zdravotnej poisťovni zaslaný). Zavedenie práva zdravotnej poisťovne vyjadriť sa k podkladom pre vyhotovenie protokolu, ktoré zdravotná poisťovňa sama úradu predložila sa preto nezdá dôvodné (zdravotná poisťovňa by sa v podstate vyjadrovala k svojim vlastným podkladom) a viedlo by len k zbytočným prieťahom v procese výkonu dohľadu.
DÓVERA	<p>K Článku I bod 58 (§ 43 ods. 4) V článku I, bod 58 (§ 43 ods. 4) navrhujeme vypustiť druhú vetu „Pri dohľade na diaľku nad</p>	Z	N	Ani v súčasnosti sa pre potreby výkonu dohľadu na diaľku nad verejným zdravotným poistením nevydáva

	verejným zdravotným poistením sa poverenie na výkon dohľadu nevydáva.“. Odôvodnenie: Zdravotná poisťovňa by v rámci dohľadu mala komunikovať a predkladať požadované doklady a informácie iba poverenej osobe, ktorá by sa mala zdravotnej poisťovni na začiatku výkonu dohľadu riadne preukázať, tak ako to je aj v súčasnosti. Navrhovaným znením predmetnej vety by sa okrem iného odňala zdravotnej poisťovni možnosť namietat' zaujatost' tejto osoby, nakoľko by nemala za preukázané koho úrad poveril vykonaním dohľadu. Túto pripomienku považujeme za zásadnú			poverenie na výkon dohľadu, pričom uvedené v aplikačnej praxi nespôsobovalo žiadne problémy. Pri začatí výkonu dohľadu na diaľku je v každej písomnosti zasielanej zo strany úradu zdravotnej poisťovni uvedené, kto zo zamestnancov úradu vec vybavuje spolu s uvedením kontaktných údajov tejto osoby. Dohľad na diaľku nad verejným zdravotným poistením (na rozdiel od dohľadov nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti) vykonáva spravidla rovnaký okruh zamestnancov úradu, ktorí sú zapísaní v zozname osôb oprávnených na výkon dohľadu vedenom úradom v zmysle § 20 ods. 1 písm. e) bod 6 zákona č. 581/2004 Z. z. Zdravotným poisťovniam tak je známe, ktorý zamestnanec úradu dohľad vykonáva. Vydávanie poverenia na výkon dohľadu na diaľku nad verejným zdravotným poistením by tak predstavovalo nadbytočnú administratívnu záťaž, a to najmä v období po ukončení prepoisťovacieho obdobia, kedy sú úradu doručované desiatky podnetov denne.
DÔVERA	K Článku I bod 58 (§ 43a ods. 4 písm. d) V článku I, bod 58 (§ 43a ods. 4 písm. d) navrhujeme doplniť: „týkajúceho sa poskytovania zdravotnej starostlivosti“ Odôvodnenie: V záujme eliminovania postúpenia podaní, ktoré sa netýkajú poskytovania ZS alebo vykonávania verejného zdravotného poistenia a vyjadrujú všeobecnú nespokojnosť s výkonom iných občianskych práv poistencov, resp. pravidiel podnikania navrhujeme upresnenie, že má ísť o porušenie práva alebo právom chráneného záujmu týkajúce sa poskytovania zdravotnej starostlivosti. Túto pripomienku považujeme za obyčajnú.	O	N	Celý odsek 4 sa týka výlučne poskytovania zdravotnej starostlivosti. Máme za to, že z jeho jednotlivých ustanovení, ako aj z jeho celkového kontextu je teda zrejmé, že podnet na výkon dohľadu nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti sa musí týkať tejto činnosti.
DÔVERA	K článku I bod 58 (§ 43b ods. 4) V článku I, bod 58, v § 43b ods. 4 navrhujeme doplniť nasledovnú vetu: „V prípade výkonu dohľadu podľa § 43b ods. 1 písm. a) úrad preveruje len skutočnosti uvedené podávateľom podnetu v podnete.“. Odôvodnenie: V aplikačnej praxi sa často stáva, že podávateľ podnetu „namieta, reklamuje, odvoláva sa“ napríklad vyčíslenie preddavkov na poistné za konkrétne mesiace avšak UDZS žiada a vykonáva aj dohľad na obdobia, ktoré vôbec nie sú predmetom podania podávateľa podnetu, resp. platiteľ namieta vykonanie RZP za konkrétny rok, avšak UDZS žiada podklady späť aj niekoľko rokov, ktoré vôbec nesúvisia s podnetom podávateľa podnetu. V dôsledku toho sa zvyšuje administratívna záťaž tak UDZS ako aj poisťovne a podávateľ podnetu/platiteľ poistného „čaká“ na ukončenie „svojho“ podnetu zbytočne dlho. Túto pripomienku považujeme za obyčajnú	O	N	V zmysle ustanovenia § 43b ods. 1 písm. a) sa výkon dohľadu realizuje z vlastného podnetu úradu. Zadefinovanie predmetu dohľadu je tak v tomto prípade výlučne len na úrade. V prípade, ak Dôvera ZP zamýšľala predmetnú pripomienku adresovať k dohľadu vykonávanému v zmysle § 43b ods. 1 písm. b), t. j. vo vzťahu k dohľadu vykonávanému na základe podnetu, ani v tomto prípade nie je možné pripomienku akceptovať, nakoľko vo väčšine prípadov je za účelom objektívneho a komplexného posúdenia podnetu potrebné preskúmať aj súvisiace okolnosti. Porušenie práva alebo právom chráneného záujmu podávateľa podnetu, ktoré podávateľ podnetu namieta je totiž zväčša spôsobené radom rôznych okolností, ktoré môžu mať svoj pôvod aj minulosti, alebo ktoré môžu súvisieť aj s inou činnosťou zdravotnej poisťovne a namietané porušenie

				práva alebo právom chráneného záujmu je už len dôsledkom týchto nedostatkov, čo však podávateľ podnetu nemusí vedieť, a teda na to nemusí vo svojom podnete ani poukazovať. Ak by teda mohol úrad skúmať výlučne len skutočnosti uvádzané v podnete (ktorý býva často veľmi stručný) zamedzilo by sa efektívnemu výkonu dohľadu a komplexnému preskúmaniu príčin, ktoré viedli k porušeniu práva alebo právom chráneného záujmu podávateľa podnetu.
DÔVERA	K článku I bod 58 (§ 43b ods. 8) V článku I, bod 58, v § 43b ods. 8 navrhujeme vypustiť druhú vetu. Odôvodnenie: Navrhované znenie druhej vety § 43b ods. 8 v aplikačnej praxi spôsobí zbytočné umelé predlžovanie dohľadov. Túto pripomienku považujeme za obyčajnú.	O	N	Uvedené ustanovenie plne vychádza z aplikačnej praxe. Aj v iných procesoch, napr. v správnom konaní v prípade, ak je rozhodnutie v konaní závislé na posúdení určitej otázky, ktorú posudzuje subjekt odlišný od správneho orgánu sa konanie preruší (a lehota na vydanie rozhodnutie neplynie). Spočítvanie lehoty má v prípade dohľadov obdobný zmysel. Úrad musí mať vytvorený dostatočný časový priestor na výkon dohľadu. V prípade dohľadov nad verejným zdravotným poistením je, okrem toho, využívanie inštitútu prizvanej osoby mimoriadne výnimočné.
DÔVERA	K článku I bod 58 (§ 43c ods. 5) V článku I, bod 58, v § 43c ods. 5 navrhujeme doplniť nasledovnú vetu „Rozhodnutie úradu podľa odseku 4 je preskúmateľné súdom.“. Odôvodnenie: V prípade, ak úrad napriek pochybnosti dohliadaného subjektu o nezaujatosti osoby oprávnenej na výkon dohľadu rozhodne, že táto osoba zaujatá nie je, dohliadanému subjektu zákon nepriznáva žiadnu možnosť vyvolania prieskumu tohto rozhodnutia úradu. Vzhľadom na to, že to nie je zlučiteľné s princípmi demokratického a právneho štátu navrhujeme explicitne doplniť, že rozhodnutie úradu podlieha súdnemu prieskumu. Túto pripomienku považujeme za zásadnú.	Z	N	Vzhľadom na povahu rozhodnutia o námietkach je nutné konštatovať, že ide o rozhodnutie, ktoré je vylúčené zo súdneho prieskumu. Umožnenie súdneho prieskumu by znemožnilo výkon dohľadu, nakoľko by bolo nutné čakať na rozhodnutie súdu, čo by mohlo trvať aj niekoľko mesiacov či rokov. Ak by skutočne vznikli pochybnosti o nezaujatosti osoby poverenej na výkon dohľadu je aj v záujme úradu takúto osobu z dohľadu vylúčiť, nakoľko nevylúčenie takejto osoby z výkonu dohľadu by následne mohlo viesť k spochybneniu celého procesu dohľadu, ako aj jeho výsledkov. Nie je dôvodné <i>a priori</i> predpokladať, že úrad bude trvať na výkone dohľadu osobou, o ktorej nezaujatosti by boli dôvodné pochybnosti.
DÔVERA	K článku I bod 58 (§ 43d ods. 1 písm. b. a c.) V § 43d ods. 1 písm. b) a c) navrhujeme vypustiť slová „a jeho zamestnancov“ Odôvodnenie: UDZS priznáva platnú právnu úpravu kompetenciu dohliadať dohliadaný subjekt. Súčinnosť k výkonu dohľadu má povinnosť poskytovať dohliadaný subjekt. Máme za to, že vyžadovanie súčinnosti výslovne od zamestnancov dohliadaného subjektu je v rozpore so zákonom, nakoľko voči nim nemá UDZS žiadnu kompetenciu. V prípade neposkytnutia súčinnosti túto súčinnosť neposkytne dohliadaný subjekt, nie jeho zamestnanec, preto navrhovaná formulácia nie je správna. Taktiež sankcia za nesplnenie povinností poskytnúť súčinnosť môže byť udelená výlučne dohliadanému subjektu, nie jeho	O	N	V niektorých prípadoch je skutočne za účelom komplexného a objektívneho posúdenia predmetu dohľadu potrebné, aby bola úradu poskytnutá súčinnosť zo strany konkrétneho zamestnanca dohliadaného subjektu. Ide o prípady, kedy môže mať informácie potrebné pre výkon dohľadu výlučne len tento konkrétny zamestnanec. Napr. v prípade kedy úrad pri výkone dohľadu skúma podozrenia z nezákonného prepoistenia potrebuje informácie od konkrétneho

	zamestnancovi. Túto pripomienku považujeme za obyčajnú.			zamestnanca zdravotnej poisťovne, ktorý spochybňovanú prihlášku podľa údajov na nej uvedených od poistenca prevzal. V tomto prípade tak môže potrebnú súčinnosť poskytnúť len tento zamestnanec, preto je potrebné, aby bol povinnosťou poskytnúť úradu pre potreby výkonu dohľadu súčinnosť viazaný nielen dohliadaný subjekt, ale aj jeho zamestnanec. Uvedené nič nemení na tom, že prípadnú zodpovednosť za zistené pochybenia znáša dohliadaný subjekt, nakoľko tento je zodpovedaný za konanie svojich zamestnancov. Predmetná právna úprava nie je nová a je súčasťou platnej legislatívy upravujúcej proces výkonu dohľadov dlhodobu bez toho, aby v aplikačnej praxi spôsobovala akékoľvek problémy.
DÓVERA	K Článku I bod 58 (§ 43d ods. 1 písm. d.) K článku I, bod 58 (§ 43d ods. 1 písm. d) navrhujeme vypustiť „účtovných a iných dokladov zdravotnej poisťovne súvisiacich s činnosťou zdravotnej poisťovne“ Odôvodnenie: Máme za to, že úrad by si mal v rámci dohľadu žiadať výlučne tie doklady a informácie, ktoré bezprostredne potrebuje pre účel výkonu dohľadu, nemal by si v rámci dohľadu žiadať všeobecné informácie a podklady týkajúce sa činnosti zdravotnej poisťovne. Oprávnenie osoby oprávnenej na výkon dohľadu požadovať od dohliadaného subjektu informácie, doklady, rovnopisy, či iné písomnosti ktoré UDZS potrebuje na účel výkonu dohľadu dostatočne upravuje navrhované znenie § 43 ods. 1 písm. b). Zároveň, UDZS nemá kompetenciu na dohliadanie dodržiavania zákona o účtovníctve, ani iných zákonov nesúvisiacich s výkonom verejného zdravotného poistenia. Právomoc na dodržiavanie týchto zákonov zveruje zákon iným subjektom. Pojem „iné doklady súvisiace s činnosťou ZP“ je navyše natoľko vágny, že v praxi môže spôsobovať výkladové problémy. Taktiež dávame do pozornosti, že UDZS má prístup k dokumentácii zdravotnej poisťovne aj podľa súčasného ustanovenia § 16. Túto pripomienku považujeme za zásadnú.	Z	N	Uvedený návrh predpokladá nahliadanie úradu do účtovných a iných dokladov v rámci výkonu dohľadu vedeného úradom, t. j. v rámci výkonu dohľadu, ktorý je v zákonnej kompetencii úradu. Aj pri výkone dohľadov, ktoré sú v zákonnej kompetencii úradu je totiž často potrebné získať informácie aj z účtovných a iných dokladov zdravotnej poisťovne (napr. pri kontrole úhrad poskytnutej zdravotnej starostlivosti, pri kontrole hospodárenia zdravotnej poisťovne a pod.) Uvedený návrh nepredpokladá výkon dohľadu v rozsahu kompetencii, ktoré sú osobitnou právnou úpravou zverenú iným príslušným štátnym orgánom (napr. úradu pre vybrané hospodárske subjekty).
DÓVERA	K Článku I bod 58 (§ 43d ods. 2 písm. d) V článku I, bod 58 (§ 43d ods. 2 písm. d) navrhujeme doplniť, aby sa aj dohliadanému subjektu, ktorým je zdravotná poisťovňa v prípade dohľadu nad verejným zdravotným poistením umožnilo vyjadriť sa k podkladom pre vyhotovenie protokolu, a to v lehote, ktorá nemôže byť kratšia ako desať pracovných dní. Odôvodnenie: Nevidíme dôvod na rozdielny prístup voči dohliadaným subjektom, kedy dohliadaný subjekt, ktorým je poskytovateľ zdravotnej starostlivosti v rámci výkonu dohľadu nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti má právo sa vyjadriť k podkladom pre vyhotovenie protokolu a dohliadaný subjekt, ktorým je zdravotná poisťovňa v rámci dohľadu nad vykonávaním verejného zdravotného poistenia toto právo nemá. Považujeme za dôležité, aby toto právo mali aj zdravotné poisťovne, zvlášť v situácii, kedy pokuty, ktoré môže UDZS uložiť zdravotným poisťovniam sú neporovnateľne vyššie, ako pokuty, ktoré môže UDZS uložiť dohliadanému subjektu, ktorým je poskytovateľ zdravotnej starostlivosti. Túto pripomienku považujeme za zásadnú.	Z	N	Na rozdiel od dohľadov nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti sú v prípade dohľadov nad verejným zdravotným poistením v prevažnej väčšine prípadov súčasťou spisovej dokumentácie len podklady predložené zo strany samotnej zdravotnej poisťovne (a prípadne podávateľom podnetu, ak je dohľad vedený na základe podnetu, pričom tento podnet je zo strany úradu vždy zdravotnej poisťovni zaslaný). Zavedenie práva zdravotnej poisťovne vyjadriť sa k podkladom pre vyhotovenie protokolu, ktoré zdravotná poisťovňa sama úradu predložila sa preto nezdá dôvodné (zdravotná poisťovňa by sa v podstate vyjadrovala k svojim vlastným podkladom) a viedlo by len k zbytočným prieťahom v procese výkonu dohľadu.

<p>DÔVERA</p>	<p>K Článku I bod 58 (§ 43e ods. 1 písm. a) V článku I, bod 58 (§ 43e ods. 1 písm. a) navrhujeme doplniť právo dohliadaného subjektu na oboznámenie sa so všetkými informáciami, materiálmi, písomnosťami, ktoré sú podkladom pre začatie výkonu dohľadu podľa § 43b ods. 1. Odôvodnenie: Dohľad sa nemusí začať iba na základe podnetu, ale aj z iných dôvodov (napr. z vlastnej činnosti úradu, z poznatkov MZ alebo MPSVaR). Máme za to, že toto právo by mala mať zdravotná poisťovňa vždy ak úrad začne dohľad bez ohľadu na skutočnosť, či dohľad začne na základe podnetu, z úradnej činnosti úradu alebo na základe poznatkov získaných z kontrolnej, dohľadovej a hodnotiacej činnosti MPSVaR či z poznatkov MZ SR. Túto pripomienku považujeme za zásadnú.</p>	<p>Z</p>	<p>N</p>	<p>Začatie dohľadu z vlastného podnetu úradu nie je viazané na predchádzajúce získanie nejakých informácií, materiálov, písomnosti a pod. Ak dohľad prebieha na základe podnetu, tento je dohliadanému subjektu zo strany úradu vždy zaslaný, ak dohľad začína z vlastného podnetu úradu, tento nie je viazaný na žiadne informácie či vopred spracovaný materiál (dohľady z vlastného podnetu za začínajú spravidla na základe plánu dohľadov, alebo na základe zákona – napr. dohľad nad zaradením poistencov do FNS, dohľad nad správnosťou údajov oznamovaných úradu pre potreby prerozdelenia - § 28a zákona č. .). Ak by bola úprava navrhovaná zo strany Dôvery ZP zapracovaná do zákona, znamenalo by to, že úrad môže pristúpiť k výkonu dohľadu z vlastného podnetu len na základe vopred spracovaných materiálov, písomností alebo na základe nejakých prechádzajúcich informácií odôvodňujúcich výkon dohľadu.</p>
<p>DÔVERA</p>	<p>K Článku I bod 58 (§ 43e ods. 1) V článku I, bod 58 (§ 43e ods. 1) navrhujeme doplniť právo dohliadaného subjektu na informáciu, že UDZS voči nemu začal vykonávať dohľad vrátane informácie z akého dôvodu v zmysle § 43b ods. 1 začal dohľad vykonávať. Taktiež navrhujeme doplniť právo dohliadaného subjektu na oznámenie identity osoby oprávnenej na výkon dohľadu, aby dohliadaný subjekt mohol využiť právo na prípadné podanie námietky zaujatosti voči tejto osobe. Túto pripomienku považujeme za obyčajnú.</p>	<p>O</p>	<p>N</p>	<p>Dohliadaný subjekt je upovedomený o tom, že úrad vo vzťahu k nemu začal vykonávať dohľad. Dohľad nie je nikdy vedený bez vedomia dohliadaného subjektu. Ak je dohľad vykonávaný na základe podnetu, dohliadaný subjekt je vždy o tejto skutočnosti informovaný, nakoľko má zákonné právo sa obsahom podnetu oboznámiť a k nemu sa vyjadriť, čo úrad samozrejme rešpektuje. Ak je v zdravotnej poisťovni dohľad vykonávaný vo forme dohľadu na mieste, doručuje sa dohliadanému subjektu poverenie na výkon dohľadu, v ktorom sú uvedené osoby poverené na výkon dohľadu. Ak ide o dohľad na diaľku nad zdravotným poistením je v zmysle § 43b ods. 2 zdravotnej poisťovni doručené oznámenie o začatí výkonu dohľadu, kde je uvedené ktorý zamestnanec úradu vec vybavuje, a teda dohľad vedie.</p>
<p>DÔVERA</p>	<p>K Článku I bod 58 (§ 45 ods. 5) V čl. I, bod 58, v § 45 ods. 5 navrhujeme doplniť novú náležitosť zápisnice, ktorou by bolo stanovisko dohliadaného subjektu k vyhodnoteniu opodstatnenosti písomných námietok a k prípadnému novému výsledku výkonu dohľadu, ak sa na základe vyhodnotenia námietok mení výsledok výkonu dohľadu, Odôvodnenie: V aplikačnej praxi sa často stáva, že prerokovanie námietok sa deje už len čisto formálne, keďže UDZS má neraz zápisnicu pripravenú už pred samotným prerokovaním námietok. Sme názoru, že výsledkom prerokovania/oboznámia sa s výsledkom vyhodnotenia opodstatnenosti námietok má byť zápisnica, ktorá bude reflektovať na skutočnosti a závery, ktoré vyplývajú zo samotného prerokovania/oboznámia sa. Úrad by mal podľa nášho názoru v zápisnici zhrnúť či sa</p>	<p>O</p>	<p>N</p>	<p>Zápisnica má obsahovať námietky dohliadaného subjektu a vyjadrenia úradu k námietkam dohliadaného subjektu. Ak by malo byť opäť dohliadanému subjektu umožnené vyjadrovať sa k spôsobu vysporiadania sa úradu s námietkami, znovu by malo byť úradu dané právo vyjadriť sa k vyjadreniu dohliadaného subjektu. Takto by nikdy nedošlo k ukončeniu dohľadu. Úrad sa s námietkami dohliadaného subjektu v zápisnici vysporiada a ak na základe zistení uvedených v protokole pristúpi k uloženiu sankcie, dohliadaný</p>

	podarilo odstrániť rozpor medzi úradom a zdravotnou poisťovňou, prípadne či tá ktorá strana trvá na svojich záveroch uvedených v protokole a/alebo v námietkach a to najmä z dôvodu dôkaznej situácie v prípadnom následnom súdnom spore. Túto pripomienku považujeme za obyčajnú.			subjekt má v rámci správneho konania vedeného vo veci uloženia sankcie garantované všetky zákonné prostriedky obrany až po súdnu žalobu. V rámci správneho konania tak má dohliadaný subjekt opäť právo vyjadriť sa ku všetkým skutočnostiam, má právo vyjadriť sa ku všetkým podkladom obsahnutým v spisovej dokumentácii, ako aj k samotnému správne konaniu. Práva dohliadaného subjektu sú tak dostatočne chránené. Je prirodzené, že úrad pripravuje zápisnicu pred prerokovaním námietok. Námietky sú úradu pred ich prerokovaním doručené a keďže sa s nimi v zmysle zákona úrad musí vysporiadať pripravuje pred prerokovaním námietok vo vzťahu k nim svoju argumentáciu, ktorú spisuje do zápisnice. Spôsob vysporiadania sa s námietkami dohliadaného subjektu je totiž obligatórnou náležitosťou zápisnice.
DÔVERA	K Článku I bod 58 (§43a ods. 5 písm. c.) V článku I, bod 58 (§43a ods. 5 písm. c) navrhujeme doplniť: „týkajúceho sa vykonávania verejného zdravotného poistenia“ Odôvodnenie: V záujme eliminovania postúpenia podaní, ktoré sa netýkajú poskytovania ZS alebo vykonávania verejného zdravotného poistenia a vyjadrujú všeobecnú nespokojnosť s výkonom iných občianskych práv poistencov, resp. pravidiel podnikania navrhujeme upresnenie, že má ísť o porušenie práva alebo právom chráneného záujmu týkajúce sa vykonávania verejného zdravotného poistenia. Túto pripomienku považujeme za obyčajnú.	O	N	Z jednotlivých ustanovení odseku 5 ako aj z jeho celkového kontextu je zrejmé, že podnet na výkon dohľadu nad verejným zdravotným poistením sa musí týkať činnosti zdravotnej poisťovne v procese vykonávania verejného zdravotného poistenia. Ak by sa podnet netýkal vykonávania verejného zdravotného poistenia, nezakladal by zákonnú kompetenciu úradu vo veci konať v rámci dohľadu nad verejným zdravotným poistením.
DÔVERA	K Článku I bod 6 (§ 6 ods. 6 písm. d.) Navrhujeme špecifikovať, z akých zdrojov môžu zdravotné poisťovne financovať ďalšie vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov. V prípade, ak by NR SR neschválila reguláciu zisku, zdravotné poisťovne by v zmysle návrhu čl. I bodu 6 mohli financovať ďalšie financovanie zdravotníckych pracovníkov zo zdrojov na zdravotnú starostlivosť. Z návrhu novely však nevyplýva, z akých zdrojov (prevádzkové výdavky, alebo zdroje na zdravotnú starostlivosť) by mohli financovať ďalšie vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov v prípade, ak by NR SR reguláciu zisku schválila. Pripomienka považujeme za zásadnú.	Z	A	
DÔVERA	K Článku I bod 66 až 68 V §67a odsek 1 zákona č. 581/2004 Z. z. navrhujeme vypustiť písm. a) Odôvodnenie: Právna úprava je nadbytočná, nakoľko rozpočtovanie výdavkov na zdravotníctvo, vrátane rozpočtovania podľa typov zdravotnej starostlivosti, navyiac so zohľadnením makroekonomických vplyvov a ekonomických externalít, je v gescii Ministerstva financií (pre rok 2022 Hlavná kniha, str. 111-126; vecné oblasti konkrétne na str. 116). Určovanie zásadných finančných parametrov sektora vyžaduje jedného garanta. Pri zachovaní viacerých tvorcov môže hroziť vznik nezrovnalostí, ohrozujúcich priebežné financovanie zo strany zdravotných poisťovní. Pripomienka je zásadná.	Z	N	Pri tvorbe rozpočtu je potrebné zohľadniť požiadavky zdravotníctva, následne po schválení rozpočtu, je potrebné zabezpečiť jeho dodržanie.
DÔVERA	K článku I bod 66. (§67a)	Z	N	MZSR sa v poslednej dobe potýka s množstvom

	<p>V §67a odsek 1 navrhujeme vypustiť písm. c) a naň nadväzujúce ustanovenia §67a ods. 2 až ods.4 a §67a ods. 7 Odôvodnenie: Zásadne celkovo nesúhlasíme s koncepciou, aby o úhradových mechanizmoch a regulácii cien v oblasti poskytovania zdravotnej starostlivosti rozhodoval štát. De facto ide o zasahovanie štátu do nákupnej politiky zdravotných poisťovní, pričom samotný zákon stanovuje, že úhrada za poskytnutú zdravotnú starostlivosť a cena majú byť dohodnuté v zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Pri uzatváraní zmluvy ide o výsledok negociácie medzi zmluvnými stranami, do ktorého nemá vstupovať tretí subjekt, ktorý nie je zmluvnou stranou. Výška úhrady ovplyvnená treťou stranou, ktorá nie je zmluvným partnerom, nemusí byť pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti ani pre platcov vyhovujúca. Zásahom „zvonku“ sa stráca široká variabilita a voľnosť, ktorú uplatňujú zmluvné strany pri riešení rôznych situácií v rámci procesu negociácie obsahu zmluvy, vrátane cenových podmienok. Vplyv treťou stranou určených úhradových mechanizmov, nezohľadňujúcich špecifiká situácie zmluvných partnerov sa v praxi môže prejavovať v tom, že poskytovatelia a platcovia si nebudú schopní dohodnúť podmienky na pokrytie oprávnených nákladov na poskytnutú zdravotnú starostlivosť. To môže ohroziť dostupnosť a kvalitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Ide o nadbytočný a nežiadúci zásah do fungujúceho trhového mechanizmu a zásady zmluvnej voľnosti. Ingerencia nesúdnych orgánov do súkromnoprávných zmlúv by mala byť vždy citlivo zvažovaná, a to najmä s ohľadom na to, či verejný záujem dostatočne vyvažuje významný zásah do zásady autonómie zmluvných strán. Ako problematickou sa tiež javí skutočnosť, že riadiaci výbor nemá dezíciu právomoc, a preto nie sú výsledky jeho činnosti preskúmateľné súdom ani iným orgánom, pričom podľa štatútu riadiaceho výboru je minister zdravotníctva uzneseniami riadiaceho výboru viazaný (hoci podľa zákona je riadiaci výbor poradným orgánom Ministerstva zdravotníctva SR, nie ministra zdravotníctva). Zákonná úprava, ktorá je svojou povahou cenovou reguláciou, by mala byť s ohľadom na ochranu slobodnej vôle zmluvných strán, opatrením výnimočným a akceptovateľným za obmedzených podmienok. Štátna regulácia, vychádzajúc zo zohľadnenia dôležitých faktorov (napr. výška vybraného poistného, výška nákladov pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, rozdielna štruktúra poistného kmeňa, rozdielna nákupná politika jednotlivých poisťovní a pod.), musí pri regulovaní ceny zohľadniť aj možnosť tvorby zisku, a to na oboch zmluvných stranách. V dôsledku absencie tejto maximy pri regulácii cien môže dôjsť k nadmernému zásahu zo strany štátu v určitej oblasti podnikateľskej aktivity, a tým k porušeniu základného práva podľa čl. 35 Ústavy SR. Pripomienka je zásadná.</p>			<p>podnetov a na reguláciu cien v zdravotníctve, preto zriadenie komisie, ktorá o návrhu bude rozhodovať, namiesto jedného pracovníka MZSR, je podľa nášho názoru zmysluplným návrhom. navyše je MZSR cenovým orgánom, ak usúdi, že sú splnené podmienky podľa zákona o cenách, je oprávnené ceny regulovať.</p>
<p>DÔVERA</p>	<p>K článku I bod 67 (§ 67a odsek 5) V § 67a odsek 5 navrhujeme nasledujúce znenie: „(5) Ministerstvo zdravotníctva posudzuje návrhy na zaradenie nového zdravotného výkonu do zoznamu zdravotných výkonov, návrh na vykonanie zmeny v zozname zdravotných výkonov, alebo návrh na zmenu v regulácii cien, ktoré ministerstvu zdravotníctva zasielajú zdravotné poisťovne, komory, odborné spoločnosti, združenia zastupujúce poskytovateľov zdravotnej starostlivosti pri uzatváraní zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti alebo úrad. Návrhy podľa prvej vety sa zasielajú najneskôr do 31. marca kalendárneho roka v elektronicky spracovateľnej podobe podľa štruktúry zverejnenej ministerstvom zdravotníctva na webovom sídle ministerstva zdravotníctva.“ Odôvodnenie: V nadväznosti na návrh vypustiť z pôsobnosti MZSR kompetenciu Centra pre klasifikačný systém, navrhujeme vypustenie predkladania návrhov</p>	<p>Z</p>	<p>N</p>	<p>Ministerstvo neakceptovalo pripomienku zdravotnej poisťovne vypustiť z pôsobnosti MZSR kompetencie súvisiace s DRG.</p>

	súvisiacich s výkonom tejto pôsobnosti. Pripomienka je zásadná.			
DÔVERA	<p>K Článku I bod 7 (§ 6 ods. 9)</p> <p>Navrhované znenie § 6 ods. 9 zákona navrhujeme v celom rozsahu vypustiť. Odôvodnenie: Ad. 1) Navrhované znenie zákona je v rozpore s Ústavou Slovenskej republiky, najmä v rozpore s Čl.35 ods. 1) Ústavy SR, podľa ktorého má každý právo na slobodnú voľbu povolania a prípravu naň, ako aj právo podnikat' a uskutočňovať inú zárobkovú činnosť. Ústava garantuje každému právo na podnikanie a uskutočňovanie inej zárobkovej činnosti. Hoci Ústava SR v Čl. 35 ods. 2 oprávňuje zákonodarcu, aby stanovil podmienky a obmedzenia výkonu určitých činností, nie je možné toto ustanovenie vykladať tak, že zákonodarca môže pri obmedzovaní základných práv a slobôd postupovať svojvoľne. Podľa Čl.13 ods. 4) Ústavy SR pri obmedzovaní základných práv a slobôd sa musí dbať na ich podstatu a zmysel. Takéto obmedzenia sa môžu použiť len na ustanovený cieľ. Z hľadiska konštantnej judikatúry Ústavného súdu SR akékoľvek obmedzenie základných ústavných práv je potrebné posudzovať z hľadiska proporcionality, t. j. či je zásah do ústavných práv primeraný z hľadiska dosiahnutiu účelu obmedzenia. Pri obmedzení ústavného práva na vykonávanie zárobkovej činnosti by preto mal zákonodarca vysvetliť aký je účel obmedzenia sledovaný zákonom, či je takýto zásah do základného práva fyzických osôb vhodný na jeho dosiahnutie, či je tento zásah nevyhnutný a zároveň vykonať samotný test proporcionality. V danom prípade dôvodová správa k návrhu zákona nedáva odpovede na základné otázky, ktoré je potrebné zodpovedať pri zásahu do ústavných práv, čo je nevyhnutným predpokladom pre legitímnosť takéhoto zásahu do základných práv a slobôd fyzických a právnických osôb. Podľa dôvodovej správy k navrhovanému zneniu zákona „navrhovaná zmena vychádza z dôvodu predchádzania vzniku konfliktu záujmov u osôb vykonávajúcich nábor poisťencov pre rôzne zdravotné poisťovne a finančné inštitúcie.“ Bližšie odôvodnenie dôvodová správa neobsahuje. Z dôvodovej správy tak nie je zrejmé, z akého dôvodu by malo ísť o konflikt záujmov v prípade, ak fyzická osoba vykonáva inú zárobkovú činnosť (teda aj takú, ktorá vôbec nesúvisí s náborom) pre inú zdravotnú poisťovňu. Zároveň nie je vôbec zrejmé, z akého dôvodu by malo ísť o konflikt záujmov v prípade, ak takáto fyzická osoba vykonáva činnosť pre nejakú finančnú inštitúciu, ktorej činnosť nijak nesúvisí s činnosťou zdravotnej poisťovne, ani s verejným zdravotným poistením ako takým. Navrhované znenie zákona pritom bez bližšieho zdôvodnenia obmedzuje fyzické a právnické osoby v pracovnoprávných vzťahoch, pričom z pohľadu zamestnanca v žiadnom prípade nejde o výkon verejnej funkcie, pri ktorej by bolo možné namietat' konflikt záujmov pri výkone takejto funkcie. Zdôvodnenie potreby prijatia navrhovanej právnej úpravy, uvedené v dôvodovej správe, z hľadiska proporcionality vo vzťahu k obmedzeniu garantovaných ústavných práv fyzických a právnických osôb preto v žiadnom prípade neobstojí. Ad. 2) Navrhované znenie zákona je v rozpore so zákonom č. 391/2020 Z. z. o teste proporcionality v oblasti regulácie povolání, ktorý bol prijatý ako transpozícia smernice Európskeho parlamentu a Rady 2018/958 z 28. júna 2018 o teste proporcionality pred prijatím novej regulácie povolání. Zákon i smernica určuje pre predkladateľa zákona povinnosť pred zavedením novej regulácie pri výkone povolania vykonať test proporcionality, smerujúci najmä k posúdeniu, či je takáto regulácia povolania odôvodnená z hľadiska verejného záujmu, či z hľadiska stanoveného cieľa nie je existujúca právna úprava dostatočná, či nie je z hľadiska dosiahnutia cieľa možné použiť menej</p>	Z	ČA	Ustanovenie bolo prepracované.

obmedzujúce prostriedky, ako aj účinok regulácie, najmä spôsob, akým regulácia povolania prispieva k dosiahnutiu cieľa verejného záujmu, a či je nevyhnutná na dosiahnutie sledovaného cieľa. Zákon priamo definuje, čo sa považuje za verejný záujem, pričom dôvody výlučne ekonomického záujmu alebo výlučne administratívneho charakteru sa nepovažujú za verejný záujem. V danom prípade nie je regulácia povolania relevantne odôvodnená potrebou ochrany niektorého z verejných záujmov stanovených zákonom. Zároveň v danom prípade predkladateľ zákona nepostupoval v súlade s ustanoveniami zákona a nesplnil povinnosti, ktoré mu zákon a smernica ukladá. Prijatím takejto právnej úpravy tak predkladateľ zákona obmedzuje právo dotknutých subjektov na prístup k povolaniu a podnikaniu, ktoré je garantované aj Dohovorom o ochrane ľudských práv a slobôd a Európskou chartou ľudských práv. Ad. 3) V súčasnosti je v procese schvaľovania novela Zákonníka práce, ktorej obsahom je okrem iného aj transpozícia Smernice Európskeho parlamentu a rady (EÚ) 2019/1152 z 20. júna 2019 o transparentných a predvídateľných pracovných podmienkach v Európskej únii. Podľa článku 9 Smernice majú členské štáty povinnosť zabezpečiť, aby zamestnávateľ nezakazoval pracovníkom nástup do zamestnania u iných zamestnávateľov mimo rozvrhu pracovného času, ktorý určí uvedený zamestnávateľ, ani ho pre to nijako neznevýhodňoval. Navrhované znenie zákona tak v zásadnom rozpore s vyššie uvedenou smernicou a v rozpore s povinnosťami, ktoré smernica členským štátom ukladá, naopak priamo zákonom obmedzuje právo zamestnanca na nástup do zamestnania u iných zamestnávateľov mimo rozvrhu pracovného času pre zdravotnú poisťovňu. Prijatím takejto právnej úpravy tak predkladateľ zákona obmedzuje právo dotknutých subjektov na prístup k povolaniu a podnikaniu, ktoré je garantované aj Dohovorom o ochrane ľudských práv a slobôd a Európskou chartou ľudských práv. Ad. 4) Navrhované znenie zákona je rozpore so zásadou rovnakého zaobchádzania podľa zákona č. 365/2004 Z. z. o rovnakom zaobchádzaní v niektorých oblastiach a o ochrane pred diskrimináciou a o zmene a doplnení niektorých zákonov (antidiskriminačný zákon). Navrhované znenie zákona obmedzuje právo zamestnanca na výkon zárobkovej činnosti z dôvodu jeho iného postavenia, ktorým je výkon konkrétnej činnosti pre konkrétny subjekt, pričom z odôvodnenia navrhovanej právnej úpravy nie je zrejmé, z akého dôvodu je nevyhnutná diskriminácia iba konkrétnych zamestnancov pri výkone práce pre zdravotnú poisťovňu, ani za akým účelom sa takéto obmedzenie práva iba určitých zamestnancov navrhuje. Ad. 5) Zdravotná poisťovňa, ako zamestnávateľ, nie je oprávnená spracúvať o svojich zamestnancoch také osobné údaje, ktoré priamo nesúvisia s pracovnoprávnym vzťahom u zamestnávateľa. Podľa Čl.11 Zákonníka práce, zamestnávateľ môže o zamestnancovi zhromažďovať len osobné údaje súvisiace s kvalifikáciou a profesionálnymi skúsenosťami zamestnanca a údaje, ktoré môžu byť významné z hľadiska práce, ktorú zamestnanec má vykonávať, vykonáva alebo vykonával. Zdravotná poisťovňa preto nie je oprávnená vyžadovať od zamestnanca, resp. od budúceho zamestnanca, informáciu, či vykonáva inú zárobkovú činnosť pre iný subjekt, ani skutočnosť, či je osobou zapísanou Národnou bankou Slovenska v registri podľa osobitného zákona alebo zamestnancom tejto osoby. Spracúvanie takýchto údajov neumožňuje zdravotnej poisťovni žiaden právny predpis, preto zdravotná poisťovňa nedisponuje právnym základom, na základe ktorých by bolo možné tieto osobné údaje o zamestnancoch spracúvať. Spracúvanie osobných údajov zamestnancov bez potrebného právneho základu by bolo porušením práv dotknutej osoby v

	<p>zmysle Nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES. Zároveň neprichádza do úvahy ani doplnenie povinnosti zamestnávateľa – zdravotnej poisťovne spracúvať takéto osobné údaje o svojich zamestnancoch, keďže by takéto doplnenie bolo v priamom rozpore so Zákonníkom práce, ako aj so Smernicou Európskeho parlamentu a rady (EÚ) 2019/1152 z 20. júna 2019 o transparentných a predvídateľných pracovných podmienkach v Európskej únii, ktoré naopak zakazujú zamestnávateľovi obmedzovať zamestnanca vo výkone inej zárobkovej činnosti. Navrhované znenie zákona síce zakazuje vykonávať činnosť fyzickej osobe – zamestnancovi, avšak zdravotná poisťovňa, ako zamestnávateľ, nemá reálnu možnosť splnenie tejto povinnosti kontrolovať, ani zabezpečiť jej dodržiavanie. Zároveň nie je z navrhovaného znenia zákona zrejmé, aké sú následky porušenia tejto povinnosti zamestnancom zdravotnej poisťovne. Ad. 6) Navrhovaná právna úprava nezmyselne diskriminuje niektorých zamestnancov zdravotných poisťovní. Pracovnou náplňou klientskych poradcov na pobočkách zdravotnej poisťovne je aj prijímanie prihlášok na verejné zdravotné poistenie. Navrhovaná úprava diskriminuje tých z nich, ktorí sú zároveň zapísaní v registri NBS ako finanční agenti poskytujúci napríklad úvery, úvery na bývanie a spotrebiteľské úvery, pričom takúto činnosť finančného agenta vykonávajú najmä cez víkendy alebo v poobedných až večerných hodinách, t. j. mimo času, keď pracujú ako klientski poradcovia. Práca finančného agenta je vhodnou pracovnou aktivitou na privyrobenie si popri akomkoľvek zamestnaní. Schválenie navrhovanej právnej úpravy však bude mať za následok, že osoby pracujúce ako klientski poradcovia v zdravotných poisťovniach a zároveň privyrábajúci si ako finanční agenti, budú nútení buď prestať si privyrábať ako finanční agenti, alebo skončiť pracovný pomer ako klientski poradcovia a v plnom rozsahu sa venovať len práci finančného agenta. Ad. 7) Navrhovaná právna úprava vylučuje akýchkoľvek finančných agentov z nábora poistencov. Finanční agenti sú však osoby, ktoré majú patričné vedomosti a zručnosti, ktoré vedia aplikovať aj v rámci poisťovania do zdravotných poisťovní. Práve tí zamestnancami zdravotných poisťovní, ktorí majú odborné skúšky na finančného agenta (a zároveň sú aktívni aj ako finanční agenti) a vykonávajú nábor poistencov, majú menšiu chybovosť prihlášok na verejné zdravotné poistenie v porovnaní s inými osobami, ktoré nemajú takéto vzdelanie. Sú to profesionáli a k získaniu prihlášok na verejné zdravotné poistenie pristupujú s vysokou profesionalitou. Ad. 8) Dôvera si ctí poctivý nábor poistencov. Zachytili sme, že v minuloročnej prepoisťovacej kampani dochádzalo k problémom pri nábere, pravdepodobne najmä kvôli problematickým aktivitám pri prepoisťovaní do VŠZP, avšak máme za to, že navrhovaná právna úprava nie je vhodným riešením. Pripomienku považujeme za zásadnú.</p>			
<p>DÔVERA</p>	<p>K článku I bod 8 (§ 6 ods. 12) Navrhované znenie § 6 ods. 12 zákona navrhujeme v celom rozsahu vypustiť. Odôvodnenie: Navrhované znenie zákona je v rozpore s Ústavou Slovenskej republiky, najmä v rozpore s Čl.35 ods. 1) Ústavy SR, podľa ktorého má každý má právo na slobodnú voľbu povolania a prípravu naň, ako aj právo podnikat' a uskutočňovať inú zárobkovú činnosť. Zároveň je v rozpore s Čl.36 Ústavy, podľa ktorej majú zamestnanci právo na spravodlivé a uspokojujúce pracovné podmienky. Zákon im zabezpečuje najmä: a) právo na odmenu za vykonanú prácu, dostatočnú na to, aby im umožnila dôstojnú životnú úroveň, b) ochranu proti svojvoľnému</p>	<p>Z</p>	<p>ČA</p>	<p>Ustanovenie prepracované.</p>

prepúšťaniu zo zamestnania a diskriminácii v zamestnaní. Ústava garantuje každému právo na podnikanie a uskutočňovanie inej zárobkovej činnosti, ako aj právo na odmenu za vykonanú prácu a ochranu pred diskrimináciou v zamestnaní. Akékoľvek obmedzenie základných ústavných práv je potrebné posudzovať z hľadiska proporcionality, t. j. či je zásah do ústavných práv primeraný z hľadiska dosiahnutiu účelu obmedzenia. Pri obmedzení ústavného práva na vykonávanie zárobkovej činnosti, ako i práva na odmenu zamestnanca, by preto mal zákonodarca vysvetliť aký je účel obmedzenia sledovaný zákonom, či je takýto zásah do základného práva fyzických osôb vhodný na jeho dosiahnutie, či je tento zásah nevyhnutný a zároveň vykonať samotný test proporcionality. V danom prípade dôvodová správa k návrhu zákona nedáva odpovede na vyššie uvedené otázky, čo je nevyhnutným predpokladom pre legitímnosť zásahu do základných práv a slobôd fyzických a právnických osôb. Podľa dôvodovej správy „stanovenie peňažnej odplaty na získanie jednej potvrdennej prihlášky prinesie rovnaké pravidlá pre všetky zdravotné poisťovne.“ Bližšie odôvodnenie dôvodová správa neobsahuje. Z dôvodovej správy preto nie zrejmé, z akého dôvodu je nevyhnutne potrebné zasahovať do ústavného práva zamestnanca na odmenu za vykonanú prácu iba z dôvodu, aby boli určené rovnaké pravidlá pre všetky zdravotné poisťovne. Zároveň z dôvodovej správy nie je zrejmé, z akého dôvodu štát postupuje pri obmedzení výšky mzdy zamestnancov diskriminačne a obmedzuje výšku mzdy iba konkrétneho zamestnanca pri výkone konkrétnej činnosti. Zároveň nie je zrejmé, z akých výpočtov predkladateľ zákona vychádzal, keď určil maximálnu výšku mzdy zamestnanca za vykonanú prácu, pričom nie je zrejmé, či je takto určená odmena primeraná, spravodlivá a uspokojujúca pre zamestnanca. Zdôvodnenie potreby prijatia navrhovanej právnej úpravy, uvedené v dôvodovej správe, z hľadiska proporcionality vo vzťahu k obmedzeniu garantovaných ústavných práv fyzických a právnických osôb preto v žiadnom prípade neobstojí. Predkladateľ zákona odôvodňuje legitímnosť navrhovaného znenia novely zákona tvrdením, že „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.“ Navrhovaná právna úprava v žiadnom prípade nepredstavuje identický mechanizmus, keďže neobmedzuje výdavky zdravotnej poisťovne, tak ako je to v prípade DSS, ale obmedzuje právo zamestnanca na mzdu za vykonanú prácu. Zákon pritom už v súčasnosti obsahuje, v ustanovení § 6a zákona, pomerne prísne obmedzenie výdavkov zdravotnej poisťovne na prevádzkové činnosti, pričom právnu úpravu týkajúcu sa obmedzenia výdavkov na prevádzkové činnosti zdravotnej poisťovne považujeme za dostatočné. Zároveň existuje zásadný rozdiel v postavení osôb, ktoré vykonávajú prácu súvisiacu so získaním poistencov pre zdravotnú poisťovňu a medzi osobami, ktoré vykonávajú činnosť pre DSS. Zákon totiž v § 6 zakazuje zdravotnej poisťovni vykonávať nábor poistencov na základe mandátnych zmlúv alebo zmlúv o sprostredkovaní s fyzickými osobami alebo právnickými osobami za peňažnú odplatu alebo za nepeňažnú odmenu, čo v zásade znemožňuje

	<p>zdravotnej poisťovni využitie tretích subjektov. V prípade DSS však nie je zákonom stanovená žiadna povinnosť vykonávať konkrétne činnosti iba prostredníctvom zamestnancov. Ustanovenie § 63e zákona č. 43/2004 Z. z. preto neobmedzuje, a to ani nepriamo, právo zamestnanca na mzdu za vykonanú prácu. Ad. 2) Navrhované znenie zákona je rozpore so zásadou rovnakého zaobchádzania podľa zákona č. 365/2004 Z.z. o rovnakom zaobchádzaní v niektorých oblastiach a o ochrane pred diskrimináciou a o zmene a doplnení niektorých zákonov (antidiskriminačný zákon). Navrhované znenie zákona obmedzuje právo zamestnanca na mzdu z dôvodu jeho iného postavenia, ktorým je výkon konkrétnej činnosti pre konkrétny subjekt, pričom z odôvodnenia navrhovanej právnej úpravy nie je zrejmé, z akého dôvodu je nevyhnutná diskriminácia iba konkrétnych zamestnancov pri odmeňovaní za vykonanú prácu, ani za akým účelom sa takéto obmedzenie práva na mzdu iba určitých zamestnancov navrhuje. Pripomienku považujeme za zásadnú.</p>			
DÓVERA	<p>K Článku I bod 82 (§ 76 ods. 10) Bod 82 v čl. I. navrhujeme v celom rozsahu vypustiť. Odôvodnenie: Máme za to, že navrhované zúženie povinnosti zachovávať mlčanlivosť Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (UDZS) je neadekvátne. Verejná kontrola na ktorú sa odvoláva dôvodová správa k predmetnému zneniu je podľa nášho názoru dostatočne zabezpečená už súčasnou právnou úpravou v zmysle zákona č. 211/2000 Z. z. o slobodnom prístupe k informáciám a o zmene a doplnení niektorých zákonov (Infozákon). Verejná kontrola je zabezpečovaná taktiež prostredníctvom UDZS, ktorý vydáva správu o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia za predchádzajúci rok a vydáva aj dokumenty, v ktorých je monitorovaná platobná schopnosť zdravotných poisťovní a výsledky ich hospodárenia. Pre porovnanie, ani podľa Infozákona sa nesprístupňujú všetky informácie napr. tie, ktoré sa týkajú dohľadu, kontroly, dozoru, . Nevidíme preto dôvod na takéto neprímerané zúženie povinnosti mlčanlivosti, aby UDZS verejne informoval prakticky o akýchkoľvek informáciách o plnení povinností zdravotnými poisťovňami. Túto pripomienku považujeme za zásadnú.</p>	Z	N	<p>Návrh novely ustanovuje, že porušením povinnosti zachovávať mlčanlivosť nie je zverejnenie informácií o -hospodárení zdravotnej poisťovne -plnenie povinností zdravotnej poisťovne, určených zákonom -zdravotnej poisťovni v rozsahu, v akom ich má UDZS povinnosť zverejňovať. Zverejňovanie takýchto informácií Úradom (alebo inými subjektami, ktoré tieto informácie získajú od Úradu) je z pohľadu charakteru prostriedkov zdravotného poistenia a potreby verejnej kontroly žiaduce a nie je možné na takéto informácie vzťahovať povinnosť mlčanlivosti.</p>
DÓVERA	<p>K Článku I bod 84 Bod 84 v čl. I. navrhujeme v celom rozsahu vypustiť. Odôvodnenie: Pripomienka súvisí s našou pripomienkou k bodu 10. Túto pripomienku považujeme za obyčajnú.</p>	O	A	
DÓVERA	<p>K článku I, body 1 a 2 (§ 4 ods. 1 písm. h) a § 4 ods. 2 písm. h.) Navrhujeme špecifikovať, čo sa rozumie pod pojmom „dodávateľ, ktorý zdravotnej poisťovni dodáva materiál alebo služby“. Odôvodnenie: Uvedomujeme si, že rovnaké znenie v legislatíve je už dnes zakotvené. Máme však za to, že vzhľadom na nové sankčné dopady je vhodné tento pojem bližšie dodefinovať prinajmenšom v dôvodovej správe. Predídeme tak vzniku pochybností o tom, čo sa rozumie predovšetkým dodaním služby – napríklad či ide aj o bezodplatné poskytnutie napr. údajov alebo zľavy pre poistencov na produkty (ak pritom samotný produkt dodávateľ pre zdravotnú poisťovňu nedodáva). Pripomienka je obyčajná.</p>	O	ČA	<p>Vymedzenie bolo zapracované do dôvodovej správy k danému ustanoveniu.</p>
DÓVERA	<p>K Článku I. bod 10 V § 6a navrhujeme vypustiť odsek 8. Odôvodnenie: Sme presvedčení, že činnosti podľa navrhovaného § 6a ods. 6 písm. c) by mali byť ponechané na zdravotné poisťovne, ktoré najlepšie vedú aké programy zdravia budú pre svojich poistencov realizovať a nemali by byť stanovované všeobecne záväzným právnym predpisom ministerstva. Pri pandémie by</p>	Z	ČA	<p>Ustanovenie prepracované.</p>

	zdravotné poisťovne mohli napr. takmer okamžite reagovať na vzniknutú situáciu poskytovaním relevantného poradenstva či zavedením nového programu zdravia. Táto iniciatíva zdravotných poisťovní v dôsledku potreby zmien, alebo dopĺňania všeobecne záväzného právneho predpisu ministerstvom zdravotníctva o činnosti, ktoré vzišli z potreby epidemiologickej situácie, by bola značne sťažená. Pripomienku považujeme za zásadnú.			
DÔVERA	K Článku IX Navrhujeme aby sa do zákona č. 153/2013 Z.z. doplnila povinnosť NCZI zverejňovať súhrnné štatistiky podľa poskytovateľov a medicínskych služieb týkajúce sa ZČP a pravidelne ich aktualizovať a to v rozsahu a v súlade so znením príslušného MU MZ SR a dávkou. Bolo by tiež vhodné doplniť povinnosť NCZI sprístupňovať tieto súhrnné štatistiky vo vhodnej forme zdravotným poisťovniam, ktoré tie údaje potrebujú pre plnenie svojich povinností podľa § 40 ods 12 a 13. Odôvodnenie: Aby poisťenci, lekári a zdravotné poisťovne vedeli efektívne plánovať zdravotnú starostlivosť a smerovať poistenca do zariadení s kratšími čakacími dobami a je potrebné, aby boli verejne k dispozícii štatistiky o aktuálnych čakacích dobách podľa poskytovateľov a medicínskych služieb. Toto je zásadný predpoklad toho, aby sa zdroje a kapacity na plánovanú ZS mohli využívať efektívne. Keďže jedine NCZI bude mať informácie o všetkých čakajúcich poistencoch zo všetkých zdravotných poisťovní, je kľúčové aby tieto údaje spracovávali a publikovali. Túto pripomienku považujeme za zásadnú	Z	A	
DÔVERA	K Článku IX Podľa zámeru MZ, by súčasťou OSN a tým pádom aj zoznamov čakajúcich poistencov (ZČP) mala byť aj jednodňová ZS bez ohľadu na to, či je poskytovaná v ústavných zariadeniach alebo v samostatných centrách jednodňovej ZS. V celom zákone č. 540/2021 Z.z., vrátane novelizovaných §§ 40 a 42 sa opakovane uvádzajú povinnosti „prevádzkovateľa nemocnice“, rovnako ako aj samotná definícia „lehota časovej dostupnosti ústavnej starostlivosti“ implikuje, že na jednodňovú ZS mimo ústavnej ZS (nemocníc) sa nevzťahuje. Je potrebné terminológiu jednoznačne zosúladiť so zámerom zákona. Zároveň je potrebné doriešiť aj vykazovanie jednodňovej ZS pokiaľ sa na ňu od 1.1.2023 majú vzťahovať ZČP, čo znamená, že sa musí dať pre nich určiť medicínska služba, ktoré sa ale prevažne definujú cez DRG výkony a diagnózy. Túto pripomienku považujeme za zásadnú	Z	A	
DÔVERA	K Článku IX (§ 40 ods. 6 a ods. 7 písm. c) Navrhujeme, aby sa nahradila povinnosť zdravotnej poisťovne informovať o ZČP poistenca písomne na povinnosť zdravotnej poisťovne informovať poistenca o podstatných skutočnostiach týkajúcich sa návrhu na plánovanú starostlivosť/ZČP (schválenie/neschválenie, odmietnutie, zamietnutie návrhu, zaradenie/vyradenie zo ZČP) prostredníctvom účtu poistenca. Poistenec okrem toho bude mať ID návrhu už od poskytovateľa a na NCZI si vie pozrieť aktuálny stav návrhu. Poistenec má preto 2 možnosti ako zistiť stav návrhu. Predkladateľom navrhované znenie je podľa nášho názoru zbytočne administratívne zaťažujúce. Túto pripomienku považujeme za zásadnú	Z	A	
DÔVERA	K článku IX bod 1 § 39 ods. 1 písm. d) bod 1. Podľa zákona o ochrane osobných údajov by poskytovanie údajov z IS malo byť v nevyhnutnom rozsahu, za dodržania pravidla minimalizácie spracúvaných údajov, pri tvorbe právneho predpisu by malo byť vykonané posúdenie vplyvu na práva dotknutých osôb. V návrhu zákona ani odôvodnení nie je vôbec uvedené, z akého dôvodu sa rozširuje zoznam	Z	A	

	poskytovaných údajov, a ako tieto údaje prispievajú k naplneniu účelu, ktorým je KTG ÚZS. Pokiaľ ide o telefónny a emailový kontakt, je absolútne nepotrebné pre dosiahnutie tohto účelu. V neposlednom rade by malo byť uvedené, že nie, ak ich POI má, ale ak ich poskytol ZP a ak ich ZP spracúva na účely VZP vo svojich IS. Navrhujeme preto z množiny údajov vyradiť rodné číslo (a nahradiť ho bezvýznamovým identifikačným číslom tak ako v § 39 ods. 1 písm. a-c), telefónny kontakt a email. V prípade, ak nebude návrh upravený, máme za to, že dochádza k porušovaniu GDPR. Túto pripomienku považujeme za zásadnú.			
DÔVERA	K Článku IX bod 1. (§ 39 ods. 1 písm. d) bod 11) V § 39 ods. 1 písm. d) bod 11 navrhujeme preformulovať, keďže údaj „počet medicínskych služieb“ nedáva zmysel. Je potrebné hlásiť plánovaný počet hospitalizácií v rámci každej medicínskej služby. Tento údaj nie je možné hlásiť v tom istom zozname, v ktorom posielame záznamy o jednotlivých návrhoch na plánovanú ZS (tak ako je to naformulované by sme ku každému návrhu na plánovanú ZS museli uviesť aj plánované počty výkonov na nasledujúci rok). Musí to byť zadefinované aj zaslané samostatne. Túto pripomienku považujeme za zásadnú	Z	A	
DÔVERA	K Článku IX bod 1. (§ 39 ods. 1 písm. d) bod 4.) V § 39 ods. 1 písm. d) bod 4. navrhujeme jasne definovať pojem „indikujúci lekár“. Ide o lekára v zariadení ústavnej ZS alebo ŠAS? Jednotnú terminológiu potom používať v celom zákone. Pre analytické účely by bolo vhodné monitorovať 2 sady údajov: indikujúci lekár v nemocnici a indikujúci lekár ŠAS (ktorí môže/nemusí byť v nemocnici). Dátum odoslania indikujúcim ŠAS je dôležitý z pohľadu tvorby politik v oblasti čakacích zoznamov, aby sa dali analyzovať skutočné doby čakania od prvej indikácie potreby na ústavnú ZS až k realizácii. Túto pripomienku považujeme za zásadnú	Z	A	
DÔVERA	K Článku IX bod 1. (§ 39 ods. 1 písm. d) bod 5.) V § 39 ods. 1 písm. d) bod 5. navrhujeme vypustiť slovo „alebo“. Medicínska služba musí byť uvedená pre každom návrhu keďže tieto definujú lehotu časovej dostupnosti, z pohľadu analýz bude potrebné mať informáciu aj o diagnóze a kóde výkonu. Dáta, kde pri každom návrhu bude vyplnené iba jedno z týchto 3 polí sú nepoužiteľné. Túto pripomienku považujeme za zásadnú	Z	A	
DÔVERA	K Článku IX bod 1. (§ 39 ods. 1 písm. d) bod 6.) V § 39 ods. 1 písm. d) bod 6. navrhujeme spresniť. Nie je jasné či ide o dátum indikácie ústavným lekárom alebo ŠAS. Dátum indikácie lekárom v ústavnom zariadení je kľúčový, keďže od tohto dátumu začína plynúť lehota časovej dostupnosti. Spresniť terminológiu. Túto pripomienku považujeme za zásadnú	Z	A	
DÔVERA	K Článku IX bod 1. (§ 39 ods. 1 písm. d) bod 8.) V § 39 ods. 1 písm. d) bod 8. navrhujeme spresniť čoho sa má predmetný dátum týkať. Ak sa myslí dátum kedy bola poskytnutá plánovaná ZS, tak sa to prejaví v dátume vyradenia. Alebo to má byť predpokladaný dátum poskytnutia? Potom je potrebné zodpovedať čo v prípade ak bol v čase menený. Túto pripomienku považujeme za zásadnú	Z	A	
DÔVERA	K Článku IX bod 2 (§ 40 ods. 7 písm. c.) Navrhujeme, aby sa zoznam nevedol na webovom sídle. Podľa nášho názoru je z dôvodu ochrany práv dotknutých osôb, plne postačujúce, že údaje sa poskytujú do NCZI, aby bol prehľad za všetky ZP a súčasne, ak údaj je dostupný POI v jeho osobnom účte v el. pobočke. Túto pripomienku považujeme za zásadnú	Z	A	

DÔVERA	K Článku IX bod 2 (§40 ods. 11 písm. b.) V §40 ods. 11 písm. b) navrhujeme text „a o skutočnosti, ak poistenec využil možnosti v záujme skrátenia lehoty podľa odseku 12“ vypustiť. Odôvodnenie Táto časť vety je nadbytočná vzhľadom na to, že zdravotná poisťovňa vyradí poistenca a dôvody vyradenia poskytovateľovi oznámi Túto pripomienku považujeme za zásadnú	Z	A	
DÔVERA	K Článku IX bod 2. (§ 40 ods. 13) V § 40 ods. 13 navrhujeme aby bola doplnená povinnosť pre poistenca v dostatočnom časovom predstihu oznámiť zdravotnej poisťovni svoj záujem o uhradenie plánovanej ZS u nezmluvného poskytovateľa ZS z dôvodu prekročenia lehoty časovej dostupnosti. Túto pripomienku uplatňujeme pre to, aby sa predišlo 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 ZS u nezmluvného poskytovateľa ZS a je možné uvoľniť pôvodne naplánovaný termín u poskytovateľa ZS pre iných poistencov. Zároveň je potrebné zakotviť možnosť pre zdravotné poisťovne odmietnuť/neuhradiť poskytnutú ZS u nezmluvného/zahraničného poskytovateľa ZS v prípade, ak je predpokladaný termín u týchto poskytovateľov neskorší ako pôvodne navrhovaný termín v návrhu. Túto pripomienku považujeme za zásadnú	Z	A	
DÔVERA	K Článku IX bod 2. (§ 40 ods. 16) V § 40 ods. 16 navrhujeme slovo „bezodkladne“ nahradiť textom „do 24 hodín“ Túto pripomienku považujeme za zásadnú	Z	A	
DÔVERA	K Článku IX bod 2. (§ 40 ods. 18) V § 40 sa dopĺňa nový ods. 18, ktorý znie: Zdravotná poisťovňa nie je povinná postupovať podľa odsekov 12 a 13 v prípade, ak je medzi predpokladaným dátumom poskytnutia plánovanej starostlivosti a dátumom jej indikácie menej ako 31 dní. Odôvodnenie: V prípade ak medzi plánovanou ZS a dátumom jej indikácie je menej ako 31 dní je vysoká pravdepodobnosť, že akékoľvek kroky zdravotnej poisťovne by nevedli k relevantného skráteniu predpokladaného termínu poskytnutia plánovanej ZS (maximálne v počte pár dní). Postupom podľa ods. 12 a 13 v takýchto prípadoch by vznikali zdravotnej poisťovni zbytočne administratívne náklady, čo je v rozpore so zásadou efektívneho a hospodárneho nakladania s prostriedkami verejného zdravotného poistenia. Túto pripomienku považujeme za zásadnú	Z	N	Zmyslom OSN bolo okrem iného aj stanovenie lehôt časovej dostupnosti pre čo najviac ústavnej zdravotnej starostlivosti a tým garantovať poskytovanie zdravotnej starostlivosti pacientov v stanovenej hranici. Všetky dátumy boli zmenené na online, alebo do 24 hodín, IS zdravotných poisťovní, poskytovateľov zdravotnej starostlivosti sa upravujú, aby bolo možné zmeniť robiť online. Už v dnešnej dobe ZP (okrem Union) schvaľovali každú plánovanú ZS do 24 hodín.
DÔVERA	K Článku IX bod 2. (§ 40 ods. 3 a 4) V § 40 ods. 3 a 4 znie: „(3) Zdravotná poisťovňa vykoná kontrolu správnosti a úplnosti údajov v návrhu na plánovanú starostlivosť, overí, či neexistuje už iný návrh na tú istú plánovanú starostlivosť zaslaný tým istým alebo iným prevádzkovateľom nemocnice a ak je návrh na plánovanú starostlivosť neúplný, vráti ho prevádzkovateľovi nemocnice na doplnenie v lehote desiatich dní odo dňa jeho doručenia podľa odseku 1, inak návrh na plánovanú starostlivosť buď odmietne podľa odseku 5 alebo schváli a postupuje podľa odseku 4, ak v tretej vete nie je ustanovené inak. Doplnenie návrhu na plánovanú	Z	A	

	<p>starostlivosť nemá vplyv na plynutie lehoty plánovanej starostlivosti podľa § 2 ods. 9. Ak existuje už iný návrh na tú istú plánovanú starostlivosť zaslaný tým istým alebo iným prevádzkovateľom nemocnice, zdravotná poisťovňa návrh na plánovanú starostlivosť schváli a zároveň vyradí už pôvodný návrh na plánovanú starostlivosť. O vyradení pôvodného návrhu zdravotná poisťovňa upovedomí prevádzkovateľa nemocnice a poistenca. Za rovnakú zdravotnú starostlivosť v zmysle návrhu na plánovanú starostlivosť sa považuje návrh na rovnakú medicínsku službu s výnimkou medicínskej služby párového orgánu. V prípade, že nový návrh na plánovanú starostlivosť má neskorší predpokladaný dátum ako pôvodný návrh, povinnosť zdravotnej poisťovne podľa § 42 ods. 12 a 13 sa neuplatňuje. Poradie návrhov na plánovanú starostlivosť sa určuje podľa dátumu a času vytvorenia návrhu. (4) Zdravotná poisťovňa zaradí poistenca bezodkladne do zoznamu čakajúcich poistencov po doručení úplného návrhu na plánovanú starostlivosť podľa predpokladaného dátumu poskytnutia plánovanej starostlivosti uvedeného v návrhu na plánovanú starostlivosť; to neplatí, ak ide o poskytnutie neodkladnej zdravotnej starostlivosti. V prípade ak je návrh na plánovanú starostlivosť doručení na zdravotnú poisťovňu neskôr ako na nasledujúci pracovný deň, pre potreby výkonu povinnosti zdravotnej poisťovni podľa § 42 ods. 12 a 13 sa lehota časovej dostupnosti počíta od dátumu doručenia návrhu na zdravotnú poisťovňu.“ Odôvodnenie: Navrhujeme 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 ZS povinnosť zdravotnej poisťovne postupovať podľa §42 ods. 12 a 13 sa neuplatňuje. Poistenec by si mal byť vedomý duplicity pri podpise návrhu na plánovanú ZS a takisto by si mal byť vedomý, že svojím podpisom nového návrhu súhlasí s vyradením pôvodne podpísaného návrhu na identickú plánovanú ZS. Túto pripomienku považujeme za zásadnú</p>			
DÔVERA	<p>K Článku IX bod 2. (§ 40 ods. 5) V § 40 ods. 5, znie: „(5) Zdravotná poisťovňa návrh na plánovanú starostlivosť odmietne ak: a) zistí, že nie je príslušnou zdravotnou poisťovňou poistenca, b) je poistenec vedený v zozname dlžníkov s nárokom len na neodkladnú zdravotnú starostlivosť podľa osobitného predpisu, c) prevádzkovateľ nemocnice nemôže poskytovať medicínsku službu uvedenú v návrhu alebo ju zdravotná poisťovňa nemá zazmluvnenú, d) nastanú dôvody hodné osobitného zreteľa.“ Poznámka pod čiarou X §9 ods. 2 zákona č. 580/2004 Z.z. Ostatné odseky sa primerane prečítajú. Odôvodnenie: Navrhované znenie §40 ods. 5 navrhujeme nahradiť nakoľko kontrola prebieha podľa odseku 3 (keď príde nový návrh sa kontroluje, či súbeh existuje). Teda súbeh podľa navrhovaného odseku 5 nikdy nemôže nastať. Navrhujeme doplniť aj situácie kedy zdravotná poisťovňa môže návrh odmietnuť. Túto pripomienku považujeme za zásadnú</p>	Z	A	
DÔVERA	<p>K Článku IX bod 2. (§ 40 ods. 8 a ods. 7 písm. c.) Navrhujeme vypustiť v § 40 ods. 8 a ods. 7 písm. c) Alternatívne navrhujeme ustanovenie naformulovať tak, že zdravotná poisťovňa si túto povinnosť vie splniť tým, že odkáže na web a zoznam, ktorý publikuje NCZI. Odôvodnenie: Povinnosť zdravotnej poisťovne uverejňovať na svojom webovom sídle ZČP nakoľko ide o duplicitnú informáciu, s informáciou (zoznamom), ktorú bude zverejňovať NCZI. Môžu zbytočne nastať komplikácie ak zoznamy na stránke zdravotnej poisťovne a NCZI nebudú presne zosynchronizované.</p>	Z	A	

	Zároveň na webe NCZI bude k dispozícii celkový a nie len čiastkový zoznam poistencov jednej zdravotnej poisťovne. Zdravotná poisťovňa bude údaje o ZČP samozrejme zobrazovať na účte poistenca. Túto pripomienku považujeme za zásadnú			
DÔVERA	K Článku IX bod 2. (§40 ods. 10 písm. f.) V §40 ods. 10 písm. f) navrhujeme preformulovať. Dikcia je nezrozumiteľná Túto pripomienku považujeme za zásadnú	Z	A	
DÔVERA	K Článku IX bod 2. (§40 ods. 13) V §40 ods. 13 navrhujeme upraviť povinnosť zdravotnej poisťovne postupovať podľa ods. 12 a 13 len v prípade ak to poistenec vyžaduje. V prípade, že poistenec nevyžaduje skrátenie lehoty, čo písomne potvrdí zdravotnej poisťovni, zdravotná poisťovňa nemusí postupovať podľa § 40 ods. 12 a 13 (napríklad v situáciách keď poistenec dobrovoľne čaká dlhšie kvôli výberu operátora alebo v prípade, že je lehota časovej dostupnosti prekročená iba o pár dní). Ako prejav toho, že poistenec nevyžaduje hľadanie iného poskytovateľa ZS za účelom dodržania lehoty časovej dostupnosti podľa par 40 odst 12 a 13 chápeme aj situáciu, ak je v návrhu na plánovanú starostlivosť označený dôvod vedomého prekročenia lehoty zo strany poistenca alebo ak zdravotná poisťovňa obdrží pre daného poistenca nový návrh na tú istú plánovanú ZS, s výnimkou medicínskej služby párového orgánu alebo s príznakom pokračujúcej ZS, s neskorším predpokladaným dátumom plánovanej ZS ako v pôvodnom návrhu. Cieľom tejto úpravy nie je obmedziť právo poistenca na včasnú plánovanú zdravotnú starostlivosť, ale snaha o to, aby sa efektívne riešili iba tie prípady, kde to pre poistenca má pridanú hodnotu. Túto pripomienku považujeme za zásadnú	Z	A	
DÔVERA	K Článku IX bod 2. (§40 ods. 13) V §40 ods. 13 v záujme efektívneho a hospodárneho nakladania s prostriedkami verejného zdravotného poistenia navrhujeme doplniť, že zdravotná poisťovňa uhradza poskytnutú ZS (§ 40 ods. 13 písm. a) a b)) len na základe riadne predloženého účtovného dokladu (faktúry) a zdravotnej dokumentácie, ktorá musí obsahovať termín uskutočnenia plánovanej starostlivosti a poskytnutú medicínsku službu alebo údaje potrebné pre jednoznačné určenie medicínskej služby. Zároveň navrhujeme stanoviť aj maximálnu výšku úhrady za takúto zdravotnú starostlivosť vzhľadom na aktuálny finančný stav v zdravotníctve a to v rozsahu maximálne 1,2 násobku priemernej úhrady za jednotlivý zdravotný výkon v čase poskytnutia zdravotnej starostlivosti dohodnutej s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, s ktorými má príslušná zdravotná poisťovňa uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, ktorí poskytujú rovnakú zdravotnú starostlivosť, aká bola poistencovi poskytnutá. Túto pripomienku považujeme za zásadnú	Z	A	
DÔVERA	K Článku IX bod 2. (40 ods. 9 písm. c.) V §40 ods. 9 písm. c) za číslo 12 navrhujeme doplniť text „alebo 13 písm. a)“, a zároveň navrhujeme aby sa prerušovala lehota časovej dostupnosti len pre zdravotnú poisťovňu a nie pre PZS. Túto pripomienku považujeme za zásadnú	Z	A	
DÔVERA	K Článku IX bod 3 Navrhujeme medzi povinnosti prevádzkovateľa nemocnice doplniť nový bod 2 v znení : „Prevádzkovateľ nemocnice je povinný vyvinúť maximálne úsilie, aby zabezpečil poistencovi poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti v lehote časovej dostupnosti medicínskej služby, ak bola kategorizáciou ústavnej zdravotnej starostlivosti stanovená.“ Ostatné body navrhujeme primerane prečíslovať. Odôvodnenie: V § 2 ods. 9 zákona č.	Z	ČA	Ustanovenie prepracované.

	540/2021 Z. z. je uvedené, že termín nesmie prekročiť lehotu časovej dostupnosti, čo ale nie je reálne. Preto je vhodné v povinnostiach prevádzkovateľa nemocnice doplniť túto povinnosť pre prevádzkovateľa, aby bolo zákonodarcom jasne deklarované, že prevádzkovateľ by mal jednak zabezpečiť termín v rámci stanovenej časovej dostupnosti u seba, ale aj v spolupráci s inými prevádzkovateľmi ak by to bolo potrebné a rovnako tak aj napr. poskytnúť súčinnosť zdravotným poisťovňam pri hľadaní alternatívy (napr. § 40 ods. 12) Túto pripomienku považujeme za zásadnú			
DÔVERA	K Článku IX bod 3. (§ 42 ods. 4) V § 42 ods. 4 navrhujeme zjednotiť lehoty. Niekde je lehota 24 hodín niekde tri dni. Takéto rozdiely sú neodôvodnené. Túto pripomienku považujeme za zásadnú	Z	A	
DÔVERA	K Článku IX bod 3. (§ 42 ods. 5) V § 42 navrhujeme nové znenie ods. 5: „Prevádzkovateľ nemocnice pri určovaní predpokladaného dátumu poskytnutia plánovanej starostlivosti zohľadňuje súhrnný zoznam čakajúcich poistencov uverejnený národným centrom podľa osobitného zákona ³⁴⁾ s prihliadnutím na aktuálny zdravotný stav poistenca a preferencie poistenca. V prípade, že predpokladaný dátum plánovanej ZS nezodpovedá súhrnnému zoznamu čakajúcich poistencov, prevádzkovateľ nemocnice musí byť schopný preukázať dôvod“ Odôvodnenie: Poskytovateľ by mal prideľovať termíny podľa poradia indikácie poistencov na plánovanú ZS, v praxi však existujú prípady, kedy je možné odôvodnene meniť poradie poistencov - predovšetkým neskorší termín na základe požiadavky poistenca (dovolenka, výber operátora,...) alebo naopak skorší termín v prípade závažnosti zdravotného stavu pacienta podľa posúdenia indikujúceho lekára. Myslíme si, že zákon by mal takýto postup vo vybraných odôvodnených prípadoch umožniť. Túto pripomienku považujeme za zásadnú	Z	A	
DÔVERA	K Článku IX bod 3. (§42 ods. 2) V §42 ods. 2 znie: „Ak poistenec so zaradením do zoznamu čakajúcich poistencov súhlasí podpisom daným do zdravotnej dokumentácie poistenca, prevádzkovateľ nemocnice vyhotoví návrh na plánovanú starostlivosť a prideli návrhu identifikátor návrhu; prevádzkovateľ nemocnice poistencovi vydá kópiu návrhu na plánovanú starostlivosť a písomne ho poučí o jeho právach a povinnostiach. Postup podľa prvej vety sa neuplatňuje na poistenca, ktorého zdravotný stav spĺňa kritériá na poskytnutie neodkladnej zdravotnej starostlivosti“ Odôvodnenie: 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 ZS mohol efektívne aktualizovať a v akých situáciách môže byť vyradený z čakacích zoznamov. Bolo by vhodné, aby znenie tohto poučenia bolo štandardizované a vydalo ho MZSR. Túto pripomienku považujeme za zásadnú	Z	A	
DÔVERA	K Článku IX bod 9. Zaradenie poistencov do nových ZČP nie je možné spraviť automaticky. Navrhujeme aby poskytovatelia zdravotnej starostlivosti nanovo nahlasovali poistencov do ZČP od dátumu začiatku platnosti nových ustanovení k ZČP a to na základe podkladov od zdravotných poisťovní. Rovnako navrhujeme, aby sa povinnosť dodržiavať lehoty časovej dostupnosti v zmysle tohto zákona nevzťahovali na dotknuté subjekty v prípadoch poistencov zaradených do ZČP pred 1.1.2023 avšak za predpokladu dodržania poradia nahlásených poistencov v ZČP. Odôvodnenie: Neexistujú relevantné údaje, ktoré by mala zdravotná poisťovňa k	Z	A	

	dispozícii aby mohla tieto ZČP automaticky „preklopiť“ (predovšetkým údaje o medicínskych službách). ZČP pred 1.1.2023 boli vytvorené na základe právnych predpisov účinných do 1.1.2023, preto by sa povinnosti stanovené novou legislatívou mali vzťahovať len na prípady do budúcnosti (po 1.1.2023) a nepôsobiť retroaktívne. Túto pripomienku považujeme za zásadnú			
DÓVERA	<p>K Článku VIII bod 1</p> <p>Nesúhlasíme s navrhovanou zmenou ustanovenia § 3 ods. 2 písm. c) zákona. Odôvodnenie: Zdravotná poisťovňa má za to, že vypustenie povinnosti, aby osoba, ktorá sa dlhodobo zdržiava v cudzine, bola v cudzine aj poistená môže bez ďalšej úpravy spôsobiť v praxi aplikačné problémy. ad. 1) Nie je určená forma preukazovania skutočnosti, že sa osoba dlhodobo zdržiava v cudzine. Nie je preto zrejmé, do akej miery má zdravotná poisťovňa možnosť skúmať splnenie tejto podmienky, či postačuje čestné vyhlásenie poistenca alebo je potrebné doložiť konkrétny dôkaz o dlhodobom pobyte v cudzine. ad. 2) Z navrhovaného znenia ustanovenia zákona nie je zrejmé, čo sa považuje za dlhodobý pobyt v cudzine, či tento pobyt musí byť nepretržitý, alebo sa osoba môže počas tohto obdobia dočasne krátkodobo vrátiť na územie SR a opäť vycestovať. Bolo by preto vhodné doplniť, že tento pobyt musí byť nepretržitý. ad. 3) Podmienka poistenia v cudzine zabraňuje tomu, aby narastal počet osôb, ktoré budú bez akéhokoľvek zdravotného poistenia. Ak osoba, ktorá nie je poistená, bude čerpať zdravotnú starostlivosť v SR, je otáznne, najmä v prípade nákladnej a neodkladnej liečby, ktorú takáto osoba nebude schopná uhradiť, kto bude čerpať náklady na zdravotnú starostlivosť poskytnutú takejto osobe. Odporúčame preto upraviť, že na takúto osobu sa bude vzťahovať rovnaký režim, ako v prípade cudzinca, ktorý nie je verejne zdravotne poistený podľa § 9h zákona. ad. 4) Navrhovaná právna úprava môže v praxi spôsobiť problémy pri vymáhaní poisteného. Sú pomerne časté prípady, kedy sa poistenec spätne domáha zrušenia poistenia v SR potom, ako mu je doručený výkaz nedoplatkov, často aj spôsobom, ktorý sa javí ako špekulatívny. Takáto úprava preto môže pomôcť osobám, ktoré sa chcú vyhnúť svojej povinnosti platiť poistené (napriek tomu, že sa zdržiavajú na území SR), a to následným tvrdením, že sa v danom období dlhodobo zdržiavali v cudzine. Vzhľadom k tomu, že nie je určený spôsob preukazovania skutočnosti zdržiavania sa v cudzine, nie je určené, či musí byť takéto zdržiavanie sa v cudzine nepretržité, a zároveň takýmto osobám nemusí vzniknúť v cudzine zdravotné poistenie (tzn. pôjde zväčša o osoby, ktoré nevykonávali v cudzine ani zárobkovú činnosť) môže byť riešenie takýchto prípadov z pohľadu ZP komplikované. Zdravotná poisťovňa by súhlasila s vypustením podmienky poistenia v cudzine, ak by takýmto osobám vznikla povinnosť nahlásiť skutočnosť, že sa dlhodobo zdržiavajú v zahraničí na polícii, napr. zavedením osobitného inštitútu dlhodobého pobytu v zahraničí. V takom prípade by boli tieto osoby evidované a zdravotná poisťovňa by mala relevantnú informáciu o tom, že takýmto osobám zaniklo verejné zdravotné poistenie v Slovenskej republike. Zamedzilo by sa tak aj špekulatívnemu konaniu zo strany poistencov, ktorí sa chcú vyhnúť svojej povinnosti platiť poistné. Pripomienku považujeme za zásadnú.</p>	Z	ČA	<p>Doplnené ustanovenie o nepretržitosti pobytu. Existencia zdravotného poistenia v tretej krajine je z pohľadu nároku na účasť na systéme verejného zdravotného poistenia v SR irelevantná. Pokiaľ ide o čerpanie zdravotnej starostlivosti zdravotne nepoistenej osoby v SR, tu sa nič nemení oproti doterajšiemu stavu. Väčšina komerčných poistení liečebných nákladov neplatí v domovskej krajine. Spôsob preukazovania skutočnosti dlhodobého pobytu v cudzine nie je určený ani v súčasnosti (návrh na zavedenie inštitútu „dlhodobý pobyt v zahraničí“ je nerealizovateľný), poistenci sa naďalej budú preukazovať čestným prehlásením.</p>
DÓVERA	<p>K článku VIII bod 18 (§8 ods. 1 písm. b.)</p> <p>Navrhované novelizačné znenie § 8 ods. 1 písm. b) navrhujeme vypustiť. Odôvodnenie: Rodné priezvisko ako povinný údaj prihlášky navrhujeme ponechať. Povinnou náležitosťou na identifikáciu štátneho občana Slovenskej republiky je podľa registra fyzických osôb aj údaj o rodnom priezvisku. Túto pripomienku považujeme za zásadnú.</p>	Z	N	<p>Identifikácia štátneho občana SR pomocou mena, priezviska a rodného čísla je dostatočná.</p>

<p>DÔVERA</p>	<p>K článku VIII bod 38 (10b ods. 2) Z novelizačného ustanovenia § 10b ods. 2 nie je zjrejmé, ktorý referenčný výmenný kurz sa použije či denný k poslednému dňu mesiaca, v ktorom bol príjem prijatý na účet poistenca, alebo priemerný ročný kurz platný k poslednému dňu kalendárneho roka (rozhodujúceho obdobia), v ktorom bol príjem prijatý na účet poistenca. Túto pripomienku považujeme za zásadnú.</p>	<p>Z</p>	<p>A</p>	<p>Doplnený posledný deň rozhodujúceho obdobia (kalendárny rok).</p>
<p>DÔVERA</p>	<p>K článku VIII bod 39 (10b ods. 5) V zmysle novelizačného ustanovenia § 10b ods. 5 rozhodujúcim dňom, od ktorého sa osoba pokladá za dôchodcu, navrhuje deň vydania rozhodnutia o dôchodku. Vítame úpravu pri posudzovaní nároku na sadzbu pri preddavkoch na poistné a následne na sadzbu pri ročnom zúčtovaní Podľa nášho názoru uvedená definícia novelizačného ustanovenia § 10 ods. 5 môže spôsobovať aplikačné problémy pri poistencoch štátu, s čím zásadne nesúhlasíme a za týmto účelom navrhujeme upraviť uvedené novelizačné ustanovenie tak, aby nemala vplyv na poistencov, za ktorých je platiteľom poistného štát. Odôvodnenie: V dôvodovej správe k návrhu zákona sa uvádza, že: „Obdobným spôsobom je upravená táto skutočnosť aj v zákone o sociálnom poistení. Jednoznačným určením tohto dňa sa predídne nejednoznačnému výkladu predovšetkým v situáciách, kedy je dôchodok priznaný spätne.“ K uvedenému uvádzame, že odvody do Sociálnej poisťovne si platia povinne poistené osoby a dobrovoľne poistené osoby. Na základe ich príspevkov sú im priznávané dávky zo sociálneho poistenia. Za žiadnu fyzickú osobu nie je platiteľom poistného do Sociálnej poisťovne štát, tak ako je to pri verejnom zdravotnom poistení. Preto sme toho názoru, že uvedené situácie nie sú totožné. Navrhovaná zmena môže spôsobovať problémy pri poistencoch štátu. Za fyzickú osobu, ktorá je poberateľom dôchodku (starobného, predčasného starobného, invalidného ...), je v zmysle § 11 ods. 7 zákona č. 580/2004 Z. z. platiteľom poistného štát. Sme toho názoru, že uvedená úprava je diskriminačná voči poistencovi štátu, nakoľko v zmysle navrhovanej definície sa môže fyzická osoba, v období medzi dňom priznania dôchodku do dňa vydania rozhodnutia o dôchodku, považovať za osobu podľa § 11 ods. 2 zákona č. 580/2004 Z. z., t. j. samoplatiteľa (modelový príklad: zamestnanec odchádza do dôchodku k 31.1., pričom žiadosť o priznanie dôchodku podá pred 31.1. Sociálna poisťovňa následne dňa 15.3. vydá rozhodnutie o dôchodku. V dobe od 01.02. do 14.03. by táto osoba bola samoplatiteľom). Takmer každej osobe je dôchodok priznávaný spätne po posúdení obdobia poistenia a ďalších podmienok. Navrhovaná zmena bude mať vplyv na posudzovanie začiatku platiteľa poistného štátom, s čím nesúhlasíme. Ďalej k nerovnakému zaobchádzaniu môže dochádzať v situácií, keď dvom dôchodcov, ktorým vznikne nárok na starobný dôchodok v jeden a ten istý deň. Jednému dôchodcovi vydá Sociálna poisťovňa rozhodnutie o priznaní starobného dôchodku dňa 30.9.2022 so vznikom nároku dňa 15.08.2022 a druhému dôchodcovi bude rozhodovanie o návrhu trvať dlhšie a Sociálna poisťovňa vydá rozhodnutie 01.11.2022 so vznikom nároku 15.08.2022. V zmysle navrhovanej právnej úpravy by prvý dôchodca mal byť poistencom štátu od 30.9.2022 a druhý dôchodca od 1.11.2022. V zdravotnej poisťovni však deň odkedy vznikol poistencovi nárok na dôchodok má vplyv na výpočet poistného. Napr.: - starobný dôchodca - SZČO v súbehu so zamestnaním nemusí platiť preddavky ako SZČO v povinnej minimálnej výške SZČO, ale aj v nižšej, ktorá závisí od jeho skutočne dosiahnutého vymeriavacieho základu SZČO - invalidný dôchodca obdobne a ešte v zníženej sadzbe 7 % (tak ako SZČO ako aj z príjmov</p>	<p>Z</p>	<p>N</p>	<p>Bezpredmetné; ustanovenie vypustené.</p>

	zo zamestnania/zamestnaní) osoba ZŤP (ktorá nemusí poberať invalidný dôchodok) obdobne taktiež v zníženej sadzbe 7 % Túto pripomienku považujeme za zásadnú.			
DÓVERA	<p>K článku VIII bod 41 (12 ods. 4)</p> <p>V zmysle novelizačného ustanovenia § 12 ods. 4 rozhodujúcim dňom, od ktorého sa osoba pokladá za dôchodcu, navrhuje deň vydania rozhodnutia o dôchodku. Sme toho názoru, že ak právne účinky priznania dôchodku na účel posúdenia výšky sadzby poistného nastávajú dňom vydania rozhodnutia o priznaní dôchodku, môže to pôsobiť diskriminačne voči osobám, ktoré o dôchodok nežiadajú. Odôvodnenie: V dôvodovej správe k návrhu zákona sa uvádza, že: „Obdobným spôsobom je upravená táto skutočnosť aj v zákone o sociálnom poistení. Jednoznačným určením tohto dňa sa predíde nejednoznačnému výkladu predovšetkým v situáciách, kedy je dôchodok priznaný späť.“ K uvedenému uvádzame, že odvody do Sociálnej poisťovne si platia povinne poistené osoby a dobrovoľne poistené osoby. Na základe ich príspevkov sú im priznávané dávky zo sociálneho poistenia. Za žiadnu fyzickú osobu nie je platiteľom poistného do Sociálnej poisťovne štát, tak ako je to pri verejnom zdravotnom poistení. Preto sme toho názoru, že uvedené situácie nie sú totožné. Predpokladáme, že zmenou sa má v prvom rade docieľiť zjednotenie poskytovania informácií pochádzajúcich z inštitúcií s posudkovou činnosťou o invalidite (Sociálna poisťovňa) a ťažkého zdravotného postihnutia (Ústredie práce sociálnych vecí a rodiny). Kým pri ťažkom zdravotnom postihnutí je dňom zmeny sadzby deň vydania preukazu, pri invalidite je to deň vzniku invalidity. Pri invalidite sa vychádza z posudku vystaveného posudkovým lekárom Sociálnej poisťovne, pričom pri získanej invalidite posúdenie môže trvať dlhšie, resp. vychádza z dlhšieho obdobia v závislosti o zdravotného stavu fyzickej osoby. Samotné rozhodnutie o invalidite ešte neznamená explicitne, že dôjde aj k podaniu žiadosti o invalidný dôchodok. Pre účely zdravotného poistenia a určenia sadzby pri invalidite teda sa vychádza nie len z priznania invalidného dôchodku, ale pri osobách, ktoré o dôchodok nežiadajú, je skutočnosťou preukazujúcou invalidity samotný lekársky posudok vystavený posudkovým lekárom príslušnej inštitúcie. Máme za to, že nie je vhodné zameriavať sa na deň vzniku invalidity a už vôbec nie na dôchodok. Je potrebné upraviť znenie a teda zamerať sa na posudok o zdravotnom stave a dátum vydania posudku. Ak by kľúčovým mal byť len dátum vydania rozhodnutia priznaní o dôchodku, môžu byť diskriminované osoby, ktoré o dôchodok nežiadajú. Z dôvodu že navrhujeme zamerať sa na posudok o invalidite a deň jeho vystavenia navrhujeme v §29b ods. 13. zákona 580/2004 Z. z. za slová „druh dôchodku“ vložiť slová „dátum vydania posudku o invalidite, ak invalidita je vyššia ako 40%“ Túto pripomienku považujeme za zásadnú.</p>	Z	N	bezpredmetné; ustanovenie vypustené
DÓVERA	<p>K Článku VIII bod 46</p> <p>Vítame skutočnosť, že sa navrhuje minimálna hranica pri určení platby za poistencov štátu. Zároveň však nesúhlasíme s tým, aby sa táto minimálna hranica odvodzovala od HDP SR. Navrhujeme, aby sa výška platby za poistencov štátu určovala, ako percento z priemernej mzdy spred dvoch rokov, nakoľko aj poistné sa platí ako percento z vymeriavacích základov, ktorými sú mzdy alebo príjmy. Pripomienku považujeme za obyčajnú.</p>	O	N	Výška percenta bola stanovená s ohľadom na potreby zdravotníctva, hrubý domáci produkt prirodzene rastie, preto prirodzene bude rásť aj celková suma platby za poistencov štátu.
DÓVERA	<p>K Článku VIII bod 47 (§ 13a)</p> <p>Navrhujeme zjednotiť minimálny základ pre všetky osoby (SZČO, samoplátiteľov a aj zamestnancov) rovnakou veľkosťou. Minimálny základ SZČO a samoplátiteľa je v súčasnosti určený ako 50% z priemernej mesačnej mzdy spred dvoch rokov. V roku 2022 je teda</p>	Z	N	Vzhľadom k rozdielnemu postaveniu zamestnanca a SZČO, aj s ohľadom na existujúce daňové a odvodové zaťaženie sa javí ako účelné ponechať rôzne minimálne vymeriavacie základy

	<p>minimálny základ SZČO a samoplátiteľa v sume 566,50 € (1 133,00 ØMM2020 x 50 %), pričom minimálna mzda platná pre rok 2022 je v sume 646,00 €. Máme za to, že ak doteraz pre zamestnancov nebol potrebný žiaden minimálny základ určený vo výške minimálnej mzdy ustanovenej osobitným predpisom (pre rok 2023 sa predpokladá v sume 700 €), nemusí byť pre účely zákona o zdravotnom poistení naviazaný na zákon o minimálnej mzde. Zároveň upozorňujeme, že v navrhovanej právnej úprave nie je informácia, akým režimom sa majú spravovať dohodári, ktorí pracujú len určité dni v týždni. Oni sú časť mesiaca samoplátitelia alebo majú štátne kategórie. Žiadame dopracovať návrh tak, aby bolo zrejmé, ako sa táto skutočnosť bude zohľadňovať. Navýšenú sumu má znášať len zamestnanec v 14%, resp. 7%. Túto pripomienku považujeme za zásadnú.</p>			
DÔVERA	<p>K článku VIII bod 52 (§ 16a ods. 4) Navrhovaná právna úprava neupravuje, ako má postupovať zdravotná poisťovňa, ak navrhované písomné oznámenie zamestnanca zamestnanec nevyplní a zamestnávateľ vykáže preddavky z nižšieho ako minimálneho vymeriavacieho základu. Nie je zrejmé, či to má zdravotná poisťovňa zohľadniť v ročnom zúčtovaní. Máme za to, že uvedené bude zdravotná poisťovňa vykazovať ako chybu v mesačnom výkaze, pokiaľ zamestnávateľ neoznámí, že zamestnanec si postup podľa odseku 1 uplatnil u iného zamestnávateľa, nakoľko má súčasne viacerých zamestnávateľov. Za týmto účelom navrhujeme upraviť uvedené novelizačné ustanovenie. Túto pripomienku považujeme za zásadnú.</p>	Z	N	<p>Z konceptu ročného zúčtovania poistného je zrejmé, že voči poistencovi budú zúčtované všetky pohľadávky, záväzky, predpisy a platby. Mesačný výkaz bude doplnený o príznak, že sa jedná o zamestnanca s podaným oznámením.</p>
DÔVERA	<p>K článku VIII bod 52 (§ 16a ods. 4) V novelizačnom § 16a ods. 4 navrhujeme doplniť nasledovnú poslednú vetu: „Zamestnávateľ, u ktorého si zamestnanec uplatňuje postup podľa odseku 1, je povinný oznámiť túto skutočnosť zdravotnej poisťovni“ Odôvodnenie: V novelizačnom § 16a ods. 4 prvá veta sa uvádza, že ak má zamestnanec v kalendárnom mesiaci súčasne viacerých zamestnávateľov, zamestnanec si môže zvoliť zamestnávateľa, u ktorého použije postup podľa odseku 1. Predkladateľ však pre tento prípad neuvádza, akým spôsobom zdravotná poisťovňa bude mať informáciu o takejto skutočnosti (t. j. akého zamestnávateľa si zamestnanec vybral). Je to nevyhnutné, aby zdravotná poisťovňa mohla vykonávať správnosť výpočtu preddavkov v mesačnom výkaze, ktoré podávajú zamestnávateľa. Vychádzame z toho že toto skutočnosť by mali nejakým spôsobom oznámiť zdravotnej poisťovni zamestnávateľa. Ak to neoznámia tak by zdravotné poisťovne u každého vykázali chybu. Zdravotná poisťovňa nemá možnosť od poistenca túto informáciu ako dosiahnuť/vynútiť. Túto pripomienku považujeme za zásadnú.</p>	Z	N	<p>Mesačný výkaz bude doplnený o príznak, že sa jedná o zamestnanca s podaným oznámením.</p>
DÔVERA	<p>K článku VIII bod 52 (§ 16a) Zdravotná poisťovňa je povinná vykazovať chyby v mesačnom výkaze, čo predpokladá aj zákon s ohľadom na povinnosť zamestnávateľa opraviť nesprávne vykázané údaje v mesačnom výkaze (§24 ods. 7 písm. m/). Preto zdravotná poisťovňa bude kontrolovať minimálny vymeriavací základ v mesačnom výkaze. A v prípade ak má zamestnanec viacej zamestnávateľov tak zdravotná poisťovňa nevie, u koho to má ako chybu vykázať. Takýto zamestnávateľa však vedieť, že nemajú povinnosť dopočítať zamestnancovi minimálny vymeriavací základ, lebo im zamestnanec oznámil, že toto si „uplatnil“ u iného zamestnávateľa. Túto skutočnosť zdravotnej poisťovni zamestnávateľ elektronicky oznámia a v takomto prípade nebude zdravotná poisťovňa v takomto mesačnom výkaze kontrolovať minimálny vymeriavací základ u takéhoto zamestnanca. Toto môže byť vykazované ako</p>	Z	A	<p>Mesačný výkaz bude doplnený o príznak, že sa jedná o zamestnanca s podaným oznámením.</p>

	nová položka v mesačnom výkaze s hodnotami (má/nemá povinnosť dopočítať minimálny vymeriavací základ). Prípadne by toto oznamovanie prebiehalo iným spôsobom, ktoré by určila vyhláška MZ SR. Túto pripomienku považujeme za zásadnú			
DÔVERA	K článku VIII bod 52 (§16a) Navrhovaná právna úprava neupravuje ako ma zdravotná poisťovňa riešiť prípad, ak zamestnanec bude mať dvoch zamestnávateľov a ani pri jednom nebude vykázaný minimálny vymeriavací základ. Nie je zrejmé s kým to bude zdravotná poisťovňa riešiť a u ktorého zamestnávateľa to má zdravotná poisťovňa vykázat ako chybu v mesačnom výkaze. Bude zdravotná poisťovňa kontrolovať vykázané vymeriavacie základy u viacerých zamestnávateľov, tieto sčítavať v mesiaci a až keď by suma vymeriavacieho základu u týchto viacerých zamestnávateľov bola nižšia ako minimálny vymeriavací základ zamestnanca až vtedy by to zdravotná poisťovňa riešila ako chybu? Ak áno, tak je potrebné sa vysporiadať s tým, že zamestnávateľa zasielajú mesačné výkazy do zdravotnej poisťovne v priebehu času a toto obdobie môže byť aj niekoľko týždňov. Ako sa vysporiadať s prvým doručeným mesačným výkazom – vypočítať tam chybu, že nebola naplnená podmienka minimálneho vymeriavacieho základu zamestnanca. Ďalej predpokladáme vysokú administratívnu náročnosť pri evidovaní, pri vykazovaní a vypočítavaní mesačných preddavkov na poistné pre zamestnávateľov, ak zamestnanec – poistenec má viacero zamestnávateľov a viac rôznych úväzkov. Tak aby bola dodržaná výška zamýšľaného minimálneho základu a minimálneho mesačného preddavku na poistné. Túto pripomienku považujeme za zásadnú.	Z	N	Mesačný výkaz bude doplnený o príznak, že sa jedná o zamestnanca s podaným oznámením. Ak zamestnávateľa uvedú tento príznak na výkaze, prípadný nedoplatok voči poistencovi bude predpísaný zdravotnou poisťovňou v ročnom zúčtovaní.
DÔVERA	K článku VIII bod 52 (§16a) Vykazovanie podľa návrhu bude komplikovanejšie, keďže u jedného poistenca budú zdravotné poisťovne používať 3 sadzby 10%, 4% a 14% alebo pri osobe so zdravotným postihnutím 5%, 2% a 7% z dvoch rôznych vymeriavacích základov. Bude potrebné vytvorenie nových položiek a odstránenie položiek súvisiacich s odpočítateľnou položkou. Preto navrhujeme používať výhradne dávku 514 vo formáte XML po nasadení tejto zmeny. Dávku vo formáte TXT by bolo možné poslať len za predchádzajúce obdobie pred nasadením tejto zmeny. Túto pripomienku považujeme za zásadnú.	Z	N	Pripomienka nie je k návrhu zákona, ale k vyhláške
DÔVERA	K Článku. IX Je potrebné zosúladiť a prepojiť rôzne zoznamy údajov a zosúladiť s návrhom metodického usmernenia pre plánovanú ZS, ktoré pripravuje MZ SR: 1) Zoznam údajov podľa § 42 ods. 3: údaje, ktoré musí obsahovať návrh na plánovanú ZS = JEDNOZNAČNÝ BEZVÝZNAMOVÝ IDENTIFIKÁTOR NÁVRHU, RODNÉ ČÍSLO POISTENCA/BIČ, ČLENSKÝ ŠTÁT POISTENCA, IDENTIFIKAČNÉ ČÍSLO, POISTENCA, POHLAVIE, MENO A PRIEZVISKO POISTENCA, TELEFON POISTENCA, EMAIL POISTENCA, DÁTUM A ČAS VYHOTOVENIA NÁVRHU NA PLÁN.ZS, KÓD PZS NAVRHUJÚCEHO PLÁNOVANÚ ZS, KÓD LEKÁRA VYTVARAJUCEHO NAVRH, DÁTUM ODOSLANIA ODOSIELAJÚCIM PZS, KÓD ODOSIELAJÚCEHO PZS, KÓD ODOSIELAJÚCEHO LEKÁRA, PREDPOKLADANÝ DÁTUM POSKYTNUTIA PLÁN.ZS, KÓD DIAGNÓZY, LOKALIZÁCIA DIAGNÓZY, KÓD PLÁNOVANÉHO VÝKONU PODĽA ZZV, KÓD PLÁNOVANEJ MEDICÍNSKEJ SLUŽBY, LEHOTA ČASOVEJ DOSTUPNOSTI, DÔVOD PREKROČENIA LEHOTY ČAS. DOSTUPNOSTI, PRÍZNAK PORUŠENIA PORADIA - VÝBER POISTENCA,	Z	A	

	<p>POZNÁMKA. Zároveň je poskytovateľ povinný pre účely aktualizácie a vyradenia návrhov na plánovanú ZS evidovať a zasielať na zdravotnú poisťovňu nasledovné údaje: DÁTUM ZAČIATKU HOSP.PRÍPADU, DÁTUM VYRADENIA,DÔVOD VYRADENIA,ID HOSP.PRÍPADU S PLÁN.ZS,DÁTUM ZAČIATKU HOSPITALIZÁCIE,DÁTUM POSKYTNUTIA VÝKONU JZS,DÔVOD PREKROČENIA LEHOTY,DÔVOD PRERUŠENIA,DÁTUM ZAČIATKU PRERUŠENIA, DÁTUM UKONČ. PRERUŠENIA, IDENTIFIKAČNÝ ČÍSLO POKRAČ.PLÁN.ZS,PRÍZNAK NENASTÚPENIA NA ZS U PZS,PRÍZNAK PORUŠENIA PORADIA - VÝBER POISTENCA,PRÍZNAK PRERUŠENIA LEHOTY ČASOVEJ DOSTUPNOSTI 2) Zoznam údajov podľa § 40 ods. 7 písm. a): údaje, ktoré musí zdravotná poisťovňa evidovať v rámci zoznamu čakajúcich poistencov = tie isté ako v bode 1) 3) Zoznam údajov, ktoré sú uvedené v MU MZ SR, ktoré určuje dávku 998 od poskytovateľa ZS na zdravotnú poisťovňu 4) zoznam údajov, ktoré zdravotná poisťovňa eviduje na účte poistenca ohľadom ZČP podľa § 16 ods. 2 písm. g) zákona č. 581/2004 Z. z. ako podmnožina údajov 2): jednoznačný bezvýznamný IDENTIFIKAČNÝ NÁVRHU,DÁTUM A ČAS VYHOTOVENIA NÁVRHU NA PLÁN.ZS, KÓD PZS NAVRHUJÚCEHO PLÁNOVANÚ ZS, KÓD LEKÁRA VYTVARAJUCEHO NAVRH, PREDPOKLADANÝ DÁTUM POSKYTNUTIA PLÁN.ZS, KÓD DIAGNÓZY, LOKALIZÁCIA DIAGNÓZY, KÓD PLÁNOVANÉHO VÝKONU PODĽA ZZV, KÓD PLÁNOVANEJ MEDICÍNSKEJ SLUŽBY, LEHOTA ČASOVEJ DOSTUPNOSTI, DÔVOD PREKROČENIA LEHOTY ČAS. DOSTUPNOSTI,PRÍZNAK PORUŠENIA PORADIA - VÝBER POISTENCA, POZNÁMKA,DÁTUM VYRADENIA,DÔVOD VYRADENIA, DÔVOD PREKROČENIA LEHOTY, DÔVOD PRERUŠENIA, DÁTUM ZAČIATKU PRERUŠENIA DÁTUM UKONČ.PRERUŠENIA,PRÍZNAK PORUŠENIA PORADIA - VÝBER POISTENCA,PRÍZNAK PRERUŠENIA LEHOTY ČASOVEJ DOSTUPNOSTI. 5) zoznam údajov, ktoré si zdravotné poisťovne vymieňajú pri zmene zdravotnej poisťovne. V návrhu sa navrhuje doplniť povinnosť do zákona č. 581/2004 Z. z. § 16 ods. 5 písm. h). Rozsah údajov musí byť totožný s 2). Časovo výmena údajov k ZČP musí predchádzať výmene ostatných údajov a to k 1.1. 6) zoznam údajov, ktoré zdravotná poisťovňa posielala denne na NCZI podľa zákona č. 153/2013 Z.z. ako podmnožina údajov 2): IDENTIFIKAČNÝ NÁVRHU – OD PZS, RODNÉ ČÍSLO POISTENCA / IDENTIFIKAČNÉ ČÍSLO POISTENCA, ČLENSKÝ ŠTÁT POISTENCA, MENO A PRIEZVISKO POISTENCA, KÓD PZS NAVRHUJÚCEHO PLÁNOVANÚ ZS, KÓD LEKÁRA VYTVARAJUCEHO NAVRH, PREDPOKLADANÝ DÁTUM POSKYTNUTIA PLÁN.ZS, KÓD MEDICÍNSKEJ SLUŽBY, DÁTUM VYHOTOVENIA NÁVRHU, DÁTUM VYRADENIA, DÔVOD VYRADENIA, DÁTUM ZAČIATKU PRERUŠENIA, DÁTUM UKONČ.PRERUŠENIA, PRÍZNAK PORUŠENIA PORADIA - VÝBER POISTENCA, PRÍZNAK ODMIETNUTIA ZS U INÉHO PZS – PRÍZNAK PORUŠENIA LEHOTY, DÔVOD PREKROČENIA LEHOTY, DÁTUM NÁSTUPU NA POSKYTNUTIE PLÁNOVANEJ STAROSTLIVOSTI Tento zoznam musí zároveň zosúladený s dávkou 1000, ktorá usmerňuje odoslanie údajov zo zdravotných poisťovní na NCZI a ktorú by malo vydať MZ SR (§ 40 ods. 16) Túto pripomienku považujeme za zásadnú</p>			
<p>DÔVERA</p>	<p>Nad rámec novely - Článok VIII V § 19 zákona č. 580/2004 Z. z. navrhujeme upraviť, aby právo poistenca a platiteľa</p>	<p>Z</p>	<p>N</p>	<p>Nad rámec rozsahu novely</p>

	poistného na prepočet ročného zúčtovania poistného zaniklo uplynutím piatich rokov od vykonania ročného zúčtovania poistného. Odôvodnenie: Niektorí poistenci/platitelia poistného podávajú žiadosti na prepočet ročných zúčtovaní poistného, ktoré boli vykonané pred niekoľkými rokmi. Výnimkou nie sú ani žiadosti na prepočet ročných zúčtovaní poistného vykonaných pred viac ako desiatimi rokmi. Z dôvodu právnej istoty navrhujeme upraviť zánik práva (preklúziu) na prepočet ročného zúčtovania poistného uplynutím navrhovanej lehoty. Túto pripomienku považujeme za zásadnú.			
DÔVERA	Nad rámec novely - k Článku V - zákon č. 576.2004 Z.z. Nad rámec novely – k Článku V - zákon č. 576/2004 Z. z. V § 24 ods. 3 sa text „Ošetrujúci zdravotnícky pracovník“ nahrádzajú slovom „Poskytovateľ“ a za slovo „poskytnúť“ sa dopĺňa text „inému poskytovateľovi.“ V § 24 ods. 3 sa vypúšťa text „všeobecnému lekárovi alebo lekárovi, ktorý odporučil osobu na ďalšie poskytovanie zdravotnej starostlivosti“ a za slovo „starostlivosti“ sa dopĺňa bodka. Odôvodnenie: Legislatívno-technická úprava. Za porušenie povinnosti ustanovenej v § 24 ods. 3 zodpovedá v zmysle § 79 ods. 1 zákona č. 578/2004 Z.z. poskytovateľ zdravotnej starostlivosti. Máme za to, že povinnosť poskytnúť výpis zo zdravotnej dokumentácie by ustanovenie § 24 ods. 3 malo ukladať poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti. Pripomienku považujeme za zásadnú.	Z	N	Pripomienka nad rámec návrhu zákona.
DÔVERA	Nad rámec novely - k Článku V - zákon č. 576.2004 Z.z. V § 12 ods. 2 písm. a) navrhujeme nahradiť čiarku bodkočiarkou a doplniť vetu: „spôsob určenia únosného pracovného zaťaženia pre jednotlivé formy poskytovania zdravotnej starostlivosti (§7) určí všeobecne právne záväzný predpis, ktorý vydá ministerstvo zdravotníctva,“ Odôvodnenie: Navrhujeme, aby MZ podzákonným predpisom stanovilo spôsob, akým sa určuje únosné zaťaženie PZS pre jednotlivé formy poskytovania ZS. Týmto návrhom sa sleduje objektivizácia pracovného zaťaženia jednotlivých poskytovateľov a tým: – zlepšenie dostupnosti zdravotnej starostlivosti (v prípade nesplnenia parametra) – zachovanie kvality poskytovania zdravotnej starostlivosti (v prípade prekročenia parametra neúnosného pracovného zaťaženia) – spôsob určenia parametra potrebného pre postup samosprávneho kraja podľa bodu 5 tohto paragrafu. Túto pripomienku považujeme za zásadnú.	Z	N	Pripomienka nad rámec návrhu zákona.
DÔVERA	Nad rámec novely - K Článku VI - zákon č. 577.2004 Z. z. V Článku VI navrhujeme do Prílohy č. 6 (INDIKAČNÝ ZOZNAM PRE KÚPELNÚ STAROSTLIVOSŤ) do indikačnej skupiny V/2 doplniť všeobecného lekára, ako lekára, ktorý vyhotovuje návrh. Odôvodnenie: Návrh vyplýva zo záverov stretnutia ministerstva zdravotníctva so zástupcami zdravotných poisťovní zo dňa 22.04.2022 na ktorom prišlo k prijatiu všeobecného konsenzu na potrebe doplnenia všeobecného lekára ako lekára vyhotovujúceho návrh na kúpeľnú liečbu pri indikácii V/2. Túto pripomienku považujeme za zásadnú	Z	N	Pripomienka nad rámec návrhu zákona.
DÔVERA	Nad rámec novely - k Článku VIII (§ 25 ods. 5) V zákone č. 580/2004 Z. z. navrhujeme v § 25 za odsek 4 vložiť odsek 5, ktorý znie: „Zdravotná poisťovňa na žiadosť súdu podľa osobitného predpisu 55d) poskytne prostredníctvom informačného systému verejnej správy podľa osobitného predpisu 55c) na účely preukázania skutočnosti ustanovenej osobitným predpisom 55da) informáciu o evidovaných pohľadávkach po splatnosti ku dňu poskytnutia informácie, informáciu o evidovaných záväzkoch, ktoré vznikli z titulu preplatku na zdravotnom poistení, z titulu	Z	A	

	<p>zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti alebo z titulu podľa osobitného predpisu. 53aab“ Poznámka pod čiarou k odkazu 55da) znie: „55da) § 197 až 201 zákona č. 161/2015 Z. z. Civilný mimosporový poriadok v znení neskorších predpisov“. Doterajšie odseky 5 až 8 sa označujú ako odseky 6 až 9. Odôvodnenie: Zrýchlenie a zefektívnenie získavania informácií pre účely dedičského konania. Navrhovanú zmenu navrhujeme s účinnosťou od 01.07.2023. Túto pripomienku považujeme za zásadnú.</p>			
DÔVERA	<p>Nad rámec novely - k Článku VIII bod 5 (§ 29b ods. 1 písm. d) bod 1) V § 29b ods. 1 písm. d) bod 1 sa za slová „zákonný zástupca“ vkladá čiarka a slová: „alebo iná fyzická osoba alebo právnická osoba, ktorej bol maloletý zverený do starostlivosti nahrádzajúcej starostlivosť rodičov“ sa nahrádzajú slovami: „ak nebol maloletý poistenec zverený do starostlivosti nahrádzajúcej starostlivosť rodičov inej fyzickej alebo právnickej osobe na základe rozhodnutia súdu; v takom prípade práva a povinnosti za maloletého poistenca podľa tohto zákona vykonáva iná fyzická alebo právnická osoba, ktorej bol maloletý zverený do starostlivosti nahrádzajúcej starostlivosť rodičov.“ Odôvodnenie: 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 novej 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.</p>	O	A	
DÔVERA	<p>Nad rámec zákona – Článok VIII – zákon č. 580.2004 Z. z. Navrhujeme, aby Sociálna poisťovňa poskytovala informácie o invalidite poistenca a Ústredie práce, sociálnych vecí a rodiny informácie o ťažkom zdravotnom postihnutí poistenca priamo príslušnej zdravotnej poisťovni a zároveň navrhujeme zrušiť povinnosť poistenca oznamovať príslušnej zdravotnej poisťovni skutočnosti rozhodujúce pre zmenu sadzby poistného v súvislosti s preukazovaním invalidity a ťažkého zdravotného postihnutia (§ 23 ods. 1 písm. e/), z dôvodu že tieto skutočnosti poskytnú Sociálna poisťovňa a Ústredie práce, sociálnych vecí a rodiny. Zdravotné poisťovne si však vyhradujú právo požiadať poistenca o oznámenie skutočností rozhodujúcich pre zmenu sadzby poistného.</p>	Z	N	Nad rámec rozsahu novely
DÔVERA	<p>Nad rámec zákona – Článok VIII – zákon č. 580.2004 Z. z. V § 19 odsek 3 zákona č. 580/2004 Z. z. navrhujeme doplniť poslednú vetu „V prípade rozporu medzi údajmi oznámenými podľa § 22 až 24 a údajmi oznámenými podľa 29b sú rozhodujúce údaje oznámené podľa § 29b“ V § 19 odsek 6 zákona č. 580/2004 Z. z. navrhujeme slová na konci vety „oznámené podľa § 22 až 24“ nahradiť slovami „oznámené podľa § 29b“ Odôvodnenie: Navrhujeme, aby pre účely vykonania ročného zúčtovania poistného v prípade rozporu medzi údajmi oznámenými podľa § 22 až 24 a údajmi oznámenými podľa 29b boli rozhodujúce a určujúce údaje oznámené podľa § 29b. Túto pripomienku považujeme za zásadnú.</p>	Z	N	Nad rámec rozsahu novely
GPSR	1. Všeobecne:	O	N	Predkladateľ má za to, že rozsah zmien, vzhľadom na

	S prihliadnutím na rozsah navrhovaných zmien a doplnení navrhujeme zväziť prípravu novej právnej úpravy (bod 26.1 prílohy č. 1 k Legislatívnym pravidlám vlády Slovenskej republiky).			dĺžku jednotlivých zákonov, je primerané zabezpečiť novelizáciou tak ako je navrhnutá.
GPSR	2. K čl. I bodu 58 (§ 43 ods. 10): Odsek 10 navrhujeme vypustiť alebo doplniť možnosť podania riadneho opravného prostriedku proti odmietnutiu podania.	O	ČA	Dané ustanovenie bolo preformulované aj v nadväznosti na rozporové rokovanie a pripomienku od MSSR.
GPSR	3. K čl. VIII bodu 61: Navrhujeme vypustiť bod 61 a ponechať doterajšiu právnu úpravu v plnom rozsahu, podľa ktorej zdravotná poisťovňa vymáha pohľadávky na poistnom podaní návrhu na exekučný súd. Odôvodnenie: Podľa platnej právnej úpravy len štátny orgán môže zexekvovať majetok dlžníka na uspokojenie vlastnej pohľadávky a zdravotná poisťovňa nie je štátnym orgánom. Poveriť takýmto exekučným oprávnením zdravotnú poisťovňu je nesyntetickým riešením. Je potrebné si uvedomiť, že navrhovaná úprava oslabí právnu ochranu exekvovaného dlžníka. Sme toho názoru, že spory ohľadne dôvodnosti exekúcie nedokáže riešiť Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou na rovnakej úrovni ako exekučný súd. Predpokladáme, že na takúto agendu nemá dostatočné personálne vybavenie, a ani nemôže dosiahnuť úroveň erudovanosti sudcov špecializovaných na exekučnú agendu.	O	A	
IZ	čl VIII body 45-47 - minimálne odvody zamestnanca zavedenie minimálnych zdravotných odvodov obchádza zásadné problémy pracovnej a daňovej legislatívy: * inšpektoráty práce dlhodobo ignorujú fiktívne čiastkové úväzky, zneužívanie dohôd o vykonaní práce či ignorovanie iných ustanovení zákonníka práce (najmä nútené živnosti). * finančná správa a zdravotné poisťovne nespupracujú s okolitými krajinami na odhaľovaní ľudí, ktorí si na slovensku priznávajú iba časť príjmu (a z neho platia smiešne odvody). zavedením minimálnych odvodov sa štát priznáva, že tieto problémy nechce riešiť.	Z	N	Minimálny vymeriavací základ zamestnanca upravený tak, aby bol vo výške životného minima pre 1 osobu, zároveň ponechané ustanovenia o uplatnení odpočítateľnej položky bez zmeny. Minimálny základ vo výške životného minima zabezpečí, aby nízko príjmové osoby s reálnym príjmom nižším ako životné minimum neboli postihnuté negatívnymi dopadmi, nakoľko tieto osoby majú možnosť byť poistencami štátu (dávka v hmotnej núdzi a pod.), pričom na poistencov štátu sa minimálny základ zamestnanca vzťahovať nebude. Samotné zachovanie minimálneho základu zamestnanca sa predkladateľovi javí ako správne a potrebné.
IZ	čl VIII body 45-47 - zrušenie odpočítateľnej položky zrušenie odpočítateľnej položky zvýši už beztak vysoké daňovo-odvodové zaťaženie nízkozarabujúcich. spolu so zavedením tzv. rodinného balíčka (zmena legislatívy daňového bonusu) to neférovovo daňovo zaťaží tých, ktorí si to najmenej môžu dovoliť. navrhujeme ponechať odpočítateľnú položku na zdravotné odvody a naviazať ju na minimálnu mzdu - tak aby zdravotné odvody (ako de-facto dane) boli pre nízkozarabujúcich nižšie a pri minimálnej mzde konštatné.	Z	A	Ustanovenia o odpočítateľnej položke ostávajú bez zmeny.
IZ	vymáhanie minimálnych personálnych požiadaviek v legislatíve chýba reálne a efektívne vymáhanie minimálnych personálnych požiadaviek na obsadenie jednotlivých oddelení. dôsledkom je zhoršujúca sa zdravotnícka starostlivosť, nižší počet zamestnaných sestier a absencia efektívneho tlaku na zlepšovanie ich pracovných podmienok a zvyšovanie plátov.	O	N	Pripomienka nad rámec návrhu zákona.
Klub 500	K čl. VIII, bodom 40, 44, 45, 47, 48, 50, 51, 52, 54 a 55 (§ 12 ods. 1 písm. g), § 13 ods. 5, § 13 ods. 10 a 11, § 13a, § 16 ods. 8 písm. f), § 16a, § 19 ods. 1, § 13 ods. 4, § 16 ods. 2	Z	ČA	Minimálny vymeriavací základ zamestnanca upravený tak, aby bol vo výške životného minima pre 1 osobu,

	<p>písm. c), § 16 ods. 16 a 18) V čl. VIII navrhujeme v celom rozsahu vypustiť body 40, 44, 45, 47, 48, 50, 51, 52, 54 a 55. Odôvodnenie: V zmysle návrhu zákona sa v čl. VIII mení aj zákon č. 580/2044 Z.z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „zákon o zdravotnom poistení“), v ktorom sa navrhuje zavedenie minimálneho vymeriavacieho základu pre zamestnanca vo výške minimálnej mesačnej mzdy. Zároveň sa má v zmysle návrhu zákona zrušiť odpočítateľná položka. V zmysle dôvodovej správy je cieľom takejto úpravy zabrániť špekulatívnym uzatváraniam pracovných pomerov, pri ktorých osoby platia minimálne mesačné poistné ale majú zabezpečené verejné zdravotné poistenie. Uvedomujeme si tento problém a rozumieme cieľu predkladateľa, avšak navrhované znenie považujeme za neakceptovateľné. Navrhované znenie totiž negatívnym spôsobom zasiahne najmä nízkopříjmové skupiny obyvateľstva, medzi ktoré patria, okrem iného, matky pracujúce na čiastočné úväzky, ktoré sa vrátili po rodičovskej dovolenke a už sa nepovažujú za poistencov štátu alebo ĽZP osoby pracujúce na kratší pracovný čas a pod. Zavedenie minimálneho vymeriavacieho základu spolu so zrušením odpočítateľnej položky bude znamenať aj zníženie nového daňového bonusu na deti pri kratších úväzkoch. Takýto návrh bude podľa nášho názoru likvidačným voči zamestnancom pracujúcim na čiastočné úväzky alebo dohody. Navrhovaná úprava je aj v rozpore s prísľubmi vlády týkajúcich sa pomoci rodinám a nízkopříjmovým skupinám obyvateľstva, vzhľadom na aktuálnu ekonomickú situáciu a zvyšujúcu sa infláciu. Navyše pri zdravotných a sociálnych odvodoch je potrebné zohľadniť aj rôzne vymeriavacie základy, každoročné zmeny sociálnych odvodov, rôzne výšky odvodov, stropy a výnimky, ktoré sú už aj pri aktuálne nastavenom daňovo-odvodovom systéme obzvlášť neprehľadné. Zavedenie minimálneho vymeriavacieho základu pre zamestnanca ešte skomplikuje tento systém, pretože pre zamestnancov bude platiť iný vymeriavací základ ako pre SZČO alebo dobrovoľne nezamestnanú osobu. Navrhovaná úprava je taktiež v rozpore s Programovým vyhlásením vlády, v ktorom sa v časti Prorastový daňový mix uvádza, že vláda bude podporovať zvýšenie majetkových daní z nehnuteľností kompenzované znížením daňovo-odvodového zaťaženia nízko- príjmových skupín obyvateľstva, vrátane posilnenia odpočítateľnej položky pre nízkopříjmových. Pripomíname, že Slovensko už má jedno z najvyšších daňovo-odvodových zaťažení práce v Európe a takouto zmenou sa toto zaťaženie opäť zvýši. Takýmto významným zmenám, ktoré negatívne zasiahnu značnú časť obyvateľstva by mala predchádzať rozsiahla diskusia s dotknutými subjektmi, sociálnymi partnermi a odbornou verejnosťou, ktorú vláda vo svojom Programovom vyhlásení, v časti Legislatívny proces na úrovni vlády deklarovala, avšak takýto postup nedodržiava. Zavedenie minimálneho vymeriavacieho základu a zrušenie odpočítateľnej položky, tak ako je uvedené v tomto návrhu zákona považujeme za neprípustné a navrhujeme vypustiť všetky body týkajúce sa tejto úpravy.</p>		<p>zároveň ponechané ustanovenia o uplatnení odpočítateľnej položky bez zmeny. Minimálny základ vo výške životného minima zabezpečí, aby nízkopříjmové osoby s reálnym príjmom nižším ako životné minimum neboli postihnuté negatívnymi dopadmi, nakoľko tieto osoby majú možnosť byť poistencami štátu (dávka v hmotnej núdzi a pod.), pričom na poistencov štátu sa minimálny základ zamestnanca vzťahovať nebude. Samotné zachovanie minimálneho základu zamestnanca sa predkladateľovi javí ako správne a potrebné.</p>
<p>KOZSR</p>	<p>K Článku I bodu 28, §15a Príspevok na činnosť inštitútu, k bodu 29 § 15a ods. 1 – navrhujeme vypustiť Odôvodnenie: Znovu sa majú odčerpávať ďalšie finančné prostriedky, ktoré sú určené na poskytovanie zdravotnej starostlivosti, znovu má byť v zdravotníckych zariadeniach menej peňazí. Ak má štát potrebu zriaďovať ďalšiu inštitúciu, tak má byť jej financovanie napojené na štátny rozpočet a nie znovu znižovať výdavky na pacientov.</p>	<p>Z N</p>	<p>Príspevok na činnosť inštitútu HTA je platný aj v súčasnom znení zákona o zdravotných poisťovniach a bol zavedený zákonom č. 358/2021 Z. z. Daný návrh len špecifikuje, že príspevok nebude patriť medzi prevádzkové výdavky zdravotných poisťovní.</p>

<p>KOZSR</p>	<p>K Článku I bodu 44, § 23 „(4) Predsedovi úradu patrí mesačne paušálna náhrada na pokrytie nevyhnutných výdavkov súvisiacich s vykonávaním funkcie, a to najviac „do výšky 50 %“ navrhujeme zmeniť na: „do výšky 20 %“ zo mzdy. Paušálna náhrada sa určuje pevnou sumou. Nárok na paušálnu náhradu vzniká odo dňa začatia vykonávania funkcie a zaniká dňom skončenia vykonávania funkcie. Paušálnu náhradu predsedovi úradu určuje správna rada uznesením.“. Odôvodnenie: Výška 50 % je neprimerane vysoká, keď si uvedomíme, že to má byť mesačný paušál zo mzdy, ktorá je vo výške 4 - násobku priemernej mzdy v národnom hospodárstve SR. V roku 2021 bola priemerná mzda v národnom hospodárstve 1 211 eur a v roku 2022 bude ešte vyššia. Ak by sme vychádzali zo mzdy v roku 2021, mzda by bola 4 844 eur a paušál 2 422 eur A to nehovoríme o možných príplatkoch a odmenách. Zdravotníkom, ktorí väčšinu času strávia v práci pri pacientoch, sú odlúčení od rodín, majú neskutočný počet nadčasov, sú psychicky vyhorení, boria sa s nedostatkom personálu, nedokážeme za rok zdvihnúť mzdy, pretože nedostatok verejných financií.</p>	<p>Z</p>	<p>N</p>	<p>Paušálne náhrady sú štandardnou súčasťou právnych predpisov upravujúcich odmeňovanie a platové pomery verejných funkcionárov. Paušálne náhrady patria napr. vedúcemu zamestnancovi vo verejnej funkcii v služobnom úrade, ktorým je ministerstvo, vedúcemu ústredného orgánu štátnej správy (§ 150 zákona č. 55/2017 Z.z.), predsedovi a podpredsedovi Najvyššieho kontrolného úradu SR (§ 21a zákona č. 120/1993 Z.z.), verejnému ochrancovi práv (§ 26 zákona č. 564/2001 Z.z.), predsedovi Úradu na ochranu oznamovateľov protispoločenskej činnosti (§ 14 zákona č. 54/2019 Z.z.) a pod. Návrh zákona upravuje len hornú hranicu paušálnej náhrady, ktorú možno predsedovi úradu určiť, konkrétnu výšku bude určovať správna rada úradu aj s ohľadom na finančné možnosti úradu! 33 ods. 3 písm. e)</p>
<p>KOZSR</p>	<p>K Článku I bodu 46, § 31 ods.1 písm. h) § 32 a všetky nadväzujúce ustanovenia- navrhujeme vypustiť V ustanovení § 31 ods. 1 písm. h) predkladateľ navrhuje zaviesť do zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a ktorým sa menia a dopĺňajú niektoré zákony úhradu za činnosť úradu. Úhrada sa navrhuje ustanoviť pre podávateľa podnetu na výkon dohľadu nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti (ďalej len „úhrada“). S predloženým návrhom zásadne nesúhlasíme. Odôvodnenie: Zavedením úhrady pri podaní podnetu sa sťaží prístup nízkopříjmových skupín k výkonu dohľadu nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti, keďže tieto skupiny obyvateľov z dôvodu nemožnosti uhradiť pri podaní podnetu navrhovanú úhradu (predkladateľ v návrhu zákona nepoužíva pojem „poplatok“, ale pojem „úhrada“) sa na Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej len „úrad“) nebudú obracať. Predkladateľ chce v súvislosti s uvedeným návrhom zamedziť špekulatívne podnety na výkon dohľadu nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti. Úrad je právnická osoba, ktorej sa v oblasti verejnej správy zveruje vykonávanie dohľadu nad poskytovaním zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti a verejným zdravotným poistením. Úrad súčasne dohliada nad všetkými kľúčovými aspektmi systému zdravotníctva, s cieľom udržiavať finančnú stabilitu, výkonnosť a solidárnosť systému. V zmysle uvedeného sa osobe, ktorá sa bude domnievať, že boli porušené jej práva alebo právom chránené záujmy pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, znemožní domáhať sa pomoci na úrade, len z titulu finančnej nemožnosti uhradiť úhradu pri podaní podnetu. Uvedené je, podľa nášho názoru, v priamom rozpore s úradom deklarovaným systémom solidarity v systéme zdravotníctva a oslabí tiež účel úradu, na ktorý bol zriadený. Súčasne zastávame názor, že prijatím uvedeného opatrenia by sa zvýšila aj administratívna vyťaženosť samotného úradu, a preto predkladateľovi odporúčame zvoliť vhodnejší spôsob predchádzania, resp. zamedzenia podávania špekulatívnych podnetov.</p>	<p>Z</p>	<p>A</p>	
<p>KOZSR</p>	<p>K Článku I bodu 8, § 6, ktorý sa dopĺňa odsekom 12</p>	<p>Z</p>	<p>N</p>	<p>Platba za nábor prebieha z prostriedkov, ktoré má</p>

	<p>„(12) Odmena, ktorú zdravotná poisťovňa vyplatí osobe pri nábore poistencov za získanie jedného poistenca, môže byť najviac „vo výške 5 %“ navrhujeme zmeniť na: „vo výške 2 %“ priemernej mesačnej mzdy v hospodárstve Slovenskej republiky vykázané Štatistickým úradom Slovenskej republiky za kalendárny rok, ktorý dva roky predchádza kalendárnemu roku, v ktorom sa nábor poistencov vykonáva.“. Odôvodnenie: Jedná sa o verejné financie, ktoré sa majú použiť v prvom rade na poskytovanie zdravotnej starostlivosti. Pri aktuálnej výške priemernej mzdy v národnom hospodárstve SR je to dosť vysoká suma na 1 prihlášku. 1 bod pri odškodnení za priznanú chorobu z povolania je 2 % z priemernej mzdy v národnom hospodárstve SR, a to je odškodnenie pri poškodení zdravia v súvislosti s výkonom práce. Takisto to navodzuje k špekuláciám a možným podvodom, keď si uvedomíme, že meniť zdravotnú poisťovňu môžeme každý rok.</p>			<p>zdravotná poisťovňa k dispozícii na prevádzku, čiže nedochádza k znížovaniu objemu prostriedkov, určených na úhradu zdravotnej starostlivosti.</p>
KOZSR	<p>K Článku I bodu 9, §6a v ods. 3 sa dopĺňa písm. k) – navrhujeme vypustiť V § 6a sa odsek 3 dopĺňa písmenom k), ktoré navrhované znenie navrhujeme vypustiť: „k) príspevok na činnosť Národného inštitútu pre hodnotu a technológie v zdravotníctve (ďalej len „inštitút“) (§ 15a).“ (ak nebude bod 10.) Odôvodnenie: V zákone sa uvádza, že tento príspevok nie sú výdavky na prevádzkové činnosti zdravotnej poisťovne. Znovu sa majú odčerpávať ďalšie finančné prostriedky, ktoré sú určené na poskytovanie zdravotnej starostlivosti, znovu má byť v zdravotníckych zariadeniach menej peňazí. Ak má štát potrebu zriaďovať ďalšiu inštitúciu, tak má byť jej financovanie napojené na štátny rozpočet a nie znovu znížovať výdavky na pacientov.</p>	Z	N	<p>Príspevok na činnosť inštitútu HTA je platný aj v súčasnom znení zákona o zdravotných poisťovniach a bol zavedený zákonom č. 358/2021 Z. z. Daný návrh len špecifikuje, že príspevok nebude patriť medzi prevádzkové výdavky zdravotných poisťovní.</p>
KOZSR	<p>K Článku VIII Bod 17, § 8 ods. 1 V § 8 ods. 1 úvodná veta znie: „Prihláška musí mať písomnú formu.13aaa) navrhujeme vypustiť: „Ak prihláška nebola podaná osobne poistencom alebo osobou oprávnenou podať prihlášku za poistenca na pracovisku zdravotnej poisťovne uvedenom v registri zdravotných poisťovní vedenom podľa osobitného predpisu,18aac) musí byť podpísaná úradne osvedčeným podpisom alebo“ Ak je podaná elektronickými prostriedkami, musí byť podpísaná elektronickým podpisom;13aab) prihláška musí obsahovať“. Odôvodnenie: Požiadavkou na úradne osvedčený podpis predkladateľ sťaží poistencom zmenu zdravotnej poisťovne. Okrem toho, že budú nútení absolvovať návštevu ďalšieho úradu, ktorý im podpis overí, budú nútení vynaložiť finančné prostriedky na overenie podpisu, pretože je to platená služba. Je to zámer predkladateľa? Predkladateľ vie zabrániť špekuláciám a podvodom aj tým, že v zákone v § 7 navrhuje nové ustanovenie, v ktorom okrem iného zavádza povinnosť pre poistenca, ktorý pri žiadosti o zmenu zdravotnej poisťovne, je povinný požiadať o vydanie akceptačného listu na zmenu zdravotnej poisťovne, ktorú priloží k prihláške do zdravotnej poisťovne. Žiadosť podľa prvej vety musí mať písomnú formu,13aaa) ak je podaná elektronickými prostriedkami, musí byť podpísaná elektronickým podpisom.13aab) Zdravotná poisťovňa, v ktorej je poistenc poistený, je povinná vydať akceptačný list na zmenu zdravotnej poisťovne v listinnej podobe alebo elektronickej podobe bezodkladne, najneskôr do piatich pracovných dní od prijatia žiadosti podľa predchádzajúcej vety. Zdravotná poisťovňa doručí poistencovi akceptačný list preukazným spôsobom. Za preukazný spôsob doručenia akceptačného listu sa považuje doručenie poštou ako doporučená zásielka s doručenkou a poznámkou „do vlastných rúk“, do elektronickej schránky podľa osobitného predpisu16m) alebo osobne do vlastných rúk poistenca po overení jeho totožnosti. Preto považujeme ustanovenie v § 8 za nadbytočné.</p>	Z	ČA	<p>Ustanovenia, týkajúce sa akceptačného listu boli z návrhu vypustené. Digitalizácia ale neznamená, že nemá existovať kontrola podpisu na tak dôležitom dokumente, ako je prihláška na zmenu zdravotnej poisťovne. Ekvivalentne, ani pri zakladaní bankového účtu, prípadne hypotéky (čo by mohlo byť použité ako ekvivalent zdravotného poistenia) nepostačuje poštou zaslaná podpísaná žiadosť, ale banka preveruje skutočnosť, či je doklad skutočne podpísaný osobou, ktorá je na ňom uvedená.</p>

<p>KOZSR</p>	<p>K Článku VIII Bod 40, § 12 ods. 1, ktoré sa dopĺňa o písmeno g), bod 44, §13 ods. 5, bod 47, §13a, bod 52, § 16a</p> <p>S navrhovaným zavedením minimálneho základu zamestnanca na účely platenia poisťného na verejné zdravotné poistenie zásadne nesúhlasíme. Prijatím navrhovaného inštitútu do systému verejného zdravotného poistenia by sa nízkopríjmovým zamestnancom pracujúcim na čiastočný úväzok neúmerne zvýšilo odvodové zaťaženie práce. Uvedená skupina zamestnancov pracuje na skrátenej úväzok zväčša z rôznych príčin (zdravotné, rodinné) a nepovažujeme za správne riešenie, aby práve táto skupina zamestnancov bola „trestaná“ za to, že v systéme verejného zdravotného poistenia sú aj osoby (zväčša vlastníci obchodných spoločností), ktoré sa vyhýbajú plateniu zdravotného poistenia práve zneužívaním čiastočných úväzkov a optimalizujú si tak výšku svojho poisťného na verejné zdravotné poistenie. Ak je cieľom predkladateľa odstrániť „fiktívne“ pracovné pomery, tak zastávame názor, že Zákonník práce v dostatočnej miere špecifikuje a určuje náležitosti pracovných pomerov. Dozor nad dodržiavaním pracovnoprávných predpisov vykonáva inšpekcia práce. Problematiku „fiktívnych“ pracovných pomerov by preto nemal riešiť zákon o zdravotnom poistení. Sme presvedčení, že na riešenie obchádzania platenia poisťného nemôžu doplácať nízkopríjmové osoby (zamestnanci), ktoré zákonné možnosti nezneužívajú, ale majú nízke príjmy. V § 12 sa odsek 1 dopĺňa písmenom g) (bod 40), v zmysle ktorého sa zamestnancovi, na ktorého sa uplatňuje minimálny základ zamestnanca, zvyšuje sadzba poisťného až na 14 % (resp. 7 % v prípade zdravotne postihnutého zamestnanca). Výška sadzby poisťného dosahuje úroveň „bežnej“ sadzby poisťného zamestnanca vrátane sadzby poisťného zamestnávateľa za zamestnanca. Zamestnanec s nižším príjmom sa tak dostáva do nerovnakého postavenia oproti ostatným zamestnancom len z titulu nižšieho príjmu. Nevidíme dôvod na to, aby boli vytvárané takéto rozdiely medzi zamestnancami v pracovnom pomere. Takisto neexistuje žiadny argument, prečo by mal ktorýkoľvek zamestnanec v pracovnom pomere odvádzať zdravotný odvod zvýšenou sadzbou poisťného na úrovni súčtu sadzieb zamestnávateľa aj zamestnanca. Navrhovaná sadzba poisťného je v rovnakej úrovni ako sa uplatňuje v prípade samostatne zárobkovo činné osoby, ktorá je v odlišnom postavení, nemá zamestnávateľa, má možnosť optimalizovať si vymeriavací základ, atď. Na zamestnanca, vo vzťahu ktorého sa nebude aplikovať minimálny vymeriavací základ sa bude uplatňovať ustanovenie § 12 ods. 1 písm. a) zákona č. 580/2004 Z. z. podľa ktorého sadzba poisťného na platenie poisťného na verejné zdravotné poistenie je pre zamestnanca 4 % z vymeriavacieho základu, ak je zamestnanec osobou so zdravotným postihnutím, sadzba poisťného na účely platenia poisťného na verejné zdravotné poistenie je 2%. Ustanovenie sumy minimálneho vymeriavacieho základu zamestnanca na sumu minimálnej mesačnej mzdy so sadzbou poisťného 14% (v prípade zamestnanca so zdravotným postihnutím so sadzbou 7%) považujeme za rovnako neprípustné a tiež diskriminujúce zdravotne postihnutého zamestnanca len z dôvodu, že vykonáva zárobkovú činnosť na skrátenej pracovnej úväzok. V zmysle navrhovaného § 13 ods. 5 (bod 44) sa zamestnancovi ukladá povinnosť uhradiť celý rozdiel do minimálneho vymeriavacieho základu, teda aj za zamestnávateľa, keďže podľa uvedeného ustanovenia do vymeriavacieho základu zamestnávateľa na účely platenia poisťného nebude vstupovať navýšenie minimálneho vymeriavacieho základu zamestnanca. Predkladateľ v predloženej návrhu neuvádza dôvod prečo sa zamestnávateľ nebude musieť spolupodieľať na úhrade poisťného</p>	<p>Z</p>	<p>ČA</p>	<p>Minimálny vymeriavací základ zamestnanca upravený tak, aby bol vo výške životného minima pre 1 osobu, zároveň ponechané ustanovenia o uplatnení odpočítateľnej položky bez zmeny.</p> <p>Minimálny základ vo výške životného minima zabezpečí, aby nízkopríjmové osoby s reálnym príjmom nižším ako životné minimum neboli postihnuté negatívnymi dopadmi, nakoľko tieto osoby majú možnosť byť poistencami štátu (dávka v hmotnej núdzi a pod.), pričom na poistencov štátu sa minimálny základ zamestnanca vzťahovať nebude.</p> <p>Samotné zachovanie minimálneho základu zamestnanca sa predkladateľovi javí ako správne a potrebné.</p>
---------------------	---	-----------------	------------------	---

	<p>na svojho zamestnanca. V tejto súvislosti tiež poukazujeme na skutočnosť, že predkladateľ v predložennom návrhu zákona neuvádza skutočnosť, prečo má zamestnanec s čiastočným úväzkom uhrádzať poisťné na verejné zdravotné poistenie z vyššieho vymeriavacieho základu (t. j. minimálnej mesačnej mzdy, ktorá predstavuje 57% priemernej mzdy v národnom hospodárstve SR spred dvoch rokov) ako dobrovoľne poistená osoba, ktorej sa suma poisťného určuje z 50% priemernej mzdy v národnom hospodárstve SR spred dvoch rokov. Toto nerovnaké postavenie zamestnanca s nižšími príjmami oproti samoplátiteľom (dobrovoľne nezamestnané osoby), aj voči SZČO, ktorých minimálnym základom sa rozumie 50 % z priemernej mesačnej mzdy (zistenej za obdobie 2 roky pozadu) spôsobí, že:</p> <ul style="list-style-type: none"> - zatiaľ čo na samoplátiteľa a SZČO sa napr. v roku 2022 uplatní minimálny základ 566,50 € (50 % z 1 133 €) a tým zdravotný odvod vo 79,31 €, - v prípade minimálneho základu zamestnanca sa v roku 2022 uplatní 646 €, čo predstavuje zdravotný odvod vo výške 90,44 €. <p>Zamestnanec s minimálnym základom zamestnanca zaplatí o 11,13 € mesačne viac (133,56 € ročne). Nizkopríjmoví zamestnanci sú trestaní za to, že vykonávajú zárobkovú činnosť. Keby nepracovali a boli by napríklad v evidencii nezamestnaných, evidovaných na úrade práce, zdravotné poistenie by neplatili – boli by poistencami štátu. V prípade dobrovoľne nezamestnaných osôb alebo SZČO by platili nižší odvod. Považujeme za neadekvátne porovnávať SZČO a zamestnanca a zaťažovať zamestnancov dokonca vyšším zdravotným odvodom, keďže zamestnanec nemôže optimalizovať príjmy a výdavky, na rozdiel od SZČO. Ďalej zastávame názor, že navrhovaná úprava znižuje atraktivitu čiastočných pracovných úväzkov, čo sa v negatívnej miere prejaví na možnostiach (najmä žen) efektívne zosúladiť rodinný a pracovný život. Zatiaľ čo na Slovensku je miera využívania kratších pracovných úväzkov zanedbateľná, v zahraničí je to naopak. Sme presvedčení, že atraktivita kratších pracovných úväzkov by sa mala legislatívne naopak zvyšovať, čo umožní vo vyššej miere zapojiť do pracovného života aj tých, ktorí z objektívnych, či subjektívnych príčin nemôžu pracovať na trvalý pracovný pomer. Navrhovanú úpravu považujeme za diskriminačnú aj v kontexte návrhu predkladateľa vyňať dlžníkov na verejnom zdravotnom poistení z kategórie osôb, ktorým sa podľa súčasného právneho vzťahu poskytuje iba neodkladná zdravotná starostlivosť. Z predloženého návrhu tiež nie je jasné, ako sa bude postupovať v prípade, ak viaceré čiastočné úväzky zamestnanca budú nižšie ako bude minimálny mesačný základ, ale kumulatívne mesačne presiahnu zákonom stanovený minimálny mesačný základ.</p>			
<p>KOZSR</p>	<p>K Článku VIII Bod 43, §13 ods. 4, bod 49, §16 ods.2 písm. c) a bod 51, § 16 ods. 16 až 18</p> <p>Navrhovanú úpravu považujeme v rozpore s Programovým vyhlásením vlády v časti „Prorastový daňový mix“, podľa ktorého „Budeme podporovať zvýšenie majetkových daní z nehnuteľností kompenzované znížením daňovo-odvodového zaťaženia nízko-príjmových skupín obyvateľstva, vrátane posilnenia odpočítateľnej položky pre nízkopríjmových.“ Zavedenie minimálneho základu zamestnanca a súvisiace zvýšenie sadzby poisťného v kombinácii so zrušením odvodovej odpočítateľnej položky naopak zvyšuje odvodové zaťaženie nízkopríjmových osôb, ktoré navyše s nemennosťou sumy odvodovej odpočítateľnej položky od jej zavedenia, postupne narastá.</p>	<p>Z</p>	<p>N</p>	<p>Minimálny základ zamestnanca má predstavovať nástroj na udržanie solidarity v systéme zdravotného poistenia.</p> <p>Minimálny základ sa nemá vzťahovať na osoby, ktoré sú zároveň poistencami štátu, čo pri nastavení minimálneho základu na úrovni životného minima zabezpečí, aby negatívny dopad tohto opatrenia nepociťovali tieto skupiny.</p>
<p>KOZSR</p>	<p>K Článku VIII Bod 54, §19 ods. 1 písm. a)</p> <p>Zavedením zvýšenej sadzby zdravotného poistenia, ako aj minimálneho základu</p>	<p>Z</p>	<p>N</p>	<p>Administratívna záťaž zamestnávateľa by sa meniť nemala, nakoľko vykazovacia povinnosť</p>

	<p>zamestnanca sa neúmerne zvýši administratívna záťaž zamestnávateľa pri spracovaní zdravotných odvodov, ale rovnako aj zamestnanca, ktorému vyplynú ohlasovacie povinnosti voči zamestnávateľom, pokiaľ má viacero úväzkov. Z úpravy v §19 ods. 1 písm. a) navyše vyplýva, že zdravotná poisťovňa nemusí vykonať ročné zúčtovanie poistného za takéhoto poistenca. Zavedenie takejto povinnosti môže pôsobiť na zamestnanca demotivačne až odradzujúco v snahe zaradiť sa do pracovného života. Vyjadrujeme aj obavu, že zamestnanec si nemusí byť vedomý takejto povinnosti, keďže pred navrhovanou zmenou v §19 ods. 1 písm. a), tieto úkony robila zdravotná poisťovňa, a rovnako môže byť pre neho zložité dané zúčtovanie vôbec spracovať.</p>			<p>zamestnávateľa sa prijatím týchto ustanovení nemení. Zamestnancovi nevzniká voči zamestnávateľovi žiadna povinnosť; oznámenie je iba možnosťou, nie povinnosťou. Ročné zúčtovanie spracováva zdravotná poisťovňa (nie zamestnanec), pričom výsledkom môže byť aj preplatok (teda dodatočný príjem pre zamestnanca).</p>
KRRZ	<p>čl. VIII bod 46 KRRZ odporúča, aby mechanizmus valorizácie platby štátu za poistencov štátu nebol naviazaný na vývoj HDP. Namiesto toho by platba štátu a mechanizmus jej úpravy mal byť previazaný s rozpočtovaním výdavkov, tak aby plánované zdroje boli v súlade s plánovanými výdavkami. Zdôvodnenie: Vývoj HDP je ovplyvňovaný ekonomickými cyklami. V prípade navrhovaného mechanizmu by sa pokles HDP počas ekonomickej krízy s oneskorením premietol do poklesu poistného za poistencov štátu. Takýto mechanizmus by posilnil previazanie zdrojov v zdravotníctve s ekonomickým cyklom, v dôsledku čoho by mohlo dochádzať k nesúladu medzi potrebnými a plánovanými zdrojmi. Proces tvorby rozpočtu výdavkov na zdravotníctvo zohľadňuje faktory vplývajúce na dopyt po zdravotnej starostlivosti (starnutie populácie), cenu starostlivosti, mzdy v sektore ako aj vplyvy legislatívnych zmien. Pre úspešnú implementáciu zdravotných politík a riadenie systému je potrebné, aby nedochádzalo k nepredvídanému nedostatku zdrojov, ich plánovanie by preto malo konzistentne zohľadňovať uvedené faktory a nadväzovať na rozpočtový proces.</p>	O	N	<p>Výška percenta bola stanovená s ohľadom na potreby zdravotníctva, hrubý domáci produkt prirodzene rastie, preto prirodzene bude rásť aj celková suma platby za poistencov štátu.</p>
KRRZ	<p>čl. VIII bod 47 KRRZ odporúča, aby predkladateľ preukázal a doplnil do osobitnej dôvodovej správy, že navrhované zavedenie minimálneho vymeriavacieho základu zamestnanca a súčasné zrušenie odvodovej odpočítateľnej položky je najlepším spôsobom ako sa vysporiadať s problémom zneužívania nízkopříjmových úväzkov na špekulatívne účely. KRRZ navrhuje zvážiť iné spôsoby vysporiadania sa s problémom zneužívania nízkopříjmových úväzkov na špekulatívne účely, ktoré by nezasahovali priamo do systému zdravotného poistenia. KRRZ poukazuje na to, že navrhované zavedenie minimálneho vymeriavacieho základu zamestnanca a súčasné zrušenie odvodovej odpočítateľnej položky je v protiklade s cieľom znižovania daňovo-odvodového zaťaženia a podpory čiastkových úväzkov pre nízkopříjmové osoby. Navrhované opatrenia sú v protiklade s programovým vyhlásením vlády ako aj s odporúčaniami OECD.</p>	O	ČA	<p>Minimálny vymeriavací základ zamestnanca upravený tak, aby bol vo výške životného minima pre 1 osobu, zároveň ponechané ustanovenia o uplatnení odpočítateľnej položky bez zmeny. Do dôvodovej správy a do analýzy vplyvov na rozpočet verejnej správy doplnené analýzy ohľadom dopadu na nízkopříjmové osoby.</p>
KRRZ	<p>Doložka vplyvov na rozpočet KRRZ žiada doplniť doložku vplyvov na rozpočet verejnej správy tak, aby bolo jasné, či navrhované opatrenia zlepšujú finančnú situáciu verejných subjektov v zdravotnom sektore. Dlhodobým problémom zdravotného systému je opakovane deficitné hospodárenie viacerých verejných subjektov vrátane VŠZP a niektorých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Podľa doložky majú navrhované opatrenia neutrálny vplyv na rozpočet, čo naznačuje, že ambíciou predkladateľa nie je náprava uvedeného problému, hoci návrh v čl. VIII bod 46 predpokladá výrazné navýšenie zdrojov v zdravotníctve. Ak by sa dodatočné zdroje premietli do navýšenia výdavkov (podobne ako doložka predpokladá pri dodatočných</p>	Z	A	

	zdrojoch z dôvodu zavedenia minimálneho vymeriavacieho základu zamestnanca), pričom by nedošlo k zníženiu súčasných deficitov poskytovateľov a VŠZP, návrh by mal výrazne negatívny vplyv na saldo hospodárenia verejnej správy.			
KRRZ	Doložka vplyvov na rozpočet KRRZ žiada, aby bol v doložke vplyvov na rozpočet verejnej správy doplnený vplyv naviazania poistného za poistencov štátu na vývoj HDP podľa čl. VIII bod 46 na rozpočet verejného zdravotného poistenia, subjektov verejnej správy vrátane poskytovateľov starostlivosti patriacich do verejného sektora, štátny rozpočet a rozpočet verejnej správy ako celku. Zdôvodnenie: Osobitná dôvodová správa uvádza, že podľa návrhu by podiel platby za poistencov štátu na HDP mal vzrásť z 1,37% HDP v roku 2021 na 1,9% HDP. Došlo by tak k výraznému nárastu zdrojov verejného zdravotného poistenia, pričom nie je nikde uvedené ako sa tento nárast premietne do vývoja výdavkov zdravotného poistenia, alebo aký vplyv bude mať na vývoj deficitu verejných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Tiež nie je uvedené či nárast zdrojov v zdravotníctve bude pokrytý znížením výdavkov, zvýšením príjmov alebo deficitu v iných sektoroch verejnej správy a ako bude vplývať na saldo hospodárenia verejných financií.	Z	A	Výška percenta bola stanovená s ohľadom na potreby zdravotníctva, hrubý domáci produkt prirodzene rastie, preto prirodzene bude rásť aj celková suma platby za poistencov štátu.
KRRZ	Doložka vybraných vplyvov KRRZ odporúča doplniť do doložky vplyvov dopad navrhovaného zavedenia minimálneho vymeriavacieho základu zamestnanca a súčasného zrušenia odvodovej odpočítateľnej položky podľa čl. VIII bod 47 na daňovo-odvodové zaťaženie nízkopříjmových osôb, napr. vplyvy na indikátory priemernú a marginálnu efektívnu daňovú sadzbu (AETR a METR).	O	ČA	Vplyvy na nízkopříjmové skupiny doplnené do analýzy vplyvov na rozpočet a do analýzy sociálnych vplyvov.
KRRZ	K čl. VIII bod 47 KRRZ odporúča, aby predkladateľ preukázal a doplnil do osobitnej dôvodovej správy do akej miery sa zneužívajú nízkopříjmové úväzky na špekulatívne účely a do akej miery ide o štandardné využívanie skrátených úväzkov. KRRZ žiada dátovo podložiť opodstatnenosť navrhovaného zavedenia minimálneho vymeriavacieho základu zamestnanca a súčasného zrušenia odvodovej odpočítateľnej položky.	O	ČA	Odpočítateľná položka zachovaná bez zmeny.
MDaVSR	K čl. VIII bod 61 § 25j ods. 1 – Odporúčame vypustiť nadbytočné slovo „právnych“.	O	A	
MDaVSR	K čl. I bod 1 a 2 – Odporúčame spojiť do jedného novelizačného bodu, ktorého úvodná veta bude znieť: „V § 4 ods. 1 a 2 písmeno h) znie:“.	O		
MDaVSR	K čl. I bod 10 § 6a ods. 9 – Odporúčame slová „Za týmto účelom“ nahradiť slovami „Na tento účel“.	O	A	
MDaVSR	K čl. I bod 11 § 6aa ods. 7 – Odporúčame za slovo „záväzného“ doplniť slovo „právneho“ a slová „odseku 1“ nahradiť slovami „odseku 4“.	O	A	
MDaVSR	K čl. I bod 13 – Odporúčame slovo „pokiaľ“ nahradiť slovom „ak“.	O	A	
MDaVSR	K čl. I bod 15 a 16 – Odporúčame slová „sa druhej vete“ nahradiť slovami „druhej vete“.	O	A	
MDaVSR	K čl. I bod 33 – Odporúčame v poznámke pod čiarou k odkazu 35aaka vypustiť skratku „ods.“ pred číslicou „2“.	O	A	
MDaVSR	K čl. I bod 35 – Odporúčame nad slová „osobitných predpisov“ doplniť odkaz a poznámku pod čiarou s uvedením aspoň príkladom, o aké osobitné predpisy ide.	O	A	
MDaVSR	K čl. I bod 38 – Odporúčame v úvodnej vete slovo „nová“ nahradiť slovom „nové“ a vo vloženom písmene x) na konci bodku nahradiť čiarkou.	O	A	
MDaVSR	K čl. I bod 40 § 20 ods. 1 písm. s) bod 9 – Odporúčame slová „za účelom“ nahradiť slovami	O	A	

	„na účely“.			
MDaVSR	K čl. I bod 58 § 43 ods. 2 – Odporúčame slovo „zákonov“ nahradiť slovom „predpisov“ a doplniť odkaz a poznámku pod čiarou s uvedením konkrétnych osobitných predpisov.	O	A	
MDaVSR	K čl. I bod 58 § 43a ods. 3 – Odporúčame v druhej a tretej vete slovo „odsek“ nahradiť skratkou „ods.“.	O	A	
MDaVSR	K čl. I bod 58 § 43b ods. 4 – Odporúčame slovo „zákona“ nahradiť slovom „predpisu“.	O	A	
MDaVSR	K čl. I bod 58 § 43c ods. 3 – Odporúčame slová „odo dňa odkedy“ nahradiť slovom „odkedy“.	O	A	
MDaVSR	K čl. I bod 63 – Odporúčame v poznámke pod čiarou k odkazu 71c slovo „odsek“ nahradiť skratkou „ods.“.	O	A	
MDaVSR	K čl. I bod 7 – Odporúčame v poznámke pod čiarou k odkazu 18aaa uviesť namiesto skratky „nasl.“ konkrétne ustanovenia, resp. paragrafy predmetného zákona.	O	A	
MDaVSR	K čl. V bod 4 – Odporúčame v poznámke o zmene doterajších odsekov slovo „až“ nahradiť spojkou „a“.	O	A	
MDaVSR	K čl. VII bod 3 – Odporúčame v poznámke pod čiarou k odkazu 55jaqa uviesť skrátenú citáciu predmetného zákona.	O	A	
MDaVSR	K čl. VIII bod 15 – Odporúčame v prvej vete slovo „ktorú“ nahradiť slovom „ktorý“.	O	A	
MDaVSR	K čl. VIII bod 30 § 9h ods. 2 písm. b) – Odporúčame slovo „azyl“ nahradiť slovom „azyly“.	O	A	
MDaVSR	K čl. VIII bod 61 – V poznámkach pod čiarou k odkazom 56c a 56l odporúčame uviesť skrátenú citáciu predmetného zákona.	O	A	
MDaVSR	K čl. VIII bod 61 § 25c – Odporúčame slovo „zákona“ nahradiť slovom „predpisu“.	O	A	
MDaVSR	K doložke vplyvov – Odporúčame upraviť v tabuľke č. 3 Vplyv na príjmy rozpočtu Ministerstva zdravotníctva SR riadok „Dopad na príjmy verejnej správy celkom“, vzhľadom na to, že sa číselný údaj za rok 2026 správne matematicky nezhoduje so súčtom číselných údajov uvedených ako jednotlivé položky ekonomickej klasifikácie – transfery.	O	N	bezpredmetné; rok 2026 z analýzy vypustený
MFSR	K čl. I k bodu 10 (§ 6a) V odseku 2 žiadame slová „za kalendárny rok, za ktorý sa určuje výsledok hospodárenia“ nahradiť slovami „za účtovné obdobie, za ktoré sa upravuje výsledok hospodárenia“. 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). Obdobnú úpravu žiadame vykonať aj v odseku 3.	Z	A	
MFSR	K čl. I k bodu 10 (§ 6a) V odseku 4 odporúčame zvážiť precizovanie navrhovanej (a ministerstvom financií preferovanej) alternatívy 2, tak aby došlo k postupnému navyšovaniu podielu kritérií kvality z 0,5 % na 1 %, pričom by sa garantované percento zisku alikvotne znižovalo (súčet by bol vždy 2). Taktiež navrhujeme po implementácii navrhovaných ukazovateľov kvality a ich následnom monitorovaní a vyhodnocovaní podrobnejšie rozpracovať jednotlivé ukazovatele do výkonnostných kvalitatívnych ukazovateľov.	O	A	
MFSR	K čl. I k bodu 10 (§ 6a) V odseku 6 úvodnej vete žiadame slová „kalendárneho roku, za ktorý sa kladný výsledok hospodárenia vytvoril“ nahradiť slovami „účtovného obdobia, z ktorého rozdielu medzi upraveným kladným výsledkom hospodárenia a optimálnym výsledkom hospodárenia bol	Z	A	

	vytvorený“, prípadne slovami „účetného obdobia, za ktoré sa vytvoril“. Podľa navrhovaného znenia by mal byť fond kvality zdravia tvorený z upraveného kladného výsledku hospodárenia, ak by bol vyšší ako optimálny výsledok hospodárenia, nielen z kladného výsledku hospodárenia.			
MFSR	K čl. I k bodu 19 (§ 8d) Odsek 2 žiadame vypustiť. Možnosť meniť pravidlá revíznej činnosti iba raz ročne výrazne limituje účinnosť kľúčového nástroja zdravotných poisťovní na zvyšovanie efektivity systému zdravotníctva. Ak zdravotná poisťovňa zistí, že niečo sa zneužíva, nemala by naďalej umožňovať mŕňanie zdrojov verejného zdravotného poistenia až do 1. januára nasledujúceho roku.	Z	A	
MFSR	K čl. I k bodu 24 (§ 15 ods. 1 písm. t)) V § 15 ods. 1 písm. t) navrhujeme slová „§ 6a“ nahradiť slovami „odseku 1, § 6 a 6a“, pretože v ustanovení § 6a zákona č. 581/2004 Z. z. nie sú upravené všetky povinnosti, ktoré zdravotná poisťovňa musí zo zákona plniť.	O	A	
MFSR	K čl. I k bodu 46 (§ 31) Odporúčame prehodnotiť zavedenie úhrady za podanie podnetu Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. Zavedením tejto úhrady by sa mali znižovať počty neopodstatnených podnetov na Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. Návrh spoplatnenia podnetu na výkon dohľadu nad zdravotnou starostlivosťou považujeme za problematický, keďže môže odopierať právo na podanie podnetu pre nižšie príjmové skupiny (napríklad dôchodcovia, samoživiteľky, nezamestnaní), ktorí nepatria do skupiny poberateľov pomoci v hmotnej núdzi alebo držiteľov preukazu ťažkého zdravotného postihnutia so sprievodcom. Zároveň odporúčame upraviť v analýze vplyvov aj kvantifikáciu príjmov z tejto úhrady z dôvodu jej zavedenia tak, aby zohľadňovala predpokladaný pokles podnetov. Predložený materiál totiž uvádza kvantifikáciu pri súčasnom počte podnetov a nezohľadňuje pokles podnetov z dôvodu zavedenia tejto úhrady.	O	A	Ustanovenie týkajúce sa zavádzanie úhrady za podnet bolo z návrhu vypustené.
MFSR	K čl. VIII k bodu 46 (§ 13 ods. 13) Tento novelizačný bod žiadame vypustiť. Nesúhlasíme s navrhovaným doplnením § 13 ods. 13, v zmysle ktorého sa má v zákone ustanoviť najnižšia celková platba za poistencov štátu vo výške 1,9 % z HDP a žiadame ponechať v súčasnosti platný mechanizmus platieb za poistencov štátu. Zmena spôsobu financovania zdravotníctva bola v roku 2020 zavedená práve preto, aby sa kládol dôraz na skutočné potreby a predvídateľnejšie financovanie zdravotníctva. Platba za poistencov štátu v súčasnosti plní dorovnávaciu funkciu a jej výška je určená ako rozdiel medzi skutočnými potrebami a príjmami z odvodov ekonomicky aktívnych obyvateľov. Zafixovanie percenta platby za poistencov štátu je v rozpore s týmto cieľom, pričom v čase vysokého ekonomického rastu by mala platba za poistencov štátu klesať a mohla by rásť, ak by sektoru zdravotníctva chýbali zdroje v čase recesie. Podotýkame, že navrhované fixné percento je výrazne vyššie ako bola platba za poistencov štátu v roku 2021.	Z	N	Výška percenta bola stanovená s ohľadom na potreby zdravotníctva, hrubý domáci produkt prirodzene rastie, preto prirodzene bude rásť aj celková suma platby za poistencov štátu. Dlhodobu nie sú pokryté potreby zdravotníctva, zdravotné poisťovne nemajú dostatok finančných zdrojov, poskytovatelia zanikajú a nevznikajú noví. Uvedené je nevyhnutné na stabilizáciu sektora.
MFSR	K čl. VIII k bodu 8 (§ 6 ods. 9) a bodu 15 (§ 7 ods. 4) Navrhované ustanovenia obmedzujúce zmenu zdravotnej poisťovne (tzv. prepoisťovanie) žiadame precizovať tak, aby nevytvárali neprimerané bariéry prepoisťovania (napríklad vyžadovanie plnohodnotného elektronického podpisu pri online prepoisťovaní alebo vyžadovanie akceptačného listu od aktuálnej zdravotnej poisťovne). Alternatívne žiadame	Z	ČA	Vypustené ustanovenia, týkajúce sa akceptačného listu.

	<p>vypracovať analýzu, ktorá by špecifikovala problémy v oblasti prepoisťovania a obsahovala by možnosti riešenia. Taktiež žiadame vypracovať analýzu vplyvov na zdravotné poisťovne z dôvodu obmedzenia prepoisťovania, vrátane zvážením možnosti obmedzenia výšky správneho fondu, pretože sa určitá časť výdavkov (napríklad na marketing) stane bezpredmetná. Cieľom návrhu by malo byť zamedzenie špekulatívnemu prepoisťovaniu, avšak predložený návrh zavádza neprimerané bariéry, ktoré by vo všeobecnosti výrazne obmedzili prepoisťovanie medzi zdravotnými poisťovňami. Pri prihláške do inej zdravotnej poisťovne sa vyžaduje plnohodnotný elektronický podpis (väčšia časť populácie ho nepoužíva) alebo akceptačný list zdravotnej poisťovne, kde je poistenec aktuálne poistený. Navrhnutý proces zmeny zdravotnej poisťovne by výrazne limitoval, byrokraticky zaťažoval a odrádzal poistencov zmeniť zdravotnú poisťovňu. Podvodným prepoisteniam by sa dalo zamedziť aj inými nástrojmi (napríklad dôkladnou kontrolou v zdravotných poisťovniach s vyvođením dôsledkov).</p>			
<p>MFSR</p>	<p>Všeobecne Návrh je potrebné zosúladiť s prílohou č. 1 Legislatívnych pravidiel vlády SR (napríklad v čl. I úvodnej vete slová „zákona č. 541/2021 Z. z.“ nahradiť slovami „zákona č. 540/2021 Z. z.“, v bode 4 slová v zátvorke „štvrtého bodu“ nahradiť slovami „štvrtý bod“, v bode 10 § 6a ods. 4 písm. b) Alternatíve 1 slová „ďalej len „kritériá kvality““ nahradiť slovami „ďalej len „kritérium kvality““, v § 6a ods. 9 slovo „smie“ nahradiť slovom „môže“, v poznámke pod čiarou k odkazu 18c na konci pripojiť slová „v znení neskorších predpisov“, v poznámke pod čiarou k odkazu 18e na konci pripojiť slová „v znení zákona č. 306/2012 Z. z.“, v bode 11 § 6aa ods. 3 Alternatíve 1 slovo „určené“ nahradiť slovom „ustanovené“ (3x) a v Alternatíve 2 slovo „určené“ nahradiť slovom „ustanovené“ (3x), v § 6aa ods. 4 slová „uvedených v odseku“ nahradiť slovami „ustanovených v odsekoch“, v § 6aa ods. 5 slovo „stanoveného“ nahradiť slovom „ustanoveného“ (2x), v § 6aa ods. 6 slová „ods. 3“ nahradiť slovami „ods. 2“, v poznámkach pod čiarou k odkazom 18ja až 18jc citáciu nariadenia vlády Slovenskej republiky č. 460/2008 Z. z. o verejnej minimálnej sieti v znení neskorších predpisov označiť ako poznámku pod čiarou k odkazu 18jd, v bode 19 § 8d ods. 5 vypustiť legislatívnu skratku „ďalej len „spätné dávky““, pretože sa ďalej v návrhu ani v platnom znení nepoužíva, v bode 31 § 16 ods. 2 písm. g) prvom bode slová „zdravotne poistená“ nahradiť slovami „zdravotne poistenú“, v druhom bode vypustiť legislatívnu skratku „ďalej len „identifikátor návrhu““, pretože sa ďalej v návrhu používa len jedenkrát a v bode 12 slovo „zákona“ nahradiť slovom „predpisu“, v bode 32 § 16 ods. 5 písm. h) úvodnej vete a bode 12 slovo „zákona“ nahradiť slovom „predpisu“, v bode 37 vypustiť duplicitné slová a za slovom „slovami“ vypustiť dvojbodku, v poznámke pod čiarou k odkazu 40aaaa opraviť nesprávny odkaz na ustanovenie § 40a, pretože ustanovenie § 40a sa v zákone č. 576/2004 Z. z. nenachádza, v bode 48 za slovom „slovami“ vypustiť dvojbodku, v bode 56 za slová „ods. 5“ vložiť slová „úvodnej vete“, v bode 58 § 43a ods. 3 slová „odsek 1“ nahradiť slovami „ods. 1“ (2x) a v tretej vete za slovo „alebo“ vložiť slová „písm.“, v § 43a ods. 5 na konci úvodnej vety vypustiť dvojbodku, v písmene a) druhom bode slová „sa líši od názvu“ nahradiť slovami „je iné ako názov“, v písmene e) slová „bankového účtu“ nahradiť slovami „účtu v banke“, v § 43a ods. 8 prvej vete za slovom „alebo“ vložiť slovo „odseku“, v § 43b ods. 8 číslo „9“ nahradiť slovom „deviatich“, v § 43d ods. 1 písm. c) vypustiť slová „podľa zákona“ ako nadbytočné, v bode 62 za slovom „slovami“ vypustiť dvojbodku, v bode 63</p>	<p>O</p>	<p>ČA</p>	<p>Väčšina legislatívno-technických pripomienok bola zapracovaná. Okrem čl. IX v § 40 ods. 13, nakoľko za účelom právnej istoty je nevyhnutné skratku „nezmluvný poskytovateľ“ ponechať.</p>

	<p>poznámke pod čiarou k odkazu 71c slová „§ 79 odsek 1 písm. d) a e) v spojení“ nahradit' slovami „§ 79 ods. 1 písm. d) a e)“, v bode 66 § 67a ods. 2 slovo „stanovenia“ nahradit' slovom „určenia“, bod 76 preformulovať takto: „76. § 67c sa vypúšťa.“, v bode 79 vypustiť slová „(2x)“ (na dvoch miestach), v čl. II úvodnej vete doplniť chýbajúce novely – zákon č. 454/2021 Z. z., zákon č. 310/2021 Z. z., zákon č. 431/2021 Z. z. a zákon č. 512/2021 Z. z.“, v čl. IV úvodnej vete doplniť chýbajúce novely – zákon č. 81/2022 Z. z. a zákon č. 125/2022 Z. z., v čl. V bode 1 za slovo „pripájajú“ vložiť slovo „tieto“ a za slovom „slová“ doplniť dvojbodku, v čl. VII bode 3 v poznámke pod čiarou k odkazu 55jaqa slová „neskorších predpisov“ nahradit' slovami „zákona č. 392/2020 Z. z.“, v čl. VIII bode 8 § 6 ods. 9 písm. b) treťom bode za slovom „fyzickej“ vložiť slovo „osoby“, v poznámke pod čiarou k odkazu 13aac slová „bod 2“ nahradit' slovami „druhý bod“, v bode 13 § 6 ods. 11 písm. c) za slovo „fyzickej“ vložiť slovo „osoby“, v bode 20 § 8a ods. 2 slovo „pätnástich“ nahradit' číslom „15“, v § 8a ods. 5 na konci úvodnej vety vypustiť dvojbodku, v bode 25 § 9f ods. 2 na konci úvodnej vety vypustiť dvojbodku, v bode 47 na konci úvodnej vety doplniť dvojbodku, v bode 49 za slovom „slová“ vypustiť dvojbodku, v bode 61 § 25j ods. 5 na konci doplniť bodku a ods. 6 úvodnej vete na konci vypustiť bodkočiarku, v § 25k ods. 3, 5, 6 na konci úvodných viet vypustiť dvojbodku, v § 25k ods. 5 písm. j) na konci doplniť čiarku, v § 25l ods. 5, 8 a 10 na konci úvodných viet vypustiť dvojbodku, v § 25l ods. 16 prvej vete za slovo „alebo“ vložiť slovo „ods.“, v čl. IX bode 1 § 39 ods. 1 písm. d) na konci úvodnej vety vypustiť dvojbodku, v § 40 ods. 13 vypustiť legislatívnu skratku „(ďalej len „nezmluvný poskytovateľ“)“, pretože sa ďalej v návrhu používa len jedenkrát).</p>			
MFSR	<p>Všeobecne S predloženým materiálom bude možné súhlasiť len za podmienky, že z neho nebude vyplývať rozpočtovo nekrytý vplyv na rozpočet verejnej správy, t. j. všetky vplyvy z neho vyplývajúce budú zabezpečené v rámci schválených limitov dotknutých subjektov verejnej správy.</p>	Z	A	
MFSR	<p>Všeobecne V analýze vplyvov časti 2.1 Zhrnutie vplyvov na rozpočet verejnej správy v návrhu v tabuľke č. 1 absentujú sumárne čísla v riadkoch vplyv na ŠR a vplyv na ostatné subjekty verejnej správy v častiach príjmy verejnej správy celkom a výdavky verejnej správy celkom; uvedené žiadame upraviť.</p>	Z	A	
MFSR	<p>Všeobecne V analýze vplyvov časti 2.2.4. Výpočty vplyvov na verejné financie v bode H. Zvýšenie percenta príspevkov odvádzaných zdravotnými poisťovňami sa v tabuľkách uvádza „základ“ pre výpočty príspevkov (operačné strediská tiesňového volania záchranej zdravotnej služby, Národné centrum zdravotníckych informácií), ktoré nekorešpondujú s poslednou daňovo-odvodovou prognózou pre potreby návrhu rozpočtu verejnej správy na roky 2023 - 2025. Uvedené žiadame aktualizovať.</p>	Z	A	
MFSR	<p>Všeobecne V doložke vybraných vplyvov (ďalej len „doložka vplyvov“) je označený pozitívny a negatívny, rozpočtovo zabezpečený vplyv na rozpočet verejnej správy. V Analýze vplyvov na rozpočet verejnej správy, na zamestnanosť vo verejnej správe a financovanie návrhu (ďalej len „analýza vplyvov“) časti 2.1 Zhrnutie vplyvov na rozpočet verejnej správy v návrhu v tabuľke č. 1 sú kvantifikované príjmy verejnej správy v sume 101,3 mil. eur na rok</p>	O	A	

	2023, 108,2 mil. eur na rok 2024, 106,5 mil. eur na rok 2025 a 107,8 mil. eur na rok 2026. Výdavky verejnej správy sú vyčíslené v sume 101,3 mil. eur na rok 2023, 108,2 mil. eur na rok 2024, 106,5 mil. eur na rok 2025 a 107,8 mil. eur na rok 2026. Upozorňujeme, že v tabuľkách č. 1 až 4 analýzy vplyvov sú kvantifikované sumy na roky 2023 až 2026, avšak podľa Jednotnej metodiky na posudzovanie vybraných vplyvov je potrebné uvádzať kvantifikácie na bežný rok a tri nasledujúce rozpočtové roky (v tomto prípade na roky 2022 až 2025).			
MFSR	Všeobecne V súvislosti s čl. I bodom 15 (§ 8a) a bodom 16 (§ 8b) žiadame doplniť v analýze vplyvov kvantifikáciu zvýšenia príspevkov na činnosti operačných stredísk tiesňového volania záchranej zdravotnej služby a na správu a rozvoj národného zdravotníckeho informačného systému, ktorá by vysvetľovala dôvody a potrebu skokovitého nárastu percenta z verejného zdravotného poistenia (z 0,35 % na 0,45 % pre OS ZSS a z 0,41 % na 0,55 % pre NCZI), aj napriek medzročnému rastu príjmov verejného zdravotného poistenia. Predložený materiál v analýze vplyvov síce definuje výšku finančných vplyvov z dôvodu navýšenia percenta na príspevok z verejného zdravotného poistenia, ale uvedená kvantifikácia neobsahuje rozpis kategórií alebo položiek, kvôli ktorým vzniká potreba dodatočných finančných zdrojov pre NCZI a OS ZZS v členení napríklad na fixné náklady, variabilné náklady a plánované investičné aktivity. Upozorňujeme, že z dôvodu projektovaného vyššieho výberu odvodov na zdravotné poistenie z dôvodu inflácie by mali rásť príspevky týmto organizáciám aj bez zvyšovania percenta, z ktorých sa vypočítava príspevok z verejného zdravotného poistenia.	Z	A	
MFSR	Všeobecne V súvislosti s čl. VIII bodom 21 (§ 9 ods. 2 až 4) žiadame do analýzy vplyvov doplniť kvantifikáciu vplyvov z dôvodu, že predložený návrh zákona umožňuje dlžníkom poskytovať nielen neodkladnú zdravotnú starostlivosť, ale aj plánovanú zdravotnú starostlivosť. Podľa platného znenia § 9 ods. 2 zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení majú dlžníci nárok iba na neodkladnú zdravotnú starostlivosť. Podľa predloženého návrhu zákona by dlžníci mali nárok aj na plánovanú zdravotnú starostlivosť. Prijatie navrhovanej právnej úpravy tak bude nepriamo „motivovať“ široké skupiny neplatiť poisťné na zdravotné poistenie s vplyvom na zníženie úspešnosti výberu poisťného na zdravotné poistenie a nárast výdavkov na zdravotnú starostlivosť. Je preto potrebné skôr cielene riešiť vybrané skupiny, ktoré patria k sociálne ohrozeným skupinám.	Z	N	Podľa analýzy predkladateľa nárok dlžníkov na zdravotnú starostlivosť v plnom rozsahu nemá merateľný vplyv na príjmy ani výdavky systému verejného zdravotného poistenia.
MFSR	Všeobecne V zmysle pripomienok Ministerstva financií SR k nelegislatívnemu materiálu „Aktualizácia úlohy o zriadení detenčného ústavu pri Psychiatrickej nemocnici Hronovce“ žiadame v rámci predloženej novely zákona č. 581/2004 Z. z. vyriešiť aj otázku financovania zdravotnej starostlivosti poskytovanej v detenčnom ústave pri Psychiatrickej nemocnici Hronovce z verejného zdravotného poistenia.	Z	N	Na rozporovom rokovaní, MFSR ustúpilo od pripomienky.
MFSR	Všeobecne Žiadame aktualizovať doložku vplyvov tak, aby vplyv minimálneho vymeriavacieho základu na výber zdravotného poistenia zohľadňoval časový posun medzi výberom preddavkov a ročným zúčtovaním a zároveň obsahoval vplyv na výber dane z príjmov fyzických osôb. Podľa prepočtov Ministerstva financií SR by prijatie predloženého návrhu zákona zvýšilo výber preddavkov na zdravotné odvody v najbližších rokoch o približne 150 mil. eur.	Z	A	Vplyvy aktualizované. Vzhľadom na zmenu sumy minimálneho základu (životné minimum), by zavedenie minimálneho základu nemalo mať vplyv na daňové príjmy.

	<p>Výpočet uvedený v analýze vplyvov nezohľadňuje časový posun medzi preddavkami zaplatenými na mesačnej báze v roku t a ročným zúčtovaním zdravotného poistenia v roku t + 1. Podotýkame, že navrhovaná zmena sa dotkne aj zamestnancov, ktorým krátkodobo klesne mzda pod minimálny základ. Aj keď sa im navyše zaplatené odvody vrátia v ročnom zúčtovaní o rok neskôr, títo zamestnanci budú medzičasom dotovať systém zdravotného poistenia. Podľa odhadov Ministerstva financií SR na základe dát o vymeriavacích základoch Sociálnej poisťovne za rok 2021 by mohlo byť takýchto zamestnancov až 432 tis. Tejto skupine zamestnancov by sa zvýšila mesačná výška zdravotných odvodov v dôsledku krátkodobého poklesu mzdy a museli by čakať vyše roka na vrátenie preplatku po ročnom zúčtovaní zdravotného poistenia. Výška tohto preplatku sa odhaduje vo výške okolo 27 mil. eur (pozri tabuľku). Tabuľka: Vplyv novely na rozpočet verejnej správy (mil. eur) 2023 2024 2025 preddavky MVZ 150,5 150,6 159,7 ročné zúčtovanie MVZ 0,0 -26,6 -26,6 vplyv zavedenia MVZ 150,5 124,0 133,1 zrušenie OOP 1,3 13,3 11,2 celkový vplyv novely na ZO 151,9 137,3 144,3 vplyv na výber DPFO, z toho -1,8 -5,9 -6,3 vplyv na príjem VÚC -0,6 -1,8 -1,9 vplyv na príjem obcí -1,3 -4,1 -4,4 zrážka 19 % z vrátenia ZO v RZ 0,0 5,1 5,1 celkový vplyv na verejné financie 150,0 136,4 143,1 Upozorňujeme, že výpočet uvedený v analýze vplyvov neobsahuje vplyv na výber dane z príjmov fyzických osôb, keďže vyššie preddavky zdravotných odvodov priamo znižujú základ dane a tým aj zaplatenú daň. Tento vplyv očakávame vo výške približne 6 mil. eur. Nižší priebežný výber dane z príjmov fyzických osôb negatívne ovplyvní rozpočty územnej samosprávy. Na druhej strane vrátenie preddavkov v ročnom zúčtovaní zdravotného poistenia bude zdanené 19 % zrážkovou daňou v prospech štátneho rozpočtu. Nižší základ dane rovnako ovplyvňuje aj výšku čiastkového základu dane, z ktorého sa počíta výška daňového bonusu na dieťa podľa nedávno schválenej zmeny rodinnej politiky.</p>			
MHSR	<p>K Čl. I bod 11 Odporúčame v čl. I bode 11, ktorým sa dopĺňa do zákona § 6aa, v odseku 5 na konci prvej vety doplniť tieto slová: „administratívne nezaťažujúce“. Odôvodnenie: Predloženým návrhom sa do zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach dopĺňa nový § 6aa – Kritériá kvality. Predloženým návrhom odporúčame, aby sa pri určení kritérií zohľadňovala aj administratívna záťaž spojená so zisťovaním a vyhodnocovaním kritérií.</p>	O	A	
MHSR	<p>K Čl. I bod 58 Odporúčame v bode 58, ktorým sa mení § 46b doplniť v odseku 2 vetu: „Úrad nezačne konanie voči poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti o uložení pokuty za nesprávne vedenie zdravotnej dokumentácie, ak ide o prvé menej významné porušenie povinnosti a uvedený nedostatok odstránil v stanovenej lehote.“. Odôvodnenie: Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti sú často sankcionovaní za nesprávne vedenie zdravotnej dokumentácie. Z tohto dôvodu navrhujeme zaviesť, aby poskytovatelia zdravotnej starostlivosti neboli sankcionovaní pri zistení menej závažného nedostatku pričom chybu v stanovenej lehote odstránili.</p>	O	A	Vo všeobecnosti platí, že úrad preferuje v rámci sankcií nápravné opatrenia a považujeme za korektné ak každé aj prvé porušenie posúdi, vyhodnotí spoločenskú nebezpečnosť a v prípade závažných pochybení pristúpi aj k uloženiu finančnej sankcie. V § 50 zákona bola rozšírená možnosť úradu o uloženie nápravného opatrenia.
MHSR	<p>K Čl. VIII bod 47 Zásadne nesúhlasíme so zavedením minimálneho vymeriavacieho základu zamestnanca pre odvod poistného na verejné zdravotné poistenie. V súčasnej situácii to bude mať výrazne negatívny vplyv na domácnosti, ktorých členovia sú zamestnanci s príjmom pod úrovňou minimálnej mzdy. Odôvodnenie: Zavedenie minimálneho vymeriavacieho základu bude mať</p>	Z	ČA	Minimálny vymeriavací základ zamestnanca upravený tak, aby bol vo výške životného minima pre 1 osobu, zároveň ponechané ustanovenia o uplatnení odpočítateľnej položky bez zmeny. Minimálny základ vo výške životného minima

	<p>negatívny dopad na dotknuté skupiny zamestnancov, rovnako tak na trh práce. Išlo by prevažne o zamestnancov so skráteným pracovným úväzkom a zamestnancov vykonávajúcich prácu na dohodu. Medzi zamestnancov vykonávajúcich prácu na dohodu alebo formou skráteného pracovného úväzku patria aj matky, ktoré popri starostlivosti o deti vyhľadávajú prácu na skrátený úväzok alebo osoby s postihnutím, pri ktorých rozsah pracovného úväzku zohľadňuje postihnutie. Dotknutým skupinám zamestnancov by sa zavedením minimálneho vymeriavacieho základu výrazne znížil čistý disponibilný príjem z práce. Takéto nastavenie minimálneho vymeriavacieho základu by malo taktiež negatívny efekt na flexibilitu trhu práce. Zamestnanci poberajúci príjmy pod úrovňou minimálnej mzdy sa môžu dostať do situácie, kedy zníženie ich čistého disponibilného príjmu zo zamestnania môže viesť k ukončeniu úväzku a osoba radšej ostane bez zamestnania, prípadne sa zníži motivácia legálne sa zamestnať, nakoľko zamestnanec bude nútený vzniknutý rozdiel na zdravotnom poistení doplácať z vlastných zdrojov. Rovnako si dovoľíme pripomenúť, že vláda SR sa v Programovom vyhlásení vlády na roky 2021 až 2024 zaviazala nezvyšovať daňovo-odvodové zaťaženie.</p>			<p>zabezpečí, aby nízkopríjmové osoby s reálnym príjmom nižším ako životné minimum neboli postihnuté negatívnymi dopadmi, nakoľko tieto osoby majú možnosť byť poistencami štátu (dávka v hmotnej núdzi a pod.), pričom na poistencov štátu sa minimálny základ zamestnanca vzťahovať nebude. Samotné zachovanie minimálneho základu zamestnanca sa predkladateľovi javí ako správne a potrebné.</p>
MHSR	<p>K Čl. VIII bod 51 Zásadne nesúhlasíme s návrhom predkladateľa zrušiť uplatňovanie odpočítateľnej položky na účely výpočtu preddavku na zdravotné poistenie. Takýto návrh výrazne zníži disponibilný príjem nízkopríjmovým skupinám zamestnancov. Odôvodnenie: Odpočítateľná položka bola zavedená ako nástroj podpory nízkopríjmových zamestnancov. Napriek dlhodobému stabilnému zvyšovaniu minimálnej mzdy, zrušenie uplatňovania odpočítateľnej položky bude mať citeľný negatívny dopad na disponibilný príjem zo zamestnania. Navrhujeme predkladateľovi upustiť od zámeru zrušenia odpočítateľnej položky a namiesto toho zaviesť mechanizmus automatickej úpravy výšky odpočítateľnej položky v závislosti od výšky minimálnej mzdy. Rovnako tiež pripomíname, že vláda SR sa v Programovom vyhlásení vlády na roky 2021 až 2024 zaviazala nezvyšovať daňovo-odvodové zaťaženie. Prijatím takejto zmeny by došlo k zvýšeniu daňovo-odvodového zaťaženia dotknutých subjektov.</p>	Z	A	<p>Ustanovenia o odpočítateľnej položke ostávajú bez zmeny.</p>
MHSR	<p>K Čl. VIII nad rámec návrhu 1. Žiadame v § 10b ods. 1 písm. a) zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení doplniť siedmy bod v nasledujúcom znení: „7. príspevky zamestnávateľa na doplnkové dôchodkové sporenie zamestnancov.“. Odôvodnenie: Uvedeným návrhom žiadame zjednotiť vymeriavací základ pre sociálne a zdravotné odvody. Podľa súčasnej právnej úpravy sa vymeriavací základ na zdravotné poistenie navyšuje o príspevky poskytnuté zamestnávateľom na doplnkové dôchodkové sporenie. Uvedeným návrhom žiadame, aby sa vymeriavací základ pre zdravotné odvody nenavýšoval o sumu príspevkov na III. pilier. 2. Žiadame v § 10b ods. 1 zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení vypustiť písmená c) a d). Odôvodnenie: Uvedeným návrhom žiadame zrušiť platenie zdravotných odvodov z dosahovaných príjmov z kapitálového majetku a z ostatných príjmov podľa osobitného predpisu. Ide prevažne o občasné jednorazové príjmy z kapitálového majetku akými sú napr. aj výnosy zo štátnych dlhopisov, výnosy zo zmeniek a z ostatných príležitostných príjmov napr. aj z predaja automobilu. Domnievame sa, že platenie zdravotných odvodov napr. zo štátnych dlhopisov ako aj z občasných jednorazových príjmov nemá zakladať zdravotno-poistný vzťah medzi poisteným a zdravotnou poisťovňou. Plateniu odvodov na zdravotné poistenie by mali podliehať len pravidelné príjmy zo závislej a pravidelnej zárobkovej činnosti a nie</p>	Z	N	<p>Ide o pripomienky nad rámec zákona. Vo všeobecnosti odvody na verejné zdravotné poistenie sú platené z vymeriavacieho základu, do ktorého vstupujú príjmy, podliehajúce dani z príjmov. Ak je záujem, aby tieto príjmy nepodliehali zdravotným odvodom, je treba ich vyňať zo základu dane, ale nerozširovať oblasť výnimiek vo verejnom zdravotnom poistení. Nemožno súhlasiť s vypustením písm. c) a d), nakoľko je to zdroj príjmov zdravotných poisťovní (nie malý) a bez náhrady (napríklad vo forme zvýšenia platby za poistencov štátu zo strany MFSR) by to malo negatívny vplyv na poskytovanie zdravotnej starostlivosti. <i>MHSR od pripomienky ustúpilo, rozpor netrvá.</i></p>

	jednorazové občasnÉ príjmy.			
MHSR	K Doložke vybraných vplyvov Odporúčame doplniť časť 8. Preskúmanie účelnosti o kritéria, na základe ktorých dôjde k preskúmaniu účelnosti daného materiálu.	O	A	
MHSR	K vplyvom na podnikateľské prostredie Žiadame predkladateľa o vyznačenie negatívneho vplyvu na podnikateľské prostredie v Doložke vybraných vplyvov a o dopracovanie Analýzy vplyvov na podnikateľské prostredie. Odôvodnenie: Materiál zvyšuje záťaž na podnikateľské subjekty v podobe zvýšenej frekvencie zasielania údajov na účely vedenia centrálného registra poistencov, oznámenie každej zmeny pravidiel revíznej činnosti, povinnosť zverejnenia údajov na webovom sídle a ďalšie povinnosti. Zároveň zavádza obmedzenia, napr. v podobe zákazu výkonu inej zárobkovej činnosti fyzickej osoby, ktorá pre poisťovňu vykonáva nábor poistencov.	Z	N	<p>Predkladateľ nesúhlasí s pripomienkou, že regulácia zisku zdravotných poisťovní má mať (akýkoľvek) vplyv na podnikateľské prostredie.</p> <p>Podľa záverov Európskej komisie z 15. 10. 2014, podľa ktorého v slovenskom systéme zdravotného poistenia prevládajú sociálne ciele, jedná sa o systém založený najmä na zásade solidarity, pričom Komisia dospela k záveru, že dotknuté činnosti (výkon verejného zdravotného poistenia) nemajú ekonomickú povahu. (http://europa.eu/rapid/press-release_IP-14-1158_sk.htm). Tento záver sa vzťahuje na osobitný spôsob, akým je táto činnosť na Slovensku organizovaná a vykonávaná, a týka sa preto tohto konkrétneho systému v Slovenskej republike. V súlade s vyššie uvedenými závermi Európskej komisie nie je možné pokladať reguláciu zisku zdravotných poisťovní, vytvoreného z povinných odvodov (t. j. zo zdrojov verejného zdravotného poistenia počas výkonu verejného zdravotného poistenia) za ekonomickú činnosť a teda nie je tu možné pozorovať akýkoľvek vplyv na podnikateľské prostredie v SR.</p> <p>Uvedené stanovisko je v súlade s oficiálnym stanoviskom Slovenskej republiky, či už v konaní pre Európskou komisiou, prípadne následným konaním pred Súdny dvorom EU, pričom dňa 11. 6. 2020 Súdny dvor EÚ (veľká komora) v spore (C-262/18 P a C-271/18 P) vydal rozsudok v prospech Slovenskej republiky a potvrdil vyššie uvedené stanovisko Európskej komisie.</p> <p><i>MHSR od pripomienky ustúpilo, rozpor netrvá.</i></p>
MIRRI SR	K vlastnému materiálu, čl. VIII bod 61 Žiadame odstrániť, prípadne primerane v zmysle odôvodnenia upraviť znenie v § 25d ods. 2 písm. f), 25k ods. 3 písm. a) (i), § 25k ods. 5 písm. l), § 25k ods. 6 písm. i), § 25l ods. 5 písm. i), § 25l ods. 8 písm. k) a § 25l ods. 10 písm. i). ODÔVODNENIE: Rozhodnutia sa vo všeobecnosti považujú za výkon verejnej moci, na ktorý sa vzťahuje pôsobnosť zákona o e-Governmente, podľa ktorého je orgán verejnej moci povinný vykonávať verejnú moc elektronicky. Okrem rozhodnutí ide aj o iné písomnosti orgánu verejnej moci podľa § 3 písm. k) zákona o e-Governmente. Vyhотовovanie a doručovanie elektronických úradných dokumentov (napríklad rozhodnutí) sa riadi zákonom o e-Governmente. Podľa Vášho	Z	A	

	predloženého návrhu zákona môžu rozhodnutia a iné písomnosti obsahovať podpis alebo namiesto podpisu tejto fyzickej osoby faksimile jej podpisu s uvedením mena, priezviska a funkcie. Nie je zrejmé, z akého dôvodu sa navrhuje takáto úprava. Na vydávanie rozhodnutí a iných písomností, ktoré spadajú pod pôsobnosť zákona o e-Governmente, sa vzťahuje zákon o e-Governmente, podľa ktorého ide o elektronické úradné dokumenty, ktoré je potrebné vytvoriť ako elektronický formulár a autorizovať v zmysle § 23 ods. 1 prvá veta zákona o e-Governmente, t. j. kvalifikovaným elektronickým podpisom vyhotoveným s použitím mandátneho certifikátu alebo kvalifikovanou elektronickou pečaťou, ku ktorým sa pripojí kvalifikovaná elektronická časová pečiatka. Z vyššie uvedeného vyplýva, že elektronické úradné dokumenty nemajú obsahovať faksimile podpisu oprávnenej osoby.			
MIRRI SR	vlastnému materiálu, čl. VIII V § 25c navrhujeme vypustiť slová „právoplatné a“. ODÔVODNENIE: Navrhovanú úpravu odporúčame z dôvodu, aby nebola vymáhateľnosť vykonateľného rozhodnutia limitovaná aj jeho právoplatnosťou. Navrhujeme použiť rovnakú textáciu ako je uvedená v rámci Exekučného poriadku (§ 45 ods. 2 písm. h)), kde sa uvádza, že „exekučný titul je vykonateľné rozhodnutie a výkaz nedoplatkov vo veciach verejného zdravotného poistenia“, t. j. v rámci tohto ustanovenia Exekučného poriadku sa nevyžaduje aj právoplatnosť rozhodnutia.	O	A	
MIRRI SR	vlastnému materiálu, čl. VIII bod 60 Navrhujeme nahradiť slová „elektronickou formou“ slovami „elektronickými prostriedkami“. ODÔVODNENIE: Pojem elektronická forma nie je správny, existuje iba písomná forma a tá v sebe subsumuje listinnú a elektronickú podobu.	O	A	
MOSR	čl. I - bod 11 1. V § 6aa ods. 4 odporúčame slová „v odseku 2 a 3“ nahradiť slovami „v odsekoch 2 a 3“ a slová „pre dohľad“ vypustiť, vzhľadom na zavedenú legislatívnu skratku v § 1 písm. c) zákona č. 581/2004 Z. z. 2. V § 6aa ods. 7 odporúčame upraviť vnútorný odkaz. V § 6aa ods. 1 nie je splnomocnenie na vydanie všeobecne záväzného právneho predpisu.	O	A	
MOSR	čl. I - bod 13 V písmene m) odporúčame slovo „pokiaľ“ nahradiť slovom „ak“.	O	A	
MOSR	čl. I - bod 21 V súlade s bodom 6 prílohy č. 1 k Legislatívnym pravidlám vlády Slovenskej republiky odporúčame číslovku „10“ uviesť slovom „desiatich“.	O	A	
MOSR	čl. I - bod 22 V odseku 6 odporúčame vypustiť slová „podľa § 13 ods. 1 písm. c)“ z dôvodu, že v odseku 5 je zavedená legislatívna skratka.	O	N	Za účelom právnej istoty si dovoľujeme ponechať v predloženom znení. Existuje viacero konaní o predchádzajúci súhlas, zámerom je konkretizovať § 13 ods. 1 písm. c).
MOSR	čl. I - bod 27 V bode 27 sa navrhuje upraviť prvú vetu § 15 ods. 7 a vypustiť poznámku pod čiarou k odkazu 35aal. Ak sa má poznámka pod čiarou k odkazu 35aal vypustiť, odporúčame vysporiadať sa aj s odkazom 35aal), ktorý sa nachádza nad slovom „predpisu“ v štvrtej vete § 15 ods. 7.	O	A	
MOSR	čl. I - bod 31 V písmene g) prvom bode odporúčame slovo „poistená“ nahradiť slovom „poistenú“, v druhom bode odporúčame za slovo „plánovanú“ vložiť slovo „zdravotnú“ a v šiestom bode,	O	A	

	ôsmom bode a jedenástom bode za slovo „plánovanej“ vložiť slovo „zdravotnej“.			
MOSR	čl. I - bod 32 V písmene h) prvom bode odporúčame slovo „poistená“ nahradiť slovom „poistenú“, v šiestom bode, ôsmom bode a jedenástom bode odporúčame za slovo „plánovanej“ vložiť slovo „zdravotnej“.	O	A	
MOSR	čl. I - bod 37 Slová „tým, že dohliada na správne poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti,40a)“ uvedené za slovom „starostlivosti,40a)“ odporúčame vypustiť z dôvodu, že sú uvedené dvakrát.	O	A	
MOSR	čl. I - bod 4 Slovo „prerozdelenia“ odporúčame nahradiť slovom „prerozdelenia“ v súlade so znením § 18 ods. 1 písm. a) štvrtého bodu zákona č. 581/2004 Z. z. a slovo „štvrtého bodu“ odporúčame nahradiť slovom „štvrtý bod“.	O	A	
MOSR	čl. I - bod 40 V písmene s) odporúčame tretí bod preformulovať, pretože sú v ňom použité dve bodkočiarky. Podľa bodu 58 prílohy č. 1 k Legislatívnym pravidlám vlády Slovenskej republiky jedna veta môže obsahovať len jednu bodkočiarku.	O	A	
MOSR	čl. I - bod 46 V § 32 ods. 7 odporúčame slová „§ 31 odseku 1 písm. h)“ nahradiť slovami „§ 31 ods. 1 písm. h)“.	O	A	
MOSR	čl. I - bod 51 Slová „sa za slová „vydaným príslušným orgánom štátu, kde má sídlo“ vkladajú slová“ nahradiť slovami „druhej vete sa na konci pripájajú tieto slová:“.	O		
MOSR	čl. I - bod 56 Za slová „ods. 5“ odporúčame vložiť slová „úvodnej vete“.	O	A	
MOSR	čl. I - bod 58 1. V § 43a ods. 3 odporúčame slovo „v prípade“ vypustiť, slová „§ 43b odsek 1 písm. a)“ nahradiť slovami „§ 43b ods. 1 písm. a)“ a slová „§ 43a odsek 1 písm. c) alebo d)“ nahradiť slovami „§ 43b ods. 1 písm. c) alebo písm. d)“. 2. V § 43a ods. 8 odporúčame slová „odseku 4 alebo 5“ nahradiť slovami „odseku 4 alebo odseku 5“. 3. V § 43b ods. 8 odporúčame v súlade s bodom 6 prílohy č. 1 k Legislatívnym pravidlám vlády Slovenskej republiky číslu „9“ pred slovom „mesiacov“ uviesť slovom „deviatich“.	O	A	
MOSR	čl. I - bod 61 V úvodnej vete odporúčame slovo „novým“ vypustiť.	O	A	
MOSR	čl. I - bod 62 Za slová „ods. 3“ odporúčame vložiť slová „úvodnej vete“.	O	A	
MOSR	čl. I - bod 63 V poznámke pod čiarou k odkazu 71c odporúčame slová „§ 79 odsek 1 písm. d) a e)“ nahradiť slovami „§ 79 ods. 1 písm. d) a e)“ a slová „v spojení s“ nahradiť čiarkou.	O	A	
MOSR	čl. I - bod 76 Slová „(2x)“ odporúčame vypustiť.	O	A	
MOSR	čl. I - bod 83 V úvodnej vete odporúčame za slová „§ 86zl“ vložiť slovo „sa“.	O	A	

MOSR	čl. I - body 73 a 76 V súlade s bodom 36 prílohy č. 1 k Legislatívnym pravidlám vlády Slovenskej republiky odporúčame bod 73 z návrhu zákona vypustiť. Súčasne odporúčame v bode 76 vypustiť vetu „Doterajší § 67d sa označuje ako § 67c.“.	O	A	
MOSR	čl. I - úvodná veta V úvodnej vete odporúčame slová „zákona č. 541/2021 Z. z.“ nahradiť slovami „zákona č. 540/2021 Z. z.“. Odôvodnenie: Legislatívnotechnická pripomienka, pod číslom 541/2021 je v Zbierke zákonov Slovenskej republiky vyhlásená vyhláška Ministerstva školstva, vedy, výskumu a športu Slovenskej republiky.	O	A	
MOSR	čl. II - úvodná veta V úvodnej vete odporúčame uviesť všetky zákony, ktorým bol zákon č. 483/2001 Z. z. novelizovaný, a to zákon č. 310/2021 Z. z., zákon č. 431/2021 Z. z., zákon č. 454/2021 Z. z. a zákon č. 512/2021 Z. z.	O	A	
MOSR	čl. IV - bod 1 V § 156 ods. 1 písm. e) odporúčame slová „uhrádza fyzická osoba alebo právnická osoba, na účely ktorej alebo v záujme ktorej sa výkon vykonáva“ vypustiť, a to vzhľadom na znenie § 156 ods. 2 zákona č. 461/2003 Z. z., ako aj z dôvodu, že v navrhovanom znení je písmeno e) nezrozumiteľné.	O	N	Čl. IV bol z návrhu vypustený v celom rozsahu.
MOSR	čl. IV - bod 2 V úvodnej vete odporúčame slová „odsekom 27“ nahradiť slovami „odsekom 28“ a súčasne upraviť aj označenie odseku. Odsek 27 bol do zákona č. 461/2003 Z. z. doplnený zákonom č. 249/2022 Z. z.	O	N	Čl. IV bol z návrhu vypustený v celom rozsahu.
MOSR	čl. IV - úvodná veta V úvodnej vete odporúčame za slovo „sa“ vložiť slová „mení a“ z dôvodu, že zákon č. 461/2003 Z. z. sa mení aj doplnia.	O	N	Čl. IV bol z návrhu vypustený v celom rozsahu.
MOSR	čl. IX - bod 2 1. V § 40 ods. 9 písm. d) a ods. 10 písm. f) odporúčame číslovku „10“ uviesť slovom v súlade s bodom 6 prílohy č. 1 k Legislatívnym pravidlám vlády Slovenskej republiky. 2. V § 40 ods. 14 odporúčame slová „odseku 12 a 13“ nahradiť slovami „odsekov 12 a 13“.	O	A	
MOSR	čl. V - bod 2 V písmene d) odporúčame v súlade s bodom 6 prílohy č. 1 k Legislatívnym pravidlám vlády Slovenskej republiky číslovku „8“ uviesť slovom „ôsmich“.	O	A	
MOSR	čl. V - úvodná veta Slová „zákona č. 266/2022 Z. z.“ odporúčame vypustiť. Zákon č. 576/2004 Z. z. nebol zákonom č. 266/2022 Z. z. novelizovaný.	O	A	
MOSR	čl. VII - bod 12 Slovo „nahrádza“ odporúčame nahradiť slovom „nahrádzajú“.	O	A	
MOSR	čl. VII - bod 4 Za slová „písm. zb)“ odporúčame vložiť slová „úvodnej vete“.	O	A	
MOSR	čl. VII - body 1 a 2 Odporúčame body 1 a 2 spojiť do jedného bodu v tomto znení: „1. V § 19 ods. 1 písm. l) a ods. 4 písm. e) sa slová „§ 79 ods. 16“ nahrádzajú slovami „79 ods. 14“.“	O	A	
MOSR	čl. VIII - bod 12	O	A	

	Slová „§ 6 ods. 10 písm. b) štvrtom bode“ odporúčame nahradiť slovami „odseku 10 písm. b) štvrtého bodu“.			
MOSR	čl. VIII - bod 29 Odporúčame slová „ods. 7“ nahradiť slovami „ods. 9“.	O	A	
MOSR	čl. VIII - bod 61 1. V § 251 ods. 16 odporúčame slová „alebo 3“ nahradiť slovami „alebo ods. 3“. 2. Poznámku pod čiarou k odkazu 56i treba upraviť a uviesť v nej zákon č. 296/2020 Z. z. o 13. dôchodku a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. Zákonom č. 296/2020 Z. z. bolo ustanovené, že § 143a zákona č. 328/2002 Z. z. sa od 31. októbra 2020 nepoužije a ustanovenia § 77a a 77b zákona č. 461/2003 Z. z. sa vypúšťajú.	O	N	Ustanovenia o vymáhaní pohľadávok zdravotnými poisťovňami boli z návrhu vypustené.
MOSR	čl. VIII - bod 8 V odseku 9 písm. a) treťom bode je nad slovom „predpisu“ umiestnený odkaz 18aac). V poznámke pod čiarou sa však uvádza odkaz 13aac). Odporúčame odkazy zosúladiť.	O	A	odkaz upravený
MOSR	čl. VIII - body 5, 8, 13 Za slovo „fyzickej“ odporúčame v súlade s čl. 6 od. 6 Legislatívnych pravidiel vlády Slovenskej republiky vložiť slovo „osoby“.	O	A	
MOSR	čl. X Odporúčame termín účinnosti zákona 1. januára 2023 upraviť v súlade s čl. 8 ods. 7 až 9 Legislatívnych pravidiel vlády Slovenskej republiky.	O	A	
MPSVRSR	K analýze sociálnych vplyvov Zásadne žiadam, aby predkladateľ riadne identifikoval a zhodnotil všetky negatívne sociálne vplyvy (na hospodárenie dotknutých domácností) predloženého návrhu na zavedenie minimálneho vymeriavacieho základu zamestnanca a zrušenie odpočítateľnej položky v zdravotnom poistení. Zásadne žiadam, aby boli dotknuté skupiny čo najpresnejšie špecifikované. Zásadne žiadam doplniť aj vhodne zvolené modelové príklady na prezentovanie všetkých negatívnych vplyvov na hospodárenie domácností dotknutých týmto návrhom aj podľa ich špecifikácie. Odôvodnenie: Predložená analýza sociálnych vplyvov svojim rozsahom spracovania nemôže byť akceptovaná ako postačujúca, o to viac v prípade, ak predložený návrh zakladá takéto významné negatívne finančné vplyvy na početnú skupinu nízkopríjmových osôb/zamestnancov. Ide hlavne o nízkopríjmových zamestnancov na čiastočných úväzkoch, pričom veľakrát ide o jedinú možnosť pre tieto osoby zamestnať sa, keďže sú zároveň zaťažení nejakou nepriaznivou životnou/zdravotnou/sociálnou situáciou. Predložený návrh na zavedenie minimálneho vymeriavacieho základu zamestnanca sa nedotkne poistencov štátu. V prípade fyzickej osoby, ktorá je invalidná (podľa zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení) je poistencom štátu iba invalidná osoba, ktorej nevznikol nárok na invalidný dôchodok. Považujem za potrebné špecifikovať, koľkých poberateľov invalidného dôchodku predložený návrh negatívne ovplyvňuje. Zároveň považujem za potrebné uviesť aj identifikáciu a početnosť skupiny osôb, kvôli ktorým sa predložený návrh zavádza. Ide o osoby, ktoré sa vyhýbajú plateniu zdravotných odvodov cez čiastočné úväzky. Podľa predkladateľa ide napr. o majiteľov firiem, ktorí si vyplácajú niekoľko euróv mzdy, aby nemuseli platiť zdravotné odvody ako samoplátcovia. Podľa odhadov Ministerstva financií Slovenskej republiky (v stanovisku Stálej pracovnej komisie Legislatívnej rady vlády Slovenskej republiky na posudzovanie vybraných vplyvov pri Ministerstve hospodárstva Slovenskej republiky v rámci predbežného pripomienkového	Z	A	

	konania) uvedená skupina predstavuje malý podiel (10 % až 20 %) na celkovej skupine zasiahnutých osôb (viac ako 200 tis. osôb). Z tohto pohľadu návrh novely zákona aj podľa uvedenej komisie neefektívne rieši predmetný problém a má škodlivý vplyv na zamestnanosť a negatívne sociálne efekty práve pre citlivú skupinu nízkoprijmových zamestnancov. Návrh negatívne zasiahne aj zamestnancov, ktorým krátkodobo klesne mzda pod minimálny základ a zamestnancov s viacerými čiastočnými úväzkami, aj keď ich kumulatívny mesačný základ môže presiahnuť minimálny mesačný základ. Aj keď sa im navyše zaplatené odvody vrátia v ročnom zúčtovaní, títo zamestnanci budú dotovať systém zdravotného poistenia, preto považujem za potrebné zhodnotiť predložený návrh osobitne aj na túto negatívne zasiahnutú skupinu.			
MPSVRSR	K analýze sociálnych vplyvov V súvislosti so zavádzaním spoplatnenia podnetu na výkon dohľadu je potrebné v analýze sociálnych vplyvov, v časti týkajúcej sa skupín v riziku chudoby alebo sociálneho vylúčenia, presne definovať skupiny, ktorých sa predmetný návrh nebude týkať. Zároveň je potrebné tento návrh zhodnotiť ako negatívny sociálny vplyv v bode 4.2 analýzy sociálnych vplyvov, lebo sa zhoršuje prístup zraniteľných skupín (nízkoprijmových osôb) k právu namietať správnosť im poskytnutej zdravotnej starostlivosti. Odôvodnenie: Zosúladenie príslušného textu analýzy sociálnych vplyvov s navrhovaným legislatívnym znením hodnoteného opatrenia.	O	N	Úhrada za podanie podnetu bola z návrhu vypustená.
MPSVRSR	K Čl. I bod 46 Odporúčam v Čl. I bode 46 navrhovanom § 31 ods. 5 v druhej vete vypustiť slová „so sprievodcom“. Zároveň odporúčam v Čl. I bode 46 navrhovanom § 31 ods. 5 nad slovo „postihnutím“ umiestniť odkaz XY. Poznámka pod čiarou k odkazu XY znie: „XY) § 16 zákona č. 447/2008 Z. z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení zákona č. 191/2018 Z. z.“. Odôvodnenie: Mám za to, že vzhľadom aj na osobitnú časť dôvodovej správy k Čl. I bodu 46, v ktorej sa uvádza „úplne odpustenie úhrady v prípadoch osôb v hmotnej núdzi a osôb ťažko zdravotne postihnutých“, je potrebné vypustiť slová „so sprievodcom“, t.j. odpustenie úhrady nie len pre osoby s ťažkým zdravotným postihnutím so sprievodcom, ale pre celú skupinu osôb s ťažkým zdravotným postihnutím. Podľa § 1 ods. 1 zákona č. 447/2008 Z. z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia okrem iného upravuje právne vzťahy pri vyhotovení preukazu fyzickej osoby s ťažkým zdravotným postihnutím a pri vyhotovení preukazu fyzickej osoby s ťažkým zdravotným postihnutím so sprievodcom, pričom je v tomto ustanovení zavedená spoločná legislatívna skratka pre oba uvedené preukazy. V § 16 zákona č. 447/2008 Z. z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia sú ustanovené podmienky vyhotovovania oboch preukazov. V pripomienke navrhovaným doplnením odkazu na poznámku pod čiarou sa dosiahne jednoznačnosť právneho predpisu v tom zmysle, že oslobodený od úhrady za podanie podnetu na výkon dohľadu nad zdravotnou starostlivosťou bude tak držiteľ preukazu fyzickej osoby s ťažkým zdravotným postihnutím ako aj držiteľ preukazu fyzickej osoby s ťažkým zdravotným postihnutím so sprievodcom.	O	N	Úhrada za podanie podnetu bola z návrhu vypustená.
MPSVRSR	K Čl. I bod 58 Odporúčam v Čl. I bode 58 navrhovanom § 43 ods. 9 druhej vete slová „pracovnom pomere alebo v inom obdobnom pracovnoprávnom vzťahu“ nahradiť slovami „pracovnoprávnom	O	A	

	vzťahu“. Alternatívne odporúčam zväziť nahradenie slov „štátnym zamestnancom alebo zamestnancom vykonávajúcim prácu v pracovnom pomere alebo v inom obdobnom pracovnoprávnom vzťahu“ slovom „zamestnancom“. Odôvodnenie: Legislatívno-technická pripomienka. Zosúladenie s terminológiou zaužívanou v pracovnoprávnych predpisoch. Pojem pracovnoprávny vzťah zahŕňa pracovný pomer a dohody o prácach vykonávaných mimo pracovného pomeru. Zamestnancom je fyzická osoba v pracovnoprávnom vzťahu alebo v obdobnom pracovnom vzťahu (štátna služba) – § 11 Zákonníka práce, ak osobitný predpis neobsahuje vlastnú definíciu zamestnanca.			
MPSVRSR	K Čl. I bod 58 Odporúčam v Čl. I bode 58 navrhovanom § 43a ods. 10 vypustiť písmeno c). Odôvodnenie: Ide o subjektívne posúdenie bez zákonných kritérií s tým, že neexistuje objektívny dôvod na odmietnutie vybavenia podnetu z navrhovaného dôvodu, pričom nie je zrejmé, aké opravné prostriedky môže podávateľ podnetu uplatniť.	O	ČA	V zmysle pripomienky od iných subjektov v rámci MPK bolo ustanovenie prepracované tak, aby bolo jednoznačné, kedy úrad môže zastaviť konanie.
MPSVRSR	K Čl. I bod 58 Odporúčam v Čl. I bode 58 navrhovanom § 43a ods. 4 písm. g) a ods. 5 písm. e) slovo „poplatok“ nahradiť slovom „úhrada“. Odôvodnenie: Legislatívno-technická pripomienka. Zosúladenie terminológie používanej v návrhu zákona.	O	N	Úhrada za podanie podnetu bola z návrhu vypustená.
MPSVRSR	K Čl. I bod 58 Odporúčam v Čl. I bode 58 navrhovaný § 43b ods. 1 doplniť o ustanovenie v tom zmysle, že dohľad nad zdravotnou starostlivosťou sa vykoná aj na základe poznatkov získaných z kontrolnej, dohľadovej a hodnotiacej činnosti iných právnických osôb. Odôvodnenie: Úrad komisára pre deti, Úrad komisára pre osoby so zdravotným postihnutím, orgán sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately, Ústredie práce, sociálnych vecí a rodiny, vyššie územné celky, obce, mestá v rámci svojej kontrolnej a dohľadacej činnosti a v rámci povinnej súčinnosti pri výkone dohľadu alebo kontroly vykonávaných príslušnými orgánmi môžu získať informácie indikujúce nesprávne poskytnutie zdravotnej starostlivosti, napríklad nevykonávanie ošetrovateľských výkonov, zanedbávanie pitného režimu, veľká frekvencia hospitalizácie.	O	N	Tieto orgány majú aj v súčasnosti možnosť upozorniť úrad na možné pochybenie. V takom prípade úrad môže vykonať dohľad ex offio.
MPSVRSR	K Čl. I bodom 10 a 11 Odporúčam v Čl. I bode 10 navrhovaný § 6a ods. 4 a v Čl. I bode 11 navrhovaný § 6aa ods. 3 upraviť bez alternatív. Odôvodnenie: Podľa Čl. 6 Legislatívnych pravidiel vlády Slovenskej republiky má byť návrh zákona zrozumiteľný, a preto nie je prípustné, aby návrh zákona obsahoval normatívne ustanovenia v alternatívnych zneniach. Z predložených ustanovení má byť pripomienkujúcim subjektom zrejmé, ako chce predkladateľ nastaviť dané práva a povinnosti.	O	A	
MPSVRSR	K Čl. I bodu 11 Odporúčam v Čl. I bode 11 navrhovanom § 6aa ods. 1 na konci prvej vety pripojiť tieto slová: „a povinným kritériom kvality je uzatvorenie zmlúv o poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnej pomoci podľa § 20 ods. 1 písm. e) desiateho bodu v rozsahu minimálneho počtu lôžok“. Odôvodnenie: Odporúčam v súvislosti s § 7a zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach medzi povinné kritériá kvality doplniť aj uzatváranie zmlúv o poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnej pomoci tak, aby bola zabezpečená dostupnosť a kvalita ošetrovateľskej starostlivosti poskytovanej klientom zariadení sociálnej pomoci.	O	A	

MPSVRSR	<p>K Čl. I bodu 11 Odporúčam v Čl. I bode 11 navrhovanom § 6aa ods. 4 spresniť znenie ustanovenia tak, aby bolo zrejmé, že váhu kritérií kvality upravenú zákonom nie je možné meniť vykonávacím predpisom. Odôvodnenie: Podmienky upravené zákonom nie je možné meniť vykonávacím predpisom, nakoľko nie je možné predpisom nižšej právnej sily meniť podmienky dané zákonom. Zákomom stanovené podmienky je možné meniť len samotnou zmenou zákona a nie všeobecne záväzným predpisom nižšej právnej sily Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky.</p>	O	A	
MPSVRSR	<p>K Čl. I bodu 37 Zásadne žiadam v Čl. I bode 37 navrhovanú úpravu § 18 ods. 1 písm. d) upraviť v tom zmysle, že Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou vykonáva dohľad nad poskytovaním ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnej pomoci, a nie dohľad nad poskytovaním ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnej pomoci, ktoré sú vedené v registri zariadení sociálnej pomoci poskytujúcich ošetrovateľskú starostlivosť [(§ 20 ods. 1 písm. e) desiaty bod)]. Odôvodnenie: Podľa § 49p (prechodné ustanovenie k úpravám účinným od 1. augusta 2022) zákona č. 267/2022 Z. z. ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti 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 (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. Zásadne preto nesúhlasím s podmieňovaním výkonu dohľadu vedením v registri zariadení sociálnej pomoci poskytujúcich ošetrovateľskú starostlivosť. 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 zásadnej pripomienke uvedenú požiadavku je možné riešiť aj prechodným ustanovením v zákone č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach.</p>	Z	A	Návrh bol dopracovaný o prechodné ustanovenie.
MPSVRSR	<p>K Čl. I bodu 46 V prípade neakceptovania zásadnej pripomienky k Čl. I bodu 46 zásadne žiadam v Čl. I bode 46 navrhovanom § 31 ods. 5 druhej vete slovo „alebo“ nahradiť čiarkou a na konci pripojiť tieto slová: „alebo ak je z podnetu zrejmé, že malo dôjsť k porušeniu práva alebo právom chráneného záujmu poskytovaním ošetrovateľskej starostlivosti v zariadení sociálnej pomoci“. Odôvodnenie: Podmieňovať prijatie podnetu na výkon dohľadu nad zdravotnou starostlivosťou úhradou v prípade ošetrovateľskej starostlivosti poskytovanej v zariadeniach sociálnej pomoci nie je správne, ani vhodné a predstavuje riziko znižovania kvality vykonávania opatrení sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately.</p>	Z	N	Úhrada za podanie podnetu bola z návrhu vypustená.
MPSVRSR	<p>K Čl. I bodu 46 Odporúčam v Čl. I bode 46 navrhovanom § 31 ods. 5 druhej vete slovo „osobou“ nahradiť</p>	O	N	Úhrada za podanie podnetu bola z návrhu vypustená.

	<p>slovami alt. 1 „členom domácnosti, ktorá je“, alt. 2 „členom domácnosti, ktorej sa poskytuje pomoc“. Odôvodnenie: Zosúladenie terminológie s terminológiou používanou v zákone č. 417/2013 Z. z. o pomoci v hmotnej núdzi. V hmotnej núdzi sa podľa zákona č. 417/2013 Z. z. o pomoci v hmotnej núdzi nenachádza jednotliviec, ale domácnosť, ktorej je jednotliviec členom (pričom domácnosť môže tvoriť aj jednotliviec). Rozhodujúcim kritériom pre priznanie výhod v osobitných predpisoch však štandardne býva status člena domácnosti, ktorej sa poskytuje pomoc v hmotnej núdzi. V tomto kontexte je potrebné v návrhu uviesť, že od úhrady za podanie podnetu na výkon dohľadu nad zdravotnou starostlivosťou je v plnej výške oslobodený podávateľ podnetu, ktorý je členom domácnosti, ktorej sa poskytuje pomoc v hmotnej núdzi. Ak je zámerom predkladateľa oslobodiť aj osoby, ktoré sú v hmotnej núdzi, ale pomoc v hmotnej núdzi sa im neposkytuje, je potrebné použiť alt. 1. Môže ísť o situáciu, kedy je domácnosť v hmotnej núdzi z dôvodu, že jej príjem nedosahuje sumu životného minima, ale pomoc v hmotnej núdzi sa jej neposkytuje, nakoľko celkový príjem domácnosti je vyšší ako úhrn súm pomoci v hmotnej núdzi. Ak je zámerom predkladateľa oslobodiť od úhrady za podanie podnetu osoby, ktorým sa poskytuje pomoc v hmotnej núdzi, je potrebné použiť alt. 2. Predkladateľovi odporúčam oslobodiť od úhrady aj členov domácnosti, ktorá je v hmotnej núdzi, teda alt. 1. V tomto prípade však upozorňujem na to, že je potrebné od podávateľa podnetu vyžiadať rozhodnutie úradu práce, sociálnych vecí a rodiny, z ktorého bude zrejme, že táto osoba bola členom domácnosti, ktorá je v hmotnej núdzi v konkrétnom mesiaci, v ktorom podala podnet na výkon dohľadu nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti. U osôb, ktoré sú členmi domácnosti, ktorej sa poskytuje pomoc v hmotnej núdzi je možné údaj o poskytovaní pomoci v hmotnej núdzi získať z portálu oversi.sk, prípadne vyžiadať od podávateľa podnetu potvrdenie o poskytovaní pomoci v hmotnej núdzi, ktoré mu príslušný úrad práce, sociálnych vecí a rodiny vystaví na požiadanie. V tejto súvislosti upozorňujem na potrebu v § 6c ods. 3 písm. i) zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach slovo „poberateľom dávky“ nahradiť slovami „členom domácnosti, ktorej sa poskytuje pomoc“ v záujme zosúladenia terminológie s terminológiou používanou v zákone č. 417/2013 Z. z. o pomoci v hmotnej núdzi.</p>			
<p>MPSVRSR</p>	<p>K Čl. I bodu 46 Zásadne žiadam v Čl. I bode 46 navrhovanom § 31 ods. 1 vypustiť písmeno h). Odôvodnenie: Predkladateľ v osobitnej časti dôvodovej správy k Čl. I bodu 46 okrem iného uvádza, že cieľom predkladaného návrhu zákona je zníženie počtu dubióznych a špekulatívnych podaní, eliminovanie zjavne neopodstatnených a špekulatívnych podnetov, ktoré smerujú k neefektívnemu využívaniu personálnych a finančných zdrojov Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej len „úrad“). Podľa § 28 ods. 1 zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, úrad hospodári s majetkom úradu. Pri hospodárení s týmto majetkom je úrad povinný zachovávať hospodárnosť a efektívnosť jeho použitia. V zmysle vyššie uvedeného môže vzniknúť stav, že podnety nebudú vyhodnocovať zamestnanci úradu podľa obsahu, ale podľa solventnosti fyzických osôb, ktoré majú podozrenie, že im nebola poskytnutá zdravotná starostlivosť správne, a to aj v nadväznosti na znenie v Čl. I bode 58 navrhovaného § 43a ods. 9 písm. c), a to bez ohľadu na obsah podaného podnetu. Znenie ako ho navrhuje predkladateľ v spojitosti s odôvodnením v osobitnej časti dôvodovej správy je možné vnímať tak, že podnety na výkon dohľadu</p>	<p>Z</p>	<p>A</p>	

<p>podávajú v prvom rade fyzické osoby s nekalými záujmami a zodpovednosť za vyhodnotenie podnetu sa prenáša na fyzickú osobu, ktorá má podozrenie na porušenie jej práv a právom chránených záujmov. Podľa § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti je poskytovateľ povinný poskytovať zdravotnú starostlivosť správne. Zdravotná starostlivosť je poskytnutá správne, ak sa vykonajú všetky zdravotné výkony na správne určenie choroby so zabezpečením včasnej a účinnej liečby s cieľom uzdravenia osoby alebo zlepšenia stavu osoby pri zohľadnení súčasných poznatkov lekárskej vedy a v súlade so štandardnými postupmi na výkon prevencie, štandardnými diagnostickými postupmi a štandardnými terapeutickými postupmi pri zohľadnení individuálneho stavu pacienta. Fyzická osoba, ktorá má podozrenie, že boli porušené jej práva alebo právom chránené záujmy nemôže objektívne a správne posúdiť správne poskytovanie zdravotnej starostlivosti. Podľa Čl. 40 Ústavy Slovenskej republiky má každá fyzická osoba právo na ochranu zdravia. Pacient je zároveň voči poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti neustále v slabšom a závislejšom postavení. Preto na ochranu svojich práv a právom chránených záujmov pri domnienke, či podozrení, že mu zdravotná, či ošetrovateľská starostlivosť nie je poskytovaná správne a na určenie zodpovednosti, čo je vo všeobecnosti zložitá téma, potrebuje nezávislý a kompetentný orgán. Vzhľadom na cieľové skupiny (chorí, odkázaní, v pokročilom veku, znevýhodnení...), ktorým sa zdravotná starostlivosť, osobitný liečebný režim, či ošetrovateľská starostlivosť poskytuje, je žiadúce posilniť právne postavenie osôb domáhajúcich sa ochrany svojich práv a právom chránených záujmov pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Mám za to, že stanovením poplatkov za podanie podnetu sa toto postavenie značne oslabí. V zmysle v Čl. I bode 58 navrhovaného § 43a ods. 10 úrad má nástroje ako zabezpečiť efektívne využívanie personálnych kapacít a finančných zdrojov úradu bez ohľadu na úhradu za podanie podnetu alebo nie. V snahe naplniť deklarovaný cieľ úradu môže úrad vytvoriť iné mechanizmy na docielenie želaného stavu a zníženie počtu neopodstatnených podaní, napríklad spätnou úhradou za podanie neopodstatneného, šikanózneho podnetu. Úrad tiež môže implementovať interné mechanizmy na to, aby zamestnanci úradu vyhodnocovali obsah podnetov a ich relevantnosť. V prípade neadekvátnych podnetov, zavádzajúcich podnetov, opakujúcich sa, či šikanózných podnetov môže úrad vytvoriť internú normu a tieto odmietat', alebo odkladať. Upozorňujem, že predkladaným návrhom úrad zavádza nástroj, ktorý bude zaťažujúci pre všetky fyzické osoby, bez ohľadu na relevantnosť ich podnetu, a ktorý niektorým osobám môže reálne zabrániť naplneniu ich práva na ochranu zdravia. Upozorňujem, že nie je výnimkou, že mnohí prijímatelia sociálnych služieb nie sú v hmotnej núdzi, príp. nedisponujú ani preukazom fyzickej osoby s ťažkým zdravotným postihnutím so sprievodcom a podľa § 73 ods. 2 zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách musí prijímateľovi sociálnej služby po zaplatení úhrady za celoročnú pobytovú sociálnu službu zostať mesačne z jeho príjmu najmenej 25 % sumy životného minima pre jednu plnoletú fyzickú osobu ustanovenej osobitným predpisom, čo predstavuje od 1. júla 2022 58,61 eur. Predkladateľ nepredložil stanovenú výšku úhrady za podanie podnetu. Nie je zjavné, či suma, vo väčšine prípadov jediná, ktorú majú prijímatelia sociálnych služieb k dispozícii na celý mesiac, a z ktorej sú povinní uhrádzať napríklad aj doplatky za lieky, bude dostatočná na prípadné podanie podnetu fyzickej osoby. To, že fyzická osoba nepoberá dávky v hmotnej núdzi, alebo nemá preukaz osoby s ťažkým zdravotným postihnutím neznamená, že nie je so svojou výškou</p>			
--	--	--	--

	príjmov na okraji chudoby, či osobou s nízkym príjmom. S prihliadnutím na uvedené mám za to, že riešiť zaťaženie, či „zniženie/elimináciu počtu dubióznych, špekulatívnych a neopodstatnených podaní“ zavedením celoplošného spoplatnenia podávania podnetov je spoločensky neprimerané a nežiadúce (neeliminuje to, čo chce novela zákona riešiť) a postihne v konečnom dôsledku v spoločnosti tých najslabších a najodkázanejších. Zároveň sa vytvára akýsi precedens voči iným orgánom a inštitúciám, kde by sa z toho istého dôvodu (neopodstatnené, opakované, či šikanózne podnety sú bežným javom vo všetkých oblastiach a na všetkých úrovniach) mohlo podávanie podnetov spoplatniť.			
MPSVRSR	K Čl. I bodu 58 Zásadne žiadam v Čl. I bode 58 navrhovanom § 43 ods. 1 písm. b) za slovo „starostlivosti“ vložiť čiarku a slová „zariadeniami sociálnej pomoci, ktoré poskytujú ošetrovateľskú starostlivosť“. Odôvodnenie: Podmienky výkonu dohľadu nad poskytovaním ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnej pomoci nie sú upravené ani v súčasnosti v zákone č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach a nie sú ani súčasťou predkladaného návrhu zákona. Zásadne žiadam preto do rozsahu dohliadaných subjektov doplniť aj zariadenia sociálnej pomoci.	Z	N	<i>Predmetný návrh je už zahrnutý v § 47. Rozpor odstránený na rozporovom rokovaní dňa 6. septembra 2022.</i>
MPSVRSR	K Čl. IV Odporúčam v úvodnej vete Čl. IV slovo „dopĺňa“ nahradiť slovami „mení a dopĺňa“. Odôvodnenie: Legislatívno-technická pripomienka.	O	A	
MPSVRSR	K Čl. IV bodu 1 Zásadne nesúhlasím s v Čl. IV bode 1 § 156 ods. 1 navrhovaným rozšírením zdravotných výkonov na účely sociálneho poistenia. Odôvodnenie: Návrh právnej úpravy nebol pred predložením návrhu zákona do legislatívneho procesu prerokovaný s Ministerstvom práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky (sekciami sociálneho poistenia a dôchodkového sporenia), do ktorého gescie zákon č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení patrí. Rozšírenie zdravotných výkonov na účely sociálneho poistenia nepovažujem za odôvodnené a jeho zdôvodnenie nenachádzam ani v dôvodovej správe k návrhu zákona. Zároveň navrhované rozšírenie zakladá finančné vplyvy na rozpočet Sociálnej poisťovne, ktoré nie sú kvantifikované v doložke vplyvov na rozpočet verejnej správy. Z predkladaného návrhu nie je zrejmé, prečo je potrebné rozširovať počet a druh zdravotných výkonov na účely sociálneho poistenia ani aký účel (prínos) sa má navrhovanou zmenou dosiahnuť. Upozorňujem, že predkladateľom v Čl. IV bode 1 navrhované ustanovenie § 156 ods. 1 písm. e) nespadá svojím vyjadrením pod úkon, ktorý by mala hradiť Sociálna poisťovňa. Zároveň upozorňujem, že pod súčasné vystavenie potvrdenia o dočasnej práceneschopnosti spadá aj jeho elektronická forma. Taktiež sa v návrhu zákona predkladateľ nevysporiadal s ustanovením § 293fec ods. 3 zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení.	Z	A	Celý článok vypustený, rozpor netrvá.
MPSVRSR	K Čl. IV bodu 2 Zásadne žiadam v Čl. IV znenie bodu 2 nahradiť znením: „2. V § 170 odsek 17 znie: „(17) Sociálna poisťovňa poskytuje zdravotným poisťovniam na základe a) uzavretej dohody elektronicky údaje zo svojho informačného systému na účely vykonávania verejného zdravotného poistenia bez súhlasu dotknutých osôb,93ad) b) žiadosti zo svojho informačného systému bez súhlasu dotknutých osôb na účely vymáhania pohľadávok93adaa) údaje o poberateľovi dávky a o poberateľovi dôchodku starobného dôchodkového sporenia.“. Poznámka pod čiarou k odkazu 93adaa znie: „93adaa) § 25j zákona č. 580/2004	Z	A	Celý článok vypustený, rozpor netrvá.

	<p>Z. z. v znení zákona č.../2022 Z. z.“. Odôvodnenie: Poskytovanie osobných údajov bez súhlasu dotknutých osôb je možné len v nevyhnutnom rozsahu, ktorý je daný účelom, na ktorý sa spracúvajú. Podľa zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení platiteľom poistného je, okrem iných subjektov, aj zamestnávateľ. Podľa § 23 ods. 1 písm. b) zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení je poistenec povinný do ôsmich dní príslušnej zdravotnej poisťovni oznámiť zmenu alebo vznik platiteľa poistného. Podľa § 23 ods. 2 zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení túto povinnosť za zamestnanca oznamuje zamestnávateľ. Príkladmo poukazujem aj na ustanovenie § 19 ods. 1 zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení, podľa ktorého sú zdravotné poisťovne povinné vykonať ročné zúčtovanie poistného za svojho poistenca, a ak mal zamestnávateľa, tak aj za tohto zamestnávateľa. Na základe ustanovení predkladaného návrhu zákona mám za to, že zdravotné poisťovne údajmi o zamestnávateľoch, ktorí sú platiteľmi poistného na zdravotné poistenie a o poistencoch, disponujú. V tomto kontexte tieto informácie sú informáciami, ktoré zdravotné poisťovne získavajú zo svojej vlastnej činnosti, a preto ich opätovné poskytovanie Sociálnou poisťovňou je duplicitné a nadbytočné. Z návrhu zákona vyplýva, že za iný príjem sa považuje aj dôchodok zo starobného dôchodkového sporenia, je preto potrebné rozšíriť poskytnutie informácií o tomto účastníkovi konania, keďže touto informáciou Sociálna poisťovňa disponuje. Zároveň je potrebné začleniť navrhovanú povinnosť do už existujúceho § 170 ods. 17 zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení, kde sa poskytujú informácie pre zdravotné poisťovne. Upozorňujem aj na skutočnosť, že od 1. septembra 2022 nadobudne účinnosť novela zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení, ktorou sa § 170 dopĺňa odsekom 27.</p>			
MPSVRSR	<p>K Čl. IX Zásadne žiadam nad rámec predkladaného návrhu Čl. IX doplniť o nové novelizačné body XXX a XXY, ktoré znejú: „XXX. V § 3 ods. 3 sa slovo „trinásť“ nahrádza slovom „pätnásť“. XXY. V § 3 sa odsek 3 dopĺňa písmenami g) a h), ktoré znejú: „g) jeden člen navrhnutý Slovenskou komorou sociálnych pracovníkov a asistentov sociálnej práce, h) jeden člen navrhnutý komisárom pre osoby so zdravotným postihnutím.“. Odôvodnenie: Zásadne žiadam rozšíriť členov Kategorizačnej komisie pre ústavnú zdravotnú starostlivosť tak, aby boli doplnením zástupcu profesijnej organizácie sociálnych pracovníkov a asistentov sociálnej práce vytvorené reálne podmienky pre zohľadnenie multidisciplinárneho prístupu v zdravotníctve a doplnením zástupcu Úradu komisára pre osoby so zdravotným postihnutím (resp. účasťou samotného komisára) z dôvodu využitia poznatkov získaných výkonom funkcie komisára.</p>	Z	N	Pripomienka nad rámec návrhu zákona.
MPSVRSR	<p>K Čl. IX Zásadne žiadam nad rámec predkladaného návrhu Čl. IX doplniť o nový novelizačný bod XYY, ktorý znie: „XYY. V § 4 ods. 7 druhej vety sa bodka na konci vety nahrádza bodkočiarkou a pripájajú sa tieto slová: „to sa nevzťahuje na zmeny vykonané v súlade so základnými pravidlami tvorby všeobecne záväzných právnych predpisov podľa osobitného predpisu.X)“. Poznámka pod čiarou k odkazu X znie: „X) Zákon č. 400/2015 Z. z. o tvorbe právnych predpisov a o Zbierke zákonov Slovenskej republiky a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.“. Odôvodnenie: Vzhľadom na požiadavky platnej a účinnej právnej úpravy základných pravidiel tvorby právnych predpisov zásadne žiadam o zapracovanie výnimky a obmedzenie absolútnej záväznosti</p>	Z	N	Pripomienka nad rámec návrhu zákona.

	<p>stanoviska Kategorizačnej komisie pre ústavnú zdravotnú starostlivosť. Podľa v súčasnosti platného znenia § 4 ods. 1 a 2 písm. b) prvého bodu zákona č. 540/2021 Z. z. o kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky rozhoduje kategorizáciou ústavnej starostlivosti o špeciálnom personálnom zabezpečení nad rámec personálneho zabezpečenia podľa osobitného predpisu (§ 8 ods. 2 zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti – splnomocnenie na vydanie výnosu o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení) na základe záväzného odborného stanoviska, ktoré podľa § 4 ods. 7 zákona č. 540/2021 Z. z. o kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti pripraví Kategorizačná komisia pre ústavnú zdravotnú starostlivosť. Táto komisia pripraví tiež spôsob zapracovania zmien do kategorizácie a zašle ho spolu s odborným stanoviskom Ministerstvu zdravotníctva Slovenskej republiky. Toto odborné stanovisko je podľa § 4 ods. 7 druhej vety zákona č. 540/2021 Z. z. o kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti pre Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky záväzné. Preto zásadne žiadam, aby bola v zákone vytvorená možnosť všeobecne záväzným právnym predpisom upraviť špeciálne personálne zabezpečenie nad rámec personálneho zabezpečenia podľa výnosu Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky z 10. septembra 2008 č. 09812/2008-OL o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení v znení neskorších predpisov a neponechávať obsah výlučne na odbornom stanovisku Kategorizačnej komisie pre ústavnú zdravotnú starostlivosť.</p>			
MPSVRSR	<p>K Čl. V Zásadne žiadam nad rámec predkladaného návrhu Čl. V doplniť o nové novelizačné body XYZ a XYY, ktoré znejú: „XYZ. § 13 sa dopĺňa písmenom h), ktoré znie: „h) vykonávanie sociálnej práce.“. XYY. Za § 16 sa vkladá § 16a, ktorý znie: „§ 16a Vykonávanie sociálnej práce Výkon sociálnej práce je súbor pracovných činností, ktoré vykonáva sociálny pracovník alebo asistent sociálnej práce2bb) na podporu zmiernovania alebo odstraňovania sociálnych dôsledkov zdravotného stavu pacienta v súvislosti s jeho hospitalizáciou a prepustením.“. Odôvodnenie: Sociálni pracovníci v zdravotníctve sú súčasťou vyspelých zdravotníckych systémov v členských štátoch Európskej únie. V súčasnosti sú podmienky výkonu sociálnej práce v zdravotníctve upravené vo výnose Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky z 10. septembra 2008 č. 09812/2008-OL o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení v znení neskorších predpisov, čo je nedostatočné. Aj vzhľadom na ciele reforiem v zdravotníctve, napr. podpora multidisciplinárneho prístupu, je potrebné upraviť podmienky výkonu sociálnej práce priamo v zákone.</p>	Z	N	Pripomienka nad rámec návrhu zákona. Rozpor trvá.
MPSVRSR	<p>K Čl. V Zásadne žiadam nad rámec predkladaného návrhu Čl. V doplniť o nový novelizačný bod X, ktorý znie: „X. § 10a sa dopĺňa odsekom 9, ktorý znie: „(9) Zariadenie sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately môže poskytovať aj fyzioterapeutickú starostlivosť, ak ju poskytujú zamestnanci v povolani fyzioterapeut, ktorí spĺňajú podmienky na výkon zdravotníckeho povolania podľa osobitného predpisu.9aa)“.“. Odôvodnenie: Podľa § 93 ods. 6 zákona č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kurately môžu zariadenia sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately zamestnávať fyzickú osobu v</p>	Z	N	Pripomienka nad rámec návrhu zákona. Rozpor trvá.

	pracovnoprávnom vzťahu s odbornou spôsobilosťou na vykonávanie odborných metód fyzioterapie pre deti, ktorým sa poskytuje starostlivosť v centre pre deti a rodiny pobytovou formou. Vzhľadom na aplikačnú prax je však v záujme zvýšenia kvality vykonávaných odborných činností potrebné spresniť podmienky tejto činnosti v centrách pre deti a rodiny rovnako ako pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti v centrách pre deti a rodiny.			
MPSVRSR	K Čl. V Zásadne žiadam nad rámec predkladaného návrhu Čl. V doplniť o nový novelizačný bod XY, ktorý znie: „XY. V § 12 ods. 8 sa za slová „v súlade s § 11 ods. 7“ vkladajú slová „alebo u detí, ktoré sú na základe rozhodnutia súdu umiestnené v zariadení“. Odôvodnenie: 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. Dieťa je reálne umiestnené v profesionálnej náhradnej rodine alebo v samostatne usporiadanej skupine centra pre deti a rodiny. Trvalý pobyt dieťaťa sa umiestnením dieťaťa do zariadenia na základe rozhodnutia súdu nemení. Hlavným cieľom centra pre deti a rodiny je dieťa vrátiť do sanovanej biologickej rodiny alebo nájsť dieťaťu náhradnú rodinu. V praxi sa často stáva, že dieťa strávi menej ako polroka v profesionálnej náhradnej rodine a do profesionálnej náhradnej rodiny je umiestnené ďalšie – nové dieťa. Zákonná podmienka uvedená v § 12 ods. 7 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, že dohoda o poskytovaní všeobecnej ambulantnej starostlivosti sa uzatvára najmenej na šesť mesiacov nie je v záujme týchto detí a spôsobuje, že pediatri odmietajú uzavrieť dohodu s centrom pre deti a rodiny, a tým nie je možné zabezpečiť zdravotnú starostlivosť deťom. Z uvedeného dôvodu je nutné rozšíriť okruh výnimiek uvedených v § 12 ods. 8 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti.	Z	A	Pripomienka nad rámec návrhu zákona. Prehodnocujeme s vecnou sekciou.
MPSVRSR	K Čl. VIII Zásadne žiadam vo vzťahu k v Čl. VIII bode 8 navrhovanému § 6 ods. 9 a v Čl. VIII bode 13 navrhovanému § 6 ods. 11 písm. c) doplniť Čl. VIII o úpravu spôsobu získavania informácií Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou o zákonných zástupcoch maloletých detí - poistencoch, ktoré boli zverené do starostlivosti inej fyzickej osoby alebo právnickej osoby na základe rozhodnutia súdu. Odôvodnenie: Znenie ako ho navrhuje predkladateľ vychádza z predpokladu, že Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou disponuje databázou rodičov, ktorým boli deti na základe rozhodnutia súdu odňaté zo starostlivosti. Nie je však zrejmé, odkiaľ bude tieto informácie Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou čerpať, nakoľko neexistuje databáza, ktorá by súborne zbierala takéto informácie.	Z	A	Vzhľadom k skutočnosti, že v Slovenskej republike neexistuje databáza takýchto údajov, informácie bude Úrad čerpať iba ad hoc, z oznámení od zákonných zástupcov, subjektov vykonávajúcich náhradnú starostlivosť a pod.
MPSVRSR	K Čl. VIII bodom 18 a 20 Odporúčam zosúladiť v Čl. VIII bode 18 navrhovanej úpravy § 8 ods. 1 písm. b) - podanie prihlášky, v ktorom sa rodné priezvisko vypúšťa a v Čl. VIII bode 20 navrhovaného § 8a ods. 5 písm. b) – späťvzatie prihlášky, v ktorom pri identifikácii poistenca rodné priezvisko ostáva. Odôvodnenie: Zosúladiť znenia.	O	A	
MPSVRSR	K Čl. VIII bodom 40, 47 a 52 Zásadne žiadam predkladateľa v súvislosti s Čl. VIII bodmi 40, 47 a 52 a súvisiacimi predloženými návrhmi ustanovení, aby nezvyšoval odvodové zaťaženie nízkoprijmových zamestnancov nad úroveň samoplatcov a aby celé náklady zvýšenia odvodového zaťaženia neznašal len zamestnanec, bez žiadneho spolupodieľania sa zamestnávateľa. Obe skutočnosti	Z	ČA	Minimálny vymeriavací základ zamestnanca upravený tak, aby bol vo výške životného minima pre 1 osobu, zároveň ponechané ustanovenia o uplatnení odpočítateľnej položky bez zmeny. Minimálny základ vo výške životného minima

	<p>považujem za zásadne sociálne nespravodlivé s výraznými negatívnymi vplyvmi na zamestnanosť nízkopríjmových zamestnancov. Odôvodnenie: Predkladateľ zvolil naviazanie minimálneho vymeriavacieho základu zamestnanca na minimálnu mzdu (ktorá je v zmysle predkladaného návrhu 57 % priemernej mzdy z pred dvoch rokov), keď samoplátcovia aktuálne platia z 50 % priemernej mzdy z pred dvoch rokov. Zároveň predkladateľ celý rozdiel do minimálneho vymeriavacieho základu navrhol tak, že ho bude platiť zamestnanec (14 % sadzba).</p>			<p>zabezpečí, aby nízkopríjmové osoby s reálnym príjmom nižším ako životné minimum neboli postihnuté negatívnymi dopadmi, nakoľko tieto osoby majú možnosť byť poistencami štátu (dávka v hmotnej núdzi a pod.), pričom na poistencov štátu sa minimálny základ zamestnanca vzťahovať nebude. Samotné zachovanie minimálneho základu zamestnanca sa predkladateľovi javí ako správne a potrebné.</p>
MPSVRSR	<p>K Čl. VIII bodom 47 a 52 Zásadne žiadam predkladateľa v súvislosti s Čl. VIII bodmi 47 a 52 a súvisiacimi predloženými návrhmi ustanovení, aby prehodnotil formu a obsah opatrení, ktorých deklarovaným hlavným cieľom je boj proti vyhýbaniu sa platenia zdravotných odvodov cez čiastočné úväzky. Predkladateľom navrhnuté opatrenia majú zásadný negatívny sociálny vplyv, pretože znižujú disponibilné príjmy nízkopríjmových zamestnancov a zároveň sa tým vytvárajú negatívne vplyvy na motiváciu zamestnať sa pre týchto zamestnancov. Z uvedených dôvodov zároveň zásadne žiadam prehodnotiť úpravu odpočítateľnej položky v zdravotnom poistení. Odôvodnenie: Súhlasím a podporujem snahu predkladateľa riešiť situáciu s majiteľmi firiem, ktorí si vyplácajú niekoľko eurové mzdy, aby nemuseli platiť zdravotné odvody ako samoplátcovia. Avšak vzhľadom na to, že uvedená skupina má relatívne malý podiel na celkovej skupine zasiahnutých osôb, pričom hlavnú skupinu zasiahnutých tvoria nízkopríjmoví zamestnanci, s čím sú spojené výrazné negatívne vplyvy na zamestnanosť a sociálne vplyvy ohrozených skupín obyvateľov, predkladateľom navrhnuté riešenie považujem za vysoko neefektívne a zároveň s neodôvodnene výraznými negatívnymi sociálnymi vplyvmi a vplyvmi na zamestnanosť. Zosúladenie pracovného a rodinného života vedie mnohé ženy k tomu, aby sa zamestnali na kratší pracovný čas, alebo aby prácu vykonávali v rámci dohody o prácach vykonávaných mimo pracovného pomeru. Pracovný pomer na kratší pracovný čas je využívaný najmä ženami popri starostlivosti o dieťa, nakoľko predstavuje pre ženy šancu na udržanie pracovných návykov. Predkladateľom navrhovanou právnou úpravou matky nebudú motivované k zvýšeniu pracovného uplatnenia na trhu práce, pretože pracujúcim na kratší pracovný čas a na dohodách o prácach vykonávaných mimo pracovného pomeru náklady stúpnu. Odpočítateľná položka v zdravotnom poistení bola zavedená ako nástroj na podporu nízkopríjmových zamestnancov – t. j. tých, ktorých zárobok z titulu výkonu zamestnania je vo výške minimálnej mzdy a mierne nad hodnotou minimálnej mzdy. A navyše pri predkladateľom navrhovanej úprave, ak príjem nedosiahne úroveň minimálneho vymeriavacieho základu, bude musieť zamestnanec odvieť poisťné na verejné zdravotné poistenie z minimálneho vymeriavacieho základu. Predkladateľom navrhovaná právna úprava bude mať za následok zhoršenú ekonomickú situáciu mnohých rodín. Takýto návrh predkladateľa je v priamom rozpore s programovým vyhlásením vlády Slovenskej republiky, ktorým sa zaviazala znížiť daňovo-odvodové zaťaženie nízko-príjmových skupín obyvateľstva, vrátane posilnenia odpočítateľnej položky pre nízkopríjmových.</p>	Z	ČA	<p>Minimálny vymeriavací základ zamestnanca upravený tak, aby bol vo výške životného minima pre 1 osobu, zároveň ponechané ustanovenia o uplatnení odpočítateľnej položky bez zmeny. Minimálny základ vo výške životného minima zabezpečí, aby nízkopríjmové osoby s reálnym príjmom nižším ako životné minimum neboli postihnuté negatívnymi dopadmi, nakoľko tieto osoby majú možnosť byť poistencami štátu (dávka v hmotnej núdzi a pod.), pričom na poistencov štátu sa minimálny základ zamestnanca vzťahovať nebude. Samotné zachovanie minimálneho základu zamestnanca sa predkladateľovi javí ako správne a potrebné.</p>
MPSVRSR	<p>K Čl. VIII bodu 61 Odporúčam v Čl. VIII bode 61 navrhovanom § 25j ods. 6 vypustiť písmeno i). Odôvodnenie: 13. dôchodok je štátna sociálna dávka a z uvedeného dôvodu ju možno subsumovať pod v</p>	O	A	<p>Vymáhanie pohľadávok priamo zdravotnými poisťovňami bolo z návrhu vypustené.</p>

	<p>Čl. VIII bode 61 navrhovaný § 25j ods. 6 písm. e). Zároveň upozorňujem, že poznámka pod čiarou k odkazu 56i odkazuje na neaktuálnu právnu úpravu 13. dôchodku. 13. dôchodok je aktuálne upravený zákonom č. 296/2020 Z. z. o trinástom dôchodku a o zmene a doplnení niektorých zákonov.</p>			
MPSVRSR	<p>K Čl. VIII bodu 61 Odporúčam v Čl. VIII bode 61 navrhovaný § 25j ods. 1 doplniť aj o dôchodky doplnkového výsluhového dôchodku. Odôvodnenie: V Čl. VIII bode 61 navrhovanom § 25j ods. 1 predkladateľ navrhuje, aby vymáhaniu pohľadávok zrážkami zo mzdy a z iných príjmov podliehala mzda, plat alebo iný príjem dlžníka, pričom týmto iným príjmom sa okrem iného rozumejú aj dôchodky starobného dôchodkového sporenia, ak nie sú uvedeným zákonom alebo osobitným predpisom³¹⁾ z vymáhania pohľadávok vylúčené. V poznámke pod čiarou k odkazu 31 sa uvádza celý zákon č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení a celý zákon č. 43/2004 Z. z. o starobnom dôchodkovom sporení, ktorý však dôchodky starobného dôchodkového sporenia z vymáhania pohľadávok priamo nevylučuje. V tejto súvislosti upozorňujem na prebiehajúci legislatívny proces k návrhu zákona, ktorým sa mení a dopĺňa Exekučný poriadok (LP/2022/293), a na zmeny, ktoré budú vykonané na základe zásadnej pripomienky Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky. Na základe výsledku rozporového konania bude § 89 ods. 1 Exekučného poriadku doplnený aj o dôchodky doplnkového výsluhového dôchodku. Pri skončení výkonu prác zaradených na základe rozhodnutia orgánu štátnej správy na úseku verejného zdravotníctva do tretej alebo štvrtej kategórie a prác zamestnanca, ktorý vykonáva profesiu tanečníka alebo hráča na dychový nástroj (rizikové práce) má takýto účastník nárok na vyplácanie doplnkového dôchodkového sporenia. Tento dôchodok sa vypláca z majetku tvoreného primárne príspevkami zamestnávateľa, ktorých platenie je v zmysle § 13 ods. 3 zákona č. 650/2004 Z. z. o doplnkovom dôchodkovom sporení pre zamestnávateľa povinné. Z uvedeného dôvodu odporúčam, aby bol v Čl. VIII bode 61 navrhovaný § 25j ods. 1 doplnený aj o dôchodky doplnkového výsluhového dôchodku.</p>	O	A	Vymáhanie pohľadávok priamo zdravotnými poisťovňami bolo z návrhu vypustené.
MPSVRSR	<p>K Čl. VIII bodu 61 Zásadne žiadam v Čl. VIII bode 61 navrhovanom § 25j doplniť právnu úpravu maximálneho rozsahu zrážok zo mzdy a z iných príjmov, a teda aj z dávok sociálneho poistenia a dôchodkov starobného dôchodkového sporenia nasledovne: „Pri vymáhaní pohľadávok zrážkami zo mzdy a z iných príjmov sa zrážka môže vykonať najviac v rozsahu sumy, ktorú možno postihnúť exekúciou podľa osobitného predpisu.“. Odôvodnenie: Návrh zákona ako ho navrhuje predkladateľ neustanovuje, v akom rozsahu sa zrážka zo mzdy a z iných príjmov môže vykonať. Vo vzťahu k rozsahu zrážok zo mzdy a z iných príjmov návrh právnej úpravy obsahuje iba obmedzenie uvedené v Čl. VIII bode 61 § 25k ods. 2, podľa ktorého: „Dlžníkovi sa nesmie zraziť z mesačnej mzdy základná suma; spôsoby jej výpočtu ustanovuje osobitný predpis.“. Uvedené by znamenalo, že napr. zo starobného dôchodku, bez ohľadu na jeho výšku by dlžníkovi po zrazení zostala iba základná suma (v základe 140 % životného minima na plnoletú fyzickú osobu platného v mesiaci, za ktorý sa vykonávajú zrážky), čo považujem za neprimerané. Uvedené je v rozpore so všeobecne zaužívaným rozsahom zrážok upravenom v zákone č. 233/1995 Z. z. o súdnych exekútoroch a exekučnej činnosti (Exekučný poriadok), na ktorý odkazuje pri vymáhaní pohľadávok napr. aj zákon č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení. Ustanovenie § 89 ods. 1 Exekučného poriadku</p>	Z	A	Vymáhanie pohľadávok priamo zdravotnými poisťovňami bolo z návrhu vypustené.

	ustanovuje, že ustanovenia o exekúcií zrážkami zo mzdy sa použijú aj na exekúciu zrážkami z dávok sociálneho poistenia a dôchodkov starobného dôchodkového sporenia, pričom ustanovenia o exekúcií zrážkami zo mzdy upravujú rozsah zrážok, v akom ich možno vykonať (§ 68 až § 71 Exekučného poriadku). Pri vykonávaní zrážok teda nejde iba o podmienku, že sa nesmie zraziť základná suma.			
MPSVRSR	K Čl. VIII bodu 61 Zásadne žiadam v Čl. VIII bode 61 navrhovanom § 25k ods. 13 vypustiť povinnosť platiteľa mzdy bezodkladne oznámiť zdravotnej poisťovni skutočnosť, že dočasná práceneschopnosť trvá dlhšie ako 10 dní a zároveň ju informovať, ktorá pobočka Sociálnej poisťovne bude dlžníkovi vyplácať nemocenské, resp. ponechať ju iba v prípade, ak dočasná práceneschopnosť nebude realizovaná cez systém tzv. elektronickej dočasnej pracovnej neschopnosti. Odôvodnenie: Úpravu zásadne žiadam v záujme predchádzania administratívnej záťaže zamestnávateľov. Informácia o trvaní dočasnej práceneschopnosti bude vo väčšine prípadov dostupná napr. NCZI (v rámci zavedenia tzv. elektronickej dočasnej pracovnej neschopnosti) a je preto možné ju získavať aj z iných zdrojov ako od zamestnávateľa.	Z	A	Vymáhanie pohľadávok priamo zdravotnými poisťovňami bolo z návrhu vypustené.
MPSVRSR	K hodnoteniu sociálnych vplyvov (v súvislosti s Čl. IX - návrh novely zákona č. 540.2021 Z. z. o kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti týkajúci sa tvorby a vedenia zoznamu poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti) V doložke vybraných vplyvov v bode 10. Poznámky považujem za potrebné uviesť, prečo uvedené návrhy zmien týkajúce sa tvorby a vedenia zoznamu poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti nezakladajú žiadne sociálne vplyvy (hodnotené v bode 4.2 analýzy sociálnych vplyvov – prístup k zdrojom, právam, tovarom a službám). V prípade, že predmetné návrhy tieto sociálne vplyvy zakladajú, je ich potrebné zhodnotiť v analýze sociálnych vplyvov. Odôvodnenie: Pripomienka je v súlade s Jednotnou metodikou na posudzovanie vybraných vplyvov.	O	N	Predkladateľ má za to, že návrh sociálne vplyvy nemá. Tie neboli identifikované ani pri návrhu konceptu zoznamu čakajúcich poistencov pri jeho schvaľovaní vo forme zákona č. 540/2021 Z. z.
MPSVRSR	Všeobecná pripomienka Upozorňujem, že v legislatívnom procese (rokovanie vo výboroch Národnej rady Slovenskej republiky) je návrh zákona o inšpekcii v sociálnych veciach (PT 1023), ktorý zavádza správny dozor ako kontrolnú činnosť Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky s navrhovanou účinnosťou od 1. novembra 2022, čím vznikne potreba zosúladiť znenie predkladaného návrhu zákona, ktorý je predmetom pripomienkového konania, s uvedeným zákonom, a to v oblasti výkonu dohľadu nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti v zariadeniach sociálnej pomoci.	O	A	
MSSR	K čl. I bod 12 (§ 7 ods. 9) Slová „za slová“ odporúčame nahradiť tvarom „za slovom“.	O	A	
MSSR	K čl. VIII bod 61 (§ 25k ods. 7) Zásadne nesúhlasíme so zavedením poplatku za realizáciu vymáhania pohľadávok zdravotnou poisťovňou, ktorý má byť príjmom zdravotnej poisťovne a žiadame túto právnu úpravu vypustiť bez náhrady. Pokiaľ je cieľom návrhu zákona zvýšiť vymáhateľnosť pohľadávok zdravotných poisťovní, tak, ako je deklarované v materiáli, je potom v úplnom rozpore s cieľom navrhovanej právnej úpravy zavádzať nové poplatky, ktoré navyše majú byť príjmom súkromných subjektov. Táto pripomienka je zásadná.	Z	A	

MSSR	K čl. I bod 10 (§ 6a) Za slovami „podľa odseku 4“ je potrebné vložiť čiarku.	O	N	Predkladateľ má za to, že čiarku nie je potrebné doplniť.
MSSR	K čl. I bod 17 (§ 8c ods. 1) Pred slová „do dňa“ je potrebné vložiť úvodzovky.	O	A	
MSSR	K čl. I bod 29 (§ 15a ods. 1) Tvar „slovami“ odporúčame nahradiť tvarom „slovom“.	O	A	
MSSR	K čl. I bod 35 (§ 18 ods. 1 písm. a.) V úvodnej vete je potrebné slovo „desiaty“ upraviť do tvaru „desiatym“.	O	A	
MSSR	K čl. I bod 38 (§ 18 ods. 1 písm. x.) V úvodnej vete je potrebné slovo „nová“ upraviť do tvaru „nové“.	O	A	
MSSR	K čl. I bod 49 (§ 33 ods. 3 písm. e.) Tvar „slovami“ odporúčame upraviť do tvaru „slovom“.	O	A	
MSSR	K čl. I bod 58 (§ 43 ods. 8) V § 43 ods. 8 sa používa slovné spojenie „prizvať znalca“, ktoré je v rozpore s terminológiou používanou v zákone č. 382/2004 Z. z. o znalcoch, tlmočníkoch a prekladateľoch a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „ZZTP“), ako aj v správnom poriadku (§ 36) atď. V tomto smere existujú dve možnosti a to povinnosť vykonať znaleckú činnosť môže vyplývať buď z rozhodnutia orgánu verejnej moci, alebo zo zmluvného základu. Nie je zrejmé, čo má subsumovať slovné spojenie „prizvať znalca“. Keďže ide o konanie vedené orgánom verejnej moci, podľa nášho názoru by bolo namieste vydanie rozhodnutia. V takom prípade by išlo o „ustanovenie znalca“. Táto pripomienka je zásadná.	Z	A	
MSSR	K čl. I bod 58 (§ 43a ods. 10) V § 43a ods. 10 písm. a) je upravená možnosť odmietnuť podnet, ak v čase doručenia podnetu uplynulo viac ako päť rokov od namietnutého konania. Z hľadiska právnej istoty považujeme za vhodné, aby v prípade uplynutia objektívnej lehoty došlo k obligatórnemu odmietnutiu podnetu. Ak bude upravená iba možnosť Úradu podnet odmietnuť, situácia bude právne nejasná pre podávateľov podnetov, ako aj pre dohliadané subjekty. Neexistuje totiž žiadne kritérium, podľa ktorého by sa posudzovalo, v ktorom prípade dôjde k odmietnutiu a v ktorom nie. V § 43a ods. 10 písm. c) je upravená možnosť odmietnuť podnet, ak je z neho zrejmé, že výkonom dohľadu ide o snahu zabezpečiť znalecký posudok pre potreby súdneho konania. Ako vyplýva z navrhnutého znenia § 43 ods. 6, vopred nemá byť zrejmé, či bude v konkrétnom prípade prizvanou osobu odborný konzultant alebo znalec, t. j. či bude pre Úrad vypracovaný znalecký posudok alebo nie. Podstatnejšie je to, že Úrad nemá ako dokázať zámer podávateľa podnetu, vždy pôjde o domnienku. Proti odmietnutiu podnetu je neprípustné podať opravný prostriedok, čiže činnosť Úradu na tomto úseku by bola nepreskúmateľná. Zásadne žiadame vypustiť toto ustanovenie. Táto pripomienka je zásadná.	Z	A	
MSSR	K čl. I bod 58 (§ 43c ods. 5 a poznámka pod čiarou k odkazu 63a) V § 43c ods. 5 druhej vete navrhujeme vypustiť slovo „žiaden“ z dôvodu nadbytočnosti. V poznámke pod čiarou k odkazu 63a) navrhujeme nahradiť citáciu „§ 139 ods. 1 písm. h) Trestného zákona“ citáciou „§ 128 ods. 1 Trestného zákona,“ nakoľko v § 139 ods. 1 je upravený pojem chránenej osoby, nie verejného činiteľa.	O	A	
MSSR	K čl. I bod 58 (úvodná veta)	O	A	

	V úvodnej vete odporúčame nahradiť slovo „nadpisov“ slovami „nadpisu nad § 43“.			
MSSR	K čl. I bod 71 (§ 67b ods. 1 písm. j.) Tvar „slovami“ odporúčame upraviť do tvaru „slovom“.	O	A	
MSSR	K čl. I bod 76 (§ 67c) Novelizáciu vetu je potrebné upraviť do tvaru: „§ 67 sa vypúšťa.“ Vetu „Doterajší § 67d sa označuje ako § 67c“ je potrebné vypustiť. Podľa bodu 36 Prílohy č. 1 k Legislatívnym pravidlám vlády Slovenskej republiky, ak sa vypúšťa celý paragraf, ďalšie paragrafy sa neprečíslujú.	O	A	
MSSR	K čl. I bod 79 (§ 76 ods. 3 písm. h.) Za slovami „písm. h)“ odporúčame vložiť slová „celom texte“. Za slovom „vyrovnaného“, ako aj za slovom „reštrukturalizačného“ je potrebné vypustiť slovo „(2x)“.	O	A	
MSSR	K čl. I body 7 a 8 (§ 6 ods. 9 a ods. 12) Aj s ohľadom na judikatúru súdov EÚ odporúčame v novonavrhovaných ustanoveniach týkajúcich sa prepoisťovania zohľadňovať solidárny prvok. Podľa osobitnej časti dôvodovej správy má navrhovaná zmena priniesť rovnaké pravidlá pre všetky zdravotné poisťovne. V nadväznosti na uvedené, odporúčame v § 6 ods. 9 nahradiť slová „Fyzická osoba vykonávajúca nábor poistencov pre zdravotnú poisťovňu“ slovami „Zamestnanec poisťovne vykonávajúci nábor poistencov pre zdravotnú poisťovňu“.	O	ČA	Text preformulovaný.
MSSR	K čl. I. bod 46 a 58 (úhrada za podanie podnetu na výkon na dohľad nad zdravotnou poisťovňou) Zásadne nesúhlasíme so zavedením úhrady za podanie podnetu na výkon dohľadu nad zdravotnou starostlivosťou. Navrhujeme stanoviť výšku úhrady vykonávacím predpisom, pričom v zmysle priloženého návrhu vykonávacieho predpisu sa úhrada navrhuje vo výške 66 eur. Predkladateľ odôvodňuje zavedenie s cieľom eliminácie neopodstatnených, šikanózných a špekulatívnych podaní a tiež neefektívnym využívaním personálnych kapacít a finančných zdrojov. S uvedeným tvrdením sa nestotožňujeme. Je potrebné uviesť, že výkon dohľadu nad zdravotnou starostlivosťou je jednou z primárnych úloh Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej len „úrad“). Preto vo všeobecnosti zastávame názor, že úrad by mal byť otvorený podnetom, prípadne hľadať riešenia na zefektívnenie ich vybavovania, nakoľko aj prostredníctvom nich vie realizovať svoje zákonné oprávnenia, a nie sledovať zámer ich eliminácie, t.j. prostredníctvom poplatku odradiť podávateľov. Právnym následkom neuhradenia sumy 66 eur má byť podľa § 43a ods. 9 písm. c) návrhu zákona obligatórne odmietnutie podnetu. Tento koncept vnímame ako problematický v dvoch rovinách. Treba upozorniť na značný rozdiel medzi žalobou a sťažnosťou na jednej strane a trestným oznámením alebo podnetom na druhej strane. Kým žalobou alebo sťažnosťou sa sleduje súkromný záujem, trestným oznámením a podnetom sa sleduje verejný záujem. O tom svedčí napríklad to, že orgány verejnej moci môžu začať trestné konanie alebo dohľad aj na základe poznatkov zo svojej úradnej činnosti. S tým súvisí, že s podaním trestného oznámenia alebo podnetu sa nespája poplatková povinnosť. Podaním trestného oznámenia alebo podnetu sa mnohé osoby snažia zlepšiť svoje postavenie v súdnom konaní, trestnom konaní, prípadne v konaní, ktoré ešte nie je vedené, ale možno bude. Nechceme to spochybňovať, avšak nemalo by to znamenať plošné spoplatnenie všetkých podnetov. Vo vzťahu k šikanóznym podaniam poukazujeme na to, že v § 43a ods. 10 návrhu zákona sa navrhuje nová možnosť odmietnutia podnetu zo strany úradu a to, ak	Z	A	

	<p>ide o opakované a zjavné bezdôvodné uplatňovanie práva na prešetrovanie správnosti poskytnutej zdravotnej starostlivosti. Aj keby sme odhliadli od vyššie uvedených skutočností, javí sa ako veľmi diskutabilné, či by úhrada sumy 66 eur bola spôsobilá odradiť jednotlivcov od podávania zjavne nedôvodných podnetov a podnetov šikanóznej povahy. Zaslanie podnetu na Úrad je úkonom, ktorého základom je presvedčenie, že zdravotná starostlivosť nebola poskytnutá lege artis. Možno predpokladať, že ide o situáciu, ktorá má významný dopad na podávateľa podnetu a jeho najbližších. Preto sa javí, že suma 66 eur by veľkú väčšinu osôb neodradila od podania podnetu. Pritom ide o sumu, ktorá by predstavovala neprekonateľnú prekážku pre osoby z majetkovo slabších pomerov, na ktoré sa v mnohých prípadoch nevzťahuje oslobodenie od úhrady podľa § 31 ods. 5 návrhu zákona. V praxi možno očakávať, že podnet nebude z uvedených dôvodov podaný ani v prípadoch, v ktorých by bolo jeho podanie vhodné a potrebné z hľadiska ochrany verejného záujmu. Rozumieme tomu, že zámerom Úradu je znížiť nápad vecí, ktorý sa, predpokladáme, z roka na rok stále zvyšuje. Napriek tomu, spoplatnenie podania podnetu považujeme za systémovo chybné riešenie. Zároveň sme presvedčení o tom, že zavedenie úhrady by nemalo veľký efekt pri obmedzení počtu zjavne nedôvodných podnetov. Naopak, určitej časti osôb by fakticky bolo vzaté právo podať podnet na vykonanie dohľadu, lebo ich finančné pomery by im to neumožnili. Rovnako sme názoru, že zavedenie úhrady nebude mať efekt ani vo vzťahu k zefektívneniu využívania personálnych kapacít, nakoľko bude potrebné venovať priestor vracaniu úhrady v prípadoch uvedených v § 32 ods. 7. Dodávame, že v § 31 ods. 1 písm. h) sa v rámci vnútorného odkazu odkazuje na § 43a ods. 1 písm. b), avšak § 43a ods. 1 sa nečlení na písmená. Aj v kontexte uvedeného, považujeme spoplatnenie podnetu za neprimerané. Rovnako považujeme za nedostatočný aj rozsah navrhovaného oslobodenia od úhrady za podanie podnetu na výkon dohľadu nad zdravotnou starostlivosťou. V tejto súvislosti si dovoľujeme uviesť, že v rámci uplatňovania súdnych poplatkov v konaniach o náhradu škody alebo nemajetkovej ujmy, v ktorých bolo potvrdené porušenie povinnosti zo strany úradu, je trend opačný. S účinnosťou od 1. januára 2020 sú žalobcovia od súdneho poplatku oslobodení. Táto pripomienka je zásadná.</p>			
MSSR	<p>K čl. IV (úvodná veta) Na konci úvodnej vety je potrebné za slovo „sa“ vložiť slová „mení a“. Predkladateľ navrhuje v článku IV nielen doplnenie zákona č. 461/2003 Z. z. , ale aj jeho zmenu.</p>	O	A	
MSSR	<p>K čl. IX bod 2 (§ 40) V § 40 odseku 10 písm. f) odporúčame slová „10 dňová“ upraviť do tvaru „desaťdňová“.</p>	O	A	
MSSR	<p>K čl. V bod 1 (§ 10a ods. 2 písm. c.) Za slovo „pripájajú“ je potrebné vložiť slovo „tieto“ a za slovo „slová“ je potrebné vložiť dvojbodku. Porov. Bod 35.2 Prílohy č. 1 k Legislatívnym pravidlám vlády Slovenskej republiky.</p>	O	A	
MSSR	<p>K čl. VII bod 12 (§ 81 ods. 1 písm. j.) Slovo „nahrádza“ je potrebné upraviť do tvaru „nahrádzajú“.</p>	O	A	
MSSR	<p>K čl. VIII bod 5 (§ 6 ods. 4 písm. a.) Navrhuje sa, aby zákonný zástupca nemohol podať prihlášku, v prípade, ak bol maloletý zverený do starostlivosti inej fyzickej osoby alebo právnickej osoby na základe rozhodnutia súdu. V tejto súvislosti upozorňujeme, že podľa ustanovenia § 36 ods. 2 zákona č. 36/2005 Z. z. o rodine a o zmene a doplnení niektorých zákonov obsah náhradnej starostlivosti tvoria</p>	Z	A	doplnený text: „ak sa rozsah náhradnej starostlivosti vzťahuje aj na možnosť podania prihlášky za maloletého poistenca“

	práva a povinnosti vymedzené zákonom alebo súdnym rozhodnutím. To znamená, že môže nastať situácia, že súdnym rozhodnutím bude konkretizovaný rozsah náhradnej starostlivosti. Žiadame navrhované ustanovenie preformulovať tak, aby nemožnosť podania prihlášky pre zákonného zástupcu zohľadňovala rozsah oprávnení určených v súdnom rozhodnutí. Táto pripomienka je zásadná.			
MSSR	K čl. VIII bod 61 (§ 25b ods. 1) Požadujeme definovanie a doplnenie úpravy „trov konania“, vrátane pravidiel ich náhrady, nakoľko z návrhu zákona nie je zrejmý ani základný rámec obsahového vymedzenia tohto pojmu, nie sú upravené pravidlá znášania trov konania, absentujú pravidlá náhrady trov konania účastníkov a zdravotnej poisťovne. V prvom odseku žiadame vysvetliť obsahové znenie poslednej vety, v ktorej sa uvádza, že na účely konania vo veciach vymáhania pohľadávok sa má zdravotná poisťovňa považovať za správny orgán. Má sa v tomto prípade vzťahovať na dané konanie aj Správny poriadok? Nie je zrejmý obsahový rámec tejto právnej normy a vysvetlenie nie je obsiahnuté ani v dôvodovej správe. Okrem uvedeného absentuje úprava procesných práv účastníka, ako nazeranie do spisov, absentujú pravidlá vedenia spisu, ochrany osobných údajov atď. Táto pripomienka je zásadná.	Z	N	Úprava právomocí vo vzťahu k vypusteniu vymáhania pohľadávok bola z návrhu vypustená.
MSSR	K čl. VIII bod 61 (§ 25b ods. 2 a 3) Odporúčame predkladateľovi koncipovať navrhovanú právnu úpravu ako danú na výber tak, aby zdravotná poisťovňa bola oprávnená sama na základe dostupných informácií rozhodnúť, či bude postupovať podľa ustanovení návrhu zákona, alebo podá priamo návrh na vykonanie exekúcie. Nie v každom prípade je efektívne postupovať len zrážkami zo mzdy alebo prikázaním pohľadávky, najmä ak existuje exekúciou postihnuteľný iný majetok a súčasne dlžník poberá mzdu. Takéto obmedzenie môže spôsobiť nadmerné zaťaženie dlžníkov zrážkami zo mzdy alebo obmedzením účtu v banke, napriek tomu, že majú k dispozícii iný majetok, ktorým je možné vzniknutú pohľadávku pokryť.	O	A	Vymáhanie pohľadávok priamo zdravotnými poisťovňami bolo z návrhu vypustené.
MSSR	K čl. VIII bod 61 (§ 25b ods. 4) Nakoľko nie je zrejmé, akým spôsobom sa bude v konaní riešiť zmena dlžníka (povinného/účastníka konania), je potrebné túto právnu úpravu dopracovať a dovysvetľovať v dôvodovej správe. V tomto prípade absentuje procesný postup v konaní v prípade zmeny účastníka. Preto tu vyvstávajú viaceré otázky. Bude sa automaticky pohľadávka vymáhať voči nástupcovi bez doručenia upovedomenia o začatí tohto konania? Akým spôsobom sa nástupca dozvie o vedení konania, akým spôsobom a v akých časových intervaloch má byť nástupca informovaný o vedení konania, o výške pohľadávky a príslušenstva, kedy nadobúda práva a povinnosti účastníka konania? Akým spôsobom a kedy môže namietať vedenie a opodstatnenosť konania? Na účely právnej istoty je potrebné tieto otázky vyriešiť príslušnou zákonnou úpravou. Táto pripomienka je zásadná.	Z	A	Vymáhanie pohľadávok priamo zdravotnými poisťovňami bolo z návrhu vypustené.
MSSR	K čl. VIII bod 61 (§ 25c) Požadujeme úpravu dotknutého ustanovenia tak, aby bolo zrejmé, že má ísť o výkaz nedoplatkov podľa § 17a ods. 10, t. j. o právoplatný a vykonateľný výkaz nedoplatkov, nakoľko vo vykonávacom konaní nie je možné vykonať rozhodnutie, ktoré nie je vykonateľné. Okrem uvedeného, požadujeme jednoznačným spôsobom identifikovať rozhodnutia úradu podľa zákona č. 581/2004 Z. z., ktoré majú byť exekučným titulom a majú byť vykonané v tomto konaní (poznámka pod čiarou je nedostatočná a vysvetlenie nie je obsiahnuté ani v dôvodovej správe). Na účely právnej istoty je potrebné toto zákonné	Z	A	Vymáhanie pohľadávok priamo zdravotnými poisťovňami bolo z návrhu vypustené.

	ustanovenie preformulovať a doplniť tak, aby bolo jednoznačné zrejmé, ktoré rozhodnutia a s akými vlastnosťami sú exekučným titulom, ktorý by mal byť vykonaný v konaní vo veciach vymáhania pohľadávok podľa návrhu zákona. Táto pripomienka je zásadná.			
MSSR	K čl. VIII bod 61 (§ 25e) Požadujeme dopracovanie právnej úpravy vo vzťahu k odloženiu vymáhania pohľadávok z dôvodu povolenia splátkového kalendára. V prvom rade poukazujeme na to, že splátkový kalendár je možné povoliť v zmysle ustanovení zákona č. 580/2004 Z. z. len za zákonom ustanovených podmienok a len v prípade platobnej neschopnosti dlžníka, čo je nepostačujúce. V tomto prípade je potrebné rozšíriť povolenie úhrady dlhu v splátkach obdobne, ako je to v prípade sociálneho poistenia (t. j. aj o iné odôvodnené situácie). Okrem uvedeného, návrh zákona nerieši situáciu „zamietnutia“ resp. „nevyhovenia“ žiadosti dlžníka o úhradu dlhu v splátkach, keďže na toto „konanie“ sa nevzťahuje Správny poriadok. V tomto prípade je potrebné právnu úpravu dopracovať, nakoľko nie je zrejmé, akým spôsobom sa bude postupovať v prípade nevyhovenia žiadosti o plnenie v splátkach v rámci konania o odloženie vymáhania pohľadávok; (sú voči takémuto „rozhodnutiu“ prípustné námietky?). V odseku 6 je potrebné explicitne uviesť, že pokiaľ ide o rozhodnutie, ktorým sa nevyhovelo žiadosti o odklad vymáhania pohľadávok v splátkach, sú voči nemu prípustné námietky. V tomto prípade je nevyhnutné, aby vecne preskúmal takúto žiadosť a postup zdravotnej poisťovne úrad, ako štátny orgán. Táto pripomienka je zásadná.	Z	A	Vymáhanie pohľadávok priamo zdravotnými poisťovňami bolo z návrhu vypustené.
MSSR	K čl. VIII bod 61 (§ 25f) V odseku 1 v písmene c) odporúčame vypustiť slovo „písomne“, nakoľko nie je zrejmy obsah tohto pojmu. Ide o listinnú formu, elektronickú formu (či akúkoľvek formu)? V odseku 3 požadujeme upraviť lehotu, v akej sa preplatok dlžníkovi vráti. Okrem uvedeného, upozorňujeme predkladateľa na to, že v odseku 5 sa viaže povinnosť zdravotnej poisťovne na okamih nadobudnutia právoplatnosti rozhodnutia o zastavení konania vo veciach vymáhania pohľadávok, avšak návrh zákona takúto vlastnosť a predpoklady jej vzniku (rovnako ani samotný platný zákon) neupravuje. Z ustanovenia ďalej nie je zrejmé, v akej lehote sa oznámenie zasiela, ani jeho obsahové náležitosti. V tomto smere je potrebné právnu úpravu dopracovať. Táto pripomienka je zásadná.	Z	A	Vymáhanie pohľadávok priamo zdravotnými poisťovňami bolo z návrhu vypustené.
MSSR	K čl. VIII bod 61 (§ 25g § 25h) Opakovane zdôrazňujeme, že z návrhu zákona nie je zrejmé, či sa na toto konanie vzťahuje Správny poriadok alebo nie, a preto je väčšina ustanovení nezrozumiteľná. To platí aj v prípade navrhovaného mechanizmu podania námietok, ako aj v prípade navrhovanej právnej úpravy doručovania. V tomto smere požadujeme právnu úpravu dopracovať podľa vzoru právnej úpravy vymáhania pohľadávok Sociálnou poisťovňou, vrátane lehoty na podanie opravného prostriedku. Rovnako tak, požadujeme dôvody námietok zosúladiť s dôvodmi zastavenie konania vo veciach vymáhania pohľadávok, nakoľko ak má zdravotná poisťovňa zastaviť toto konanie aj na návrh na zastavenie vymáhania pohľadávok zo zákonom uvedených dôvodov, je potrebné pripustiť podanie návrhu na zastavenie vymáhania pohľadávok z rovnakých dôvodov (inak povedané, ustanovenie § 25g ods. 3 nekorešponduje s § 25f ods. 1). Táto pripomienka je zásadná.	Z	A	Vymáhanie pohľadávok priamo zdravotnými poisťovňami bolo z návrhu vypustené.
MSSR	K čl. VIII bod 61 (§ 25i) Odporúčame predkladateľovi v odseku 1 zaviesť legislatívne skratky a následne ich aj dôsledne používať. Rovnako tak, odporúčame preformulovať písmeno b) nasledovne: „b)	O	A	Vymáhanie pohľadávok priamo zdravotnými poisťovňami bolo z návrhu vypustené.

	prikázaním peňažnej pohľadávky z účtu vedeného v banke alebo pobočke zahraničnej banky (ďalej len „prikázanie pohľadávky“).“.			
MSSR	K čl. VIII bod 61 (§ 25j – to platí aj pre § 25l ods. 16) V odseku 7 upozorňujeme predkladateľa na nezrovnalosť a kolíziu s ustanovením § 25e ods. 5, nakoľko nie je zjavné, či upovedomenie o odklade exekúcie je obsiahnuté v doručovanom rozhodnutí o odložení vymáhania pohľadávok, alebo ide o samostatnú listinu. V tomto prípade odporúčame úpravu vypustiť ako nadbytočnú.	O	A	Vymáhanie pohľadávok priamo zdravotnými poisťovňami bolo z návrhu vypustené.
MSSR	K čl. VIII bod 61 (§ 25k – vydanie exekučného príkazu) Požadujeme doplniť predmetné ustanovenie o odsek, v ktorom sa upraví proces vydania exekučného príkazu, t. j. že ho zdravotná poisťovňa vydá po márnom uplynutí lehoty na podanie námietok voči upovedomeniu o začatí vymáhania pohľadávok alebo po nadobudnutí právoplatnosti rozhodnutia, ktorým sa námietky zamietli. V návrhu zákona absentuje táto právna úprava a nie je zjavné, kedy sa exekučný príkaz vydáva. Táto pripomienka je zásadná.	Z	A	Vymáhanie pohľadávok priamo zdravotnými poisťovňami bolo z návrhu vypustené.
MSSR	K čl. VIII bod 61 (§ 25k – zrážky zo mzdy a iných príjmov) Upozorňujeme predkladateľa na skutočnosť, že v rámci navrhovanej úpravy absentuje úprava a postup v prípade, ak má dlžník viacero platiteľov mzdy. Nie je upravený postup zdravotnej poisťovne, ak nastane takýto prípad, preto je potrebné v tomto smere právnu úpravu dopracovať. Ďalej je potrebné vysporiadať sa s prípadnou kolíziou s vedením vymáhania pohľadávok Sociálnou poisťovňou, prípadne súdnym exekútorom, nakoľko aktuálne je možné viesť niekoľko vykonávacích konaní, avšak problematika stretu týchto konaní nie je upravená. Táto pripomienka je zásadná.	Z	A	Vymáhanie pohľadávok priamo zdravotnými poisťovňami bolo z návrhu vypustené.
MSSR	K čl. VIII bod 61 (§ 25k ods. 18) Odporúčame vypustiť ustanovenie odseku 18 ako nadbytočné. Odsek 19 jednoznačným spôsobom upravuje postup pri zmene platiteľa mzdy, pričom ustanovenie odseku 18 môže byť v aplikačnej praxi pomerne problematické. Dlžník môže sice oznámiť novému platiteľovi, že je voči nemu vedené vymáhanie pohľadávok zdravotnou poisťovňou, avšak platiteľ mzdy nemá všetky požadované údaje pre realizáciu platieb, preto môže vykonať zrážky buď v nesprávnej výške, prípadne vykonať úhradu bez uvedenia potrebných špecifikácií realizácie platby. V tejto súvislosti vnímame toto ustanovenie ako nadbytočné, ktoré môže spôsobiť praktické problémy.	O	A	Vymáhanie pohľadávok priamo zdravotnými poisťovňami bolo z návrhu vypustené.
MSSR	K čl. VIII bod 61 (§ 25k ods. 2) Upozorňujeme predkladateľa na nezrozumiteľnosť druhej vety, ktorá je vytrhnutá z kontextu právnej úpravy obsiahnutej v Exekučnom poriadku; (otázne je, čo sa rozumie mesačnou mzdou, či ide o hrubú mzdu alebo čistú mzdu). V tomto smere požadujeme, aby bolo explicitne uvedené, že pri vymáhaní pohľadávok zrážkami zo mzdy sa môže vykonať zrážka najviac v rozsahu sumy, ktorú možno postihnúť exekúciou podľa osobitného predpisu, a to s príslušnou poznámkou pod čiarou s citáciou ustanovení § 69 až 71 Exekučného poriadku. Táto pripomienka je zásadná.	Z	A	Vymáhanie pohľadávok priamo zdravotnými poisťovňami bolo z návrhu vypustené.
MSSR	K čl. VIII bod 61 (§ 25k ods. 20 a 21) Zásadne nesúhlasíme so zavedením novej povinnosti pre zamestnávateľa, a to vydávať potvrdenie o vedení vymáhania pohľadávok zrážkami zo mzdy, ako aj povinnosť vyžadovať toto potvrdenie o tom, či bolo voči zamestnancovi vedené takéto konanie (v minulosti). Uvedené navrhované nové povinnosti zamestnávateľov nemajú v tomto smere žiadne	Z	A	Vymáhanie pohľadávok priamo zdravotnými poisťovňami bolo z návrhu vypustené.

	opodstatnenie. O prebiehajúcom vymáhaní pohľadávky na verejnom zdravotnom poistení informuje nového zamestnávateľa zdravotná poisťovňa tým, že mu doručí exekučný príkaz. O zastavených vymáhaniach, prípadne odložených, ukončených, nie je potrebné vystavovať potvrdenia, nakoľko sú bezpredmetné a pre zamestnávateľa nemajú žiadny význam. Žiadame túto právnu úpravu vypustiť bez náhrady. Táto pripomienka je zásadná.			
MSSR	K čl. VIII bod 61 (§ 25k ods. 22) Odporúčame druhú vetu preformulovať, nakoľko návrh zákona neupravuje „odvody“ vykonaných zrážok, ale povinnosť platiteľa mzdy poukazovať zrážky zo mzdy na účet zdravotnej poisťovne.	O	A	Vymáhanie pohľadávok priamo zdravotnými poisťovňami bolo z návrhu vypustené.
MSSR	K čl. VIII bod 61 (§ 25k ods. oznamovacie povinnosti zamestnávateľa voči zdravotnej poisťovni) Žiadame z návrhu zákona vypustiť všetky oznamovacie povinnosti zamestnávateľa voči zdravotnej poisťovni (ide najmä o odseky 12 až 14, odseky 16 až 17) o skutočnostiach, o ktorých má zdravotná poisťovňa vedomosť na základe informácií o platiteľoch poistného na verejné zdravotné poistenie a na základe realizácie svojej činnosti (poukazujeme aj na § 29b). Ide o zavedenie nových oznamovacích povinností, ktoré sú v úplnom rozpore so zásadami upraveným v zákone 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. Táto pripomienka je zásadná.	Z	A	Vymáhanie pohľadávok priamo zdravotnými poisťovňami bolo z návrhu vypustené.
MSSR	K čl. VIII bod 61 (§ 25k všeobecne) Odporúčame predkladateľovi prehodnotiť systematiku ustanovenia a toto ustanovenie rozdeliť na dva paragrafy tak, aby bola najprv upravená problematika zrážok zo mzdy a následne upravené špecifiká pri zrážkach z iných príjmov a v súvislosti s tým samozrejme vykonať aj legislatívno-technické zmeny v § 25j ods. 4, nakoľko ustanovenie § 25k je nesystematické, čo spôsobuje jeho neprehľadnosť a nečitateľnosť. Okrem uvedeného, je potrebné ustanovenie terminologicky a legislatívno-technicky upraviť.	O	A	Vymáhanie pohľadávok priamo zdravotnými poisťovňami bolo z návrhu vypustené.
MSSR	K čl. VIII bod 61 (§ 25l ods. 16 a 17) Zásadne nesúhlasíme s blokovaním účtu dlžníka v prípade rozhodnutia o odklade vymáhania pohľadávky, nakoľko takáto úprava nemá svoje opodstatnenie. V prvom rade je odklad možné povoliť len v prípade platobnej neschopnosti dlžníka, prípadne ak sa ocitol v postavení, ktoré môže mať vážne dôsledky pre neho alebo členov jeho rodiny. Navrhovaná právna úprava nezrušenia blokovania prostriedkov na účte v banke narušá cieľ inštitútu odkladu vymáhania, a neumožňuje dlžníkovi hradiť svoje nevyhnutné životné potreby ani z prostriedkov, ktoré má k dispozícii. V tomto prípade trváme na prepracovaní právnej úpravy, resp. na jej vypustení bez náhrady. Táto pripomienka je zásadná.	Z	A	Vymáhanie pohľadávok priamo zdravotnými poisťovňami bolo z návrhu vypustené.
MSSR	K čl. VIII bod 61 (§ 25l ods. 2) Ustanovenie odseku 2 je potrebné preformulovať, nakoľko tento spôsob výkonu rozhodnutia nie je možné realizovať odpísaním pohľadávky (na účte nie je vedená pohľadávka, ale peňažné prostriedky) z účtu dlžníka, ale odpísaním peňažných prostriedkov vo výške vymáhanej pohľadávky.	O	A	Vymáhanie pohľadávok priamo zdravotnými poisťovňami bolo z návrhu vypustené.
MSSR	K čl. VIII bod 61 (§ 25l ods. 7) Ustanovenie je potrebné vypustiť ako nadbytočné. Dlžníkovi sa predsa doručuje upovedomenie o začatí vymáhania pohľadávok prikázaním pohľadávky.	O	A	Vymáhanie pohľadávok priamo zdravotnými poisťovňami bolo z návrhu vypustené.

MSSR	<p>K čl. VIII bod 61 (§ 25m) Zásadne požadujeme upraviť rozsah peňažných prostriedkov, ktoré nepodliehajú vymáhaniu pohľadávok prikázaním pohľadávky rovnako tak, ako tento rozsah upravuje zákon č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení. Táto pripomienka je zásadná.</p>	Z	A	Vymáhanie pohľadávok priamo zdravotnými poisťovňami bolo z návrhu vypustené.
MSSR	<p>K čl. VIII bod 61 (úvodná veta) V úvodnej vete odporúčame slová „nad paragrafom“ nahradiť slovami „nad § 25b“.</p>	O	A	
MSSR	<p>K čl. VIII bod 61 (všeobecne) Zásadne nesúhlasíme s osobitnou úpravou konania vo veciach vymáhania pohľadávok zdravotnými poisťovňami. V prvom rade si dovoľujeme poukázať na to, že zdravotná poisťovňa je v zmysle zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 581/2004 Z. z.“) akciou spoločnosťou založenou na účely vykonávania verejného zdravotného poistenia na základe povolenia na vykonávanie tejto činnosti, pričom na zdravotné poisťovne sa vzťahuje Obchodný zákonník, ak zákon č. 581/2004 Z. z. neustanovuje inak. Zdravotná poisťovňa tak môže vykonávať svoju činnosť len na základe povolenia, ktoré vydáva príslušný štátny orgán po preskúmaní podmienok pre výkon tejto činnosti. Zdravotná poisťovňa nemá v rámci tohto povolenia priznanú všeobecnú rozhodovaciu právomoc na úseku vymáhania jej pohľadávok (v rozsahu vykonávania „exekúcie“), nakoľko táto právomoc prislúcha v zmysle osobitných právnych predpisov subjektom na to priamo splnomocneným zákonom, prípadne iným štátnym orgánom konajúcim na základe zákona pri výkone „administratívneho“ rozhodnutia. Zdravotná poisťovňa nie je správnym orgánom v zmysle ustanovení Správneho poriadku a je oprávnená vykonávať výlučne činnosti, ktoré sú ustanovené zákonom a ktoré súvisia s výkonom verejného zdravotného poistenia, pričom podlieha dohľadu zo strany úradu. Zdravotné poisťovne sú tak zriadené na účely vykonávania verejného zdravotného poistenia, ktorým sa síce rozumie činnosť vo verejnom záujme (realizovaná za podmienok ustanovených zákonom), pri ktorej sa hospodári s verejným prostriedkami, avšak pod túto činnosť nemožno subsumovať výkon „administratívnych“ rozhodnutí, nakoľko zdravotná poisťovňa takúto právomoc nemá. Skutočnosť, že obdobné konanie vo veciach vymáhania pohľadávok je zavedené v rámci sociálneho poistenia a na jeho výkon, je oprávnená Sociálna poisťovňa v tomto smere nie je podstatná, nakoľko Sociálna poisťovňa má v rámci orgánov verejnej moci svoje osobitné postavenie, ktoré je pomerne odlišné od postavenia zdravotnej poisťovne, ktorá je súkromným subjektom práva (okrem Všeobecnej zdravotnej poisťovne) a nemá postavenie štátneho orgánu. Štát v zásade nemá reálny dosah na činnosť zdravotnej poisťovne (okrem Všeobecnej zdravotnej poisťovne), preto nepovažujeme za vhodné za takýchto podmienok prenášať na zdravotné poisťovne aj zodpovednosť štátu za výber (vymáhanie) verejných prostriedkov od dlžníkov a najmä splnomocniť v zásade súkromné subjekty na realizáciu „vykonávacieho konania“ a na realizáciu zásahov do práv a právom chránených záujmov fyzických osôb alebo právnických osôb bez akejkoľvek intervencie štátnej moci a súdnej kontroly (má ísť o výkon rozhodnutí, ktoré vydávajú zdravotné poisťovne, prípadne úrad, ktoré nemusia v žiadnom rozsahu prejsť súdnou kontrolou). Okrem vyššie uvedeného, je potrebné podotknúť, že daný koncept „vymáhania“ pohľadávok má zásadný vplyv na právo na súdnu a inú právnu ochranu fyzických osôb a právnických osôb, a to aj napriek tomu, že ide o rozhodnutia, ktoré sú preskúmateľné súdom, nakoľko sa</p>	Z	A	

<p>v tomto prípade má priznať právomoc súkromným subjektom rozhodovať o právach a povinnostiach fyzických osôb a právnických osôb s priamym dopadom na ich majetok (t.j. priamy výkon rozhodnutia). V súvislosti s navrhovanou úpravou vznikajú otázky aj vo vzťahu k zodpovednosti štátu za nesprávny úradný postup a nezákonné rozhodnutie v rámci vykonávacieho konania, nakoľko z návrhu zákona nie je zrejmé, ktorý „orgán“ má niesť túto zodpovednosť za prípadne vzniknutú škodu a akým spôsobom sa budú riešiť prípadné zodpovednostné vzťahy, prípadne, ktorý orgán je oprávnený realizovať dohľad nad touto činnosťou zdravotnej poisťovne a prípadne aj konštatovať nesprávny úradný postup, v akom rozsahu je zodpovedná zdravotná poisťovňa za realizáciu vykonávacieho konania atď. Ďalej poukazujeme na to, že priznanie takejto kompetencie súkromným subjektom len v konkrétnom druhu (zákonného) poistenia, aj keď ide o verejné zdravotné poistenie, je spôsobilé vyvolať tlak na neodôvodnené rozširovanie tejto kompetencie aj pre ostatné súkromné subjekty práva, keďže existuje aj viacero iných druhov zákonného poistenia (napr. zákonné povinné poistenie motorového vozidla). Priznanie takejto právomoci súkromným subjektom by mohlo mať vplyv na zvýšené požiadavky iných súkromných subjektov (napr. poisťovne, banky) na priznanie takejto právomoci, čo je v konečnom dôsledku v príkrom rozpore s konštrukciou vymáhania pohľadávok štátom prostredníctvom na to splnomocnených osôb ako aj s princípmi právneho štátu. Aj napriek tomu, že zásadne nesúhlasíme s navrhovanou právnou úpravou a požadujeme jej vypustenie bez náhrady, upozorňujeme predkladateľa aj jednotlivo na problematiku a nedoriešené súvislosti danej právnej úpravy a jednotlivo vo vzťahu k zavádzaným pravidlám na ich nedostatky. V tomto smere je potrebné konštatovať, že navrhovaná právna úprava je neúplná, nezrozumiteľná a nejasná. Právna úprava vymáhania pohľadávok obsiahnutá v zákone č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov, vrátane úpravy všetkých súvisiacich inštitútov (napr. splátkový kalendár) má relatívne ucelený charakter a je zrejmé, aké postupy a procesné pravidlá sa v rámci tohto konania uplatňujú a sú jednoznačne identifikované práva a povinnosti účastníkov konania, ako aj konajúceho orgánu. Navrhovaná právna úprava však uvedené opomína. Z navrhovanej právnej úpravy nie je zrejmé, o aké konanie ide a aký procesno-právny predpis sa má aplikovať. Zdravotná poisťovňa totiž koná na základe ustanovení osobitných predpisov a koná v súlade s pravidlami v nich obsiahnutými, avšak nie je správnym orgánom a na jej činnosť sa Správny poriadok nevzťahuje. Je zrejmé, že na činnosť zdravotnej poisťovne sa nevzťahujú ani iné procesno-právne predpisy upravujúce konanie štátnych orgánov, ktorým zasahujú do práv a právom chránených záujmov fyzických osôb alebo právnických osôb. Je potrebné uviesť, že vykonávacie konanie je súčasťou procesu, ktorým sa zasahuje do práv a oprávnených záujmov subjektov, ktorí sú účastníkmi takéhoto konania; (na tomto mieste treba poukázať tiež na nesprávne označenie účastníka konania v návrhu zákona ako „dlžník“). V zmysle čl. 2 ods. 2 Ústavy Slovenskej republiky môžu štátne orgány konať iba na základe ústavy, v jej medziach a v rozsahu a spôsobom, ktorý ustanoví zákon. Pokiaľ sa teda má zaviesť nová forma „vykonávacieho konania“, ktoré má byť vedené zdravotnou poisťovňou, je nutné toto konanie špecifikovať tak, aby bolo zrejmé, aké procesné pravidlá sa v konaní uplatňujú, je potrebné podrobne proces upraviť, resp. jednoznačným spôsobom určiť, aký procesnoprávny predpis sa má na toto konanie aplikovať v otázkach, ktoré návrh zákona, resp. zákon neupravuje, pretože zákon č. 580/2004 Z. z. neobsahuje špecifické procesné podrobnosti,</p>			
--	--	--	--

	<p>ktoré je nutné dodržať v rámci vykonávacieho konania tak, aby boli zaručené všetky procesné práva a povinnosti účastníkov konania a dodržané základné ústavné princípy konania štátnych orgánov. Práve v súvislosti s uvedeným poukazujeme na tú skutočnosť, že z návrhu zákona nie je zrejmé, či sa v tomto konaní bude postupovať podľa Správneho poriadku alebo nie, resp. či sa má subsidiárne postupovať podľa iného právneho predpisu. Pokiaľ sa nevyrieši subsidiarita konkrétneho procesno-právneho predpisu, nie je možné túto právnu úpravu akceptovať, nakoľko nerieši všetky právne a procesné otázky a tieto nie je možné ani odvodiť z ostatných ustanovení návrhu zákona. Ide napríklad o otázky týkajúce sa procesných práv a povinností účastníkov konania, ktoré návrh zákona opomína, napr. námietky zaujatosti, zastupovanie, zmeškanie lehôt a ich odpustenie, obsah rozhodnutí (obsahujú aj poučenie o opravnom prostriedku, prípadne o nemožnosti podať opravný prostriedok, o preskúmateľnosti súdom a pod.), akými pravidlami sa riadi počítanie lehôt, forma a spôsob podaní účastníka, právoplatnosť a vykonateľnosť rozhodnutí v konaní atď. Ďalej poukazujeme na to, že v rámci právnej úpravy predkladateľ opomenul doplniť aj právomoc úradu konať v druhom stupni vo veciach vymáhania pohľadávok v rámci verejného zdravotného poistenia, absentujú lehoty na vydanie rozhodnutí, na ich vyhotovenie a expedovanie. Vzhľadom na uvedené, uvádzame, že pokiaľ sa má zaviesť obdobná právna úprava a má sa splnomocniť zdravotná poisťovňa na vykonávanie, resp. vymáhanie pohľadávok z verejného zdravotného poistenia od fyzických osôb a právnických osôb, je nevyhnutné túto právnu úpravu dopracovať (podľa vzoru právnej úpravy vymáhania pohľadávok Sociálnou poisťovňou so špecifikami zdravotných poisťovní), jednoznačným spôsobom upraviť subsidiaritu Správneho poriadku, (ak teda má byť zdravotná poisťovňa správny orgánom) a súčasne je nutné dopracovať dôvodovú správu vo vzťahu k jednotlivým ustanoveniam a procesným pravidlám, nakoľko táto úplne absentuje. Táto pripomienka je zásadná.</p>			
<p>MSSR</p>	<p>K čl. VIII bod 64 (§ 38ezc) V úvodnej vete je potrebné za slovo „§ 38ezc“ vložiť čiarku.</p>	<p>O</p>	<p>A</p>	
<p>MSSR</p>	<p>K článku VIII bod 47 (§ 13a) Vo vzťahu k úprave navrhovanej v § 13a odseku 4 poukazujeme na skutočnosť, Ústavy Zboru väzenskej a justičnej stráže (ďalej len „zbor“) si voči obvineným a odsúdeným zaradeným do práce plnia povinnosti zamestnávateľa, pričom zaradenie obvineného a odsúdeného do práce je osobitný vzťah medzi ústavom a obvineným alebo odsúdeným, ktorým nevzniká pracovný pomer ani iný obdobný pracovnoprávny vzťah. V zákone č. 221/2006 Z. z. o výkone väzby v znení neskorších predpisov a v zákone č. 475/2005 Z. z. o výkone trestu odňatia slobody a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov je osobitne upravené aj odmeňovanie za prácu. Obvinení a odsúdení nemajú nárok na minimálnu mzdu podľa § 32 ods. 4 zákona č. 221/2006 Z. z. a podľa § 45 ods. 10 zákona č. 475/2005 Z. z. Najnižšia mesačná pracovná tarifa pre obvinených a odsúdených zaradených do práce (1. pracovný stupeň a 1. pracovná trieda) na rok 2022 podľa prílohy č. 3 nariadenia vlády Slovenskej republiky č. 384/2006 Z. z. o výške pracovnej odmeny a podmienkach jej poskytovania obvineným a odsúdeným v znení neskorších predpisov (ďalej len „nariadenie vlády“) predstavuje sumu 246,00 eur, t. j. 38,10 % zo sumy minimálnej mzdy platnej pre rok 2022 (646,00 eur). Obvinení a odsúdení zaradení do práce majú osobitné postavenie, pretože ich zamestnávanie počas výkonu väzby a výkonu trestu odňatia</p>	<p>Z</p>	<p>A</p>	<p>na osoby vo výkone trestu a vo väzbe sa ustanovenia o minimálnom základe nevzťahujú, nakoľko spĺňajú podmienku podľa § 11 ods. 7 (poistenec štátu).</p>

	<p>slobody je jednou z foriem zaobchádzania a buduje u obvinených a odsúdených osvojenie pracovných návykov, zodpovednosti voči sebe, svojej rodine a spoločnosti, aby sa po prepustení na slobodu ľahšie prispôbili životu na slobode. Zamestnávanie obvinených a odsúdených je podmienené osobitnými predpismi (stráženie, eskorty, bezpečnostný režim) a stretáva sa s mnohými prekážkami. Preto je veľmi náročné takéto osoby zamestnávať. Vo väčšine prípadov ide o nekvalifikovanú pracovnú silu, ktorú je potrebné zaškoliť. Určenie minimálnej výšky preddavku na poistné za zamestnanca zo sumy minimálnej mzdy má nepriaznivý dôsledok pre väznené osoby zaradené do práce, osoby, voči ktorým majú väznené osoby vyživovaciu povinnosť, osoby, ktoré majú voči väzneným osobám pohľadávky a pre štátny rozpočet. Nepriaznivý dôsledok pre väznené osoby spočíva napríklad v strate záujmu byť zaradený do práce a podávať pracovný výkon a v znížení objemu peňažných prostriedkov evidovaných na ich kontách slúžiacich na riešenie ich oprávnených potrieb počas výkonu väzby a výkonu trestu odňatia slobody použiteľných aj na kontakt s rodinou prostredníctvom zakúpenia kreditu na telefonovanie. Nepriaznivý dôsledok pre štátny rozpočet spočíva napríklad v znížení úhrad na pohľadávky spojené s výkonom väzby a výkonom trestu odňatia slobody a trov výkonu trestu odňatia slobody a vo zvýšení celkovej sumy ústavmi poskytovaných peňažných príspevkov na hygienu a na zdravotnú starostlivosť pre obvinených a odsúdených, ktorí nemajú peňažné prostriedky na konte. Európsky výbor na zabránenie mučenia a neľudského či ponižujúceho zaobchádzania alebo trestania opakovane uvádza v odporúčaniach pre Slovenskú republiku, že systém nízkej pracovnej odmeny a vysokých zrážok je nielen demotivujúci, ale môže byť vnímaný aj ako vykorisťovanie dotknutých väzňov ako zdroja lacnej práce, čo je neprijateľné. V roku 2021 zbor zamestnával priemerne 4 104 z celkového počtu 10 338 väznených osôb, čo predstavuje približne 40 % zamestnanosť väznených osôb. Obvinení a odsúdení, ktorých zbor nevie zamestnať (približne 60 % väznených osôb), sú poistencami štátu podľa § 11 ods. 7 písm. f) zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. Zbor trvá na ponechaní súčasného spôsobu realizácie odvodov poistného na povinné verejné zdravotné poistenie za väznené osoby zaradené do práce, t. j. zo sumy pracovných odmien, ktoré väznené osoby reálne dosiahnu. Dôvod zavedenia minimálneho vymeriavacieho základu pre zamestnanca spočívajúci v predchádzaní špekulatívnym uzatváraniam pracovných pomerov nie je v prípade zaraďovania väznených osôb do práce naplnený. V nadväznosti na uvedené, zásadne žiadame doplniť do § 13a odseku 4 nové písmeno d), ktoré znie: „d) bol poistenec poistencom poberajúcim pracovnú odmenu vo výkone väzby7) alebo pracovnú odmenu a finančnú odmenu vo výkone trestu odňatia slobody.8)“. Táto pripomienka je zásadná.</p>			
MSSR	<p>K informatívnemu zneniu návrhu vyhlášky Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa mení a dopĺňa vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 232.2014 Z. z.</p> <p>V názve návrhu vyhlášky je potrebné slovo „vyhláška“ upraviť do tvaru „vyhláška“. V bode 1 a bode 6 je potrebné na konci znenia odseku 2 doplniť úvodzovky a bodku.</p>	O	A	
MSSR	<p>K informatívnemu zneniu návrhu vyhlášky Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa mení vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 765.2004 Z. z.</p>	O	A	

	V názve návrhu vyhlášky je potrebné za slovami „z ...2022“ vložiť čiarku a za slovom „mení“ je potrebné vložiť slová „a dopĺňa“. K bodu 7 (príloha č. 8) – porov. zásadnú pripomienku k čl. I bodu 46 návrhu zákona.			
MSSR	K informatívnemu zneniu návrhu vyhlášky Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa ustanovujú kritéria kvality zdravotnej poisťovne V názve návrhu vyhlášky je potrebné za slovami „z ...2022“ vložiť čiarku. V § 1 prvej vete je potrebné slovo „prílohe“ upraviť do tvaru „prílohách“. Odseky 1 a 2 je potrebné vyčleniť do nového samostatného § 2. Text, ktorý nasleduje za odsekom 2, je potrebné upraviť v zmysle požiadaviek, ktoré sú ustanovené v Legislatívnych pravidlách vlády Slovenskej republiky a zároveň ho z hľadiska systematiky vyčleniť buď do samostatného odseku 3, alebo do nového paragrafu.	O		
MSSR	Všeobecne V platnom znení zákona č. 581/2004 Z. z. sa v celom texte používajú slová „Správny poriadok“ s veľkým začiatočným písmenom. V článku I návrhu zákona sa vo viacerých novelizačných bodoch používajú slová „správny poriadok“ s malým začiatočným písmenom (napríklad v článku I bod 22, bod 42). Navrhujeme zosúladiť používanie tejto slovnej citácie jednotne v návrhu zákona s platným znením. Porov. Bod 48 Prílohy č. 1 k Legislatívnym pravidlám vlády Slovenskej republiky. Slová „10 dní“ odporúčame v celom texte návrhu zákona nahradiť slovami „desať dní“ v príslušnom gramatickom tvare (napríklad v čl. I bod 21, čl. IX bod 2). Porov. bod 6 Prílohy č. 1 k Legislatívnym pravidlám vlády Slovenskej republiky. Nad rámec zmien navrhovaných v článku I, poukazujeme na fakt, že v platnom znení zákona č. 581/2004 Z. z. nie je zavedená legislatívna skratka pre slová „Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky“, napriek tomu, že sa v celom texte tohto zákona nejednotne používajú skratky „ministerstvo“ (porov. § 4 ods. 1 písm. b/) a „ministerstvo zdravotníctva“ (porov. § 6 ods. 4). V čl. I návrhu zákona sa v celom texte používajú slová „ministerstvo zdravotníctva“. Navrhujeme dopracovať novelizačný bod, v ktorom sa zavedie legislatívna skratka a zároveň zosúladiť jej používanie jednotne v celom texte zákona č. 581/2004 Z. z.	O	A	
MŠVVaŠSR	K čl. VIII bodu 61 § 25k odsekom 16 až 22 Odporúčame upraviť tak, aby komunikácia prebiehala len na úrovni zamestnávateľa a poisťovne z dôvodu zníženia administratívnej náročnosti vo vzťahu k dlžníkovi.	O	A	Vymáhanie pohľadávok priamo zdravotnými poisťovňami bolo z návrhu vypustené.
MŠVVaŠSR	K čl. I bodu 40 Odporúčame v § 20 ods. 1 písmeno s) druhý bod preformulovať nasledovne: „2. na vyžiadanie manželovi alebo manželke, plnoletému dieťaťu alebo rodičovi alebo ich zákonnému zástupcovi po smrti osoby, alebo blízkej plnoletej osobe ⁵⁷), ktorá s ňou žila v čase smrti v domácnosti, alebo ich zákonnému zástupcovi“. Odôvodnenie: Návrh zohľadňuje súčasnú dobu, kedy začína viac ľudí žiť osamote, resp. s narušenými osobnými vzťahmi, kvôli ktorým by mohlo byť problematické poskytovanie listu o prehliadke mŕtveho osobám tak ako sú uvedené v návrhu.	O	A	
MŠVVaŠSR	K čl. I bodu 58 § 43 ods. 11 V čl. I bode 58 § 43 ods. 11 odporúčame preformulovať písmeno a) nasledovne: „doklad o získaní vysokoškolského vzdelania druhého stupňa, a“.	O	A	
MŠVVaŠSR	K čl. I bodu 58 § 46a Odporúčame prehodnotiť preberanie písomností zosnulých, ak počas procesu adresát, teda	O	N	Údaje o zdravotnom stave aj po smrti osoby požívajú právnu ochranu v zmysle GDPR. V praktickej rovine

	podávateľ podnetu zomrie alebo zomrie podávateľ podnetu podľa § 43a ods. 2 písm. a) návrhu, tak aby zákon upravil informovanie a doručovanie listinných materiálov (vo všeobecnosti) blízkej osobe prípadne osobe, ktorá zastupuje cudzinca v SR. Návrh súvisí s príchodom zvýšeného počtu cudzincov, ktorým sa má poskytovať zdravotná starostlivosť.			by bol problém zisťovať, kto je pozostalým a oprávnenou osobou na prístup k uvedeným údajom.
MŠVVaŠSR	K čl. VIII Žiadame vypustiť novelizačné body týkajúce sa zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov, v ktorom sa navrhuje zavedenie minimálneho vymeriavacieho základu pre zamestnanca vo výške minimálnej mesačnej mzdy a zrušenie odpočítateľnej položky. Zavedenie minimálneho vymeriavacieho základu a zrušenie odpočítateľnej položky spôsobom, akým je upravený v návrhu zákona považujeme za neprípustné a navrhujeme vypustiť všetky body týkajúce sa tejto úpravy (40, 44, 45, 47, 48, 50, 51, 52, 54 a 55). Návrh zákona môže negatívnym spôsobom zasiahnuť najmä zamestnancov pracujúcich na čiastočné pracovné úväzky alebo na dohody, čo sa v pôsobnosti školstva môže týkať najmä nepedagogických zamestnancov. Túto pripomienku považuje MŠVVaŠ za zásadnú	Z	ČA	Minimálny vymeriavací základ zamestnanca upravený tak, aby bol vo výške životného minima pre 1 osobu, zároveň ponechané ustanovenia o uplatnení odpočítateľnej položky bez zmeny. Minimálny základ vo výške životného minima zabezpečí, aby nízkopríjmové osoby s reálnym príjmom nižším ako životné minimum neboli postihnuté negatívnymi dopadmi, nakoľko tieto osoby majú možnosť byť poistencami štátu (dávka v hmotnej núdzi a pod.), pričom na poistencov štátu sa minimálny základ zamestnanca vzťahovať nebude. Samotné zachovanie minimálneho základu zamestnanca sa predkladateľovi javí ako správne a potrebné.
MŠVVaŠSR	K čl. VIII bodom 15 a 20 Odporúčame, aby zmena zdravotnej poisťovne bola z dôvodu zníženia administratívnej náročnosti vo vzťahu k poistencovi zjednodušená tak, že poistenec oznámi, do ktorej zdravotnej poisťovne má záujem prestúpiť a „doterajšia“ poisťovňa oznámi potrebné údaje „novej“ poisťovni. V tejto súvislosti obdobným spôsobom odporúčame upraviť späťvzatie žiadosti.	O	N	Je to na diskusiu s UOOU.
MŠVVaŠSR	K čl. VIII bodu 61 § 25I Odporúčame jednoznačne vymedziť pravidlá v konaniach, kedy dlžník neuvedie platobné služby ku dňu začatia nového konania, z dôvodu transparentnosti pri vymáhaní finančných prostriedkov.	O	A	Ustanovenie o vymáhaní pohľadávok priamo zdravotnými poisťovňami boli z návrhu vypustené v celom rozsahu.
MŠVVaŠSR	K čl. VIII bodu 61 § 25m ods. 2 druhej vete Odporúčame upraviť tak, aby si dlžník mohol vybrať, z ktorého účtu sa zrazí príslušná suma. V tejto situácii odporúčame doplniť aj situáciu, ak by si dlžník nevybral do zákonom vymedzenej lehoty, a to, že zdravotná poisťovňa by určila, u ktorého poskytovateľa platobných služieb sa príslušná suma nezrazí. Cieľom je zohľadniť skutočnosť, že dlžník môže mať k účtom nastavené služby, ktoré môžu v prípade vymáhania (bez voľby) narušiť kontinuitu bankového produktu a tak poškodiť dlžníka. Podstatné je, že ak by dlžník navrhovanú možnosť nevyužil, prípadná ujma by bola na jeho zodpovednosti.	O	A	Ustanovenie o vymáhaní pohľadávok priamo zdravotnými poisťovňami boli z návrhu vypustené v celom rozsahu.
MŠVVaŠSR	Všeobecne K návrhu zákona odporúčame uplatniť legislatívno-technické pripomienky napr. - v celom texte slovo „smie“ nahradiť slovom „môže“, - v čl. I bode 10 § 6a ods. 4 slovo „odseku“ nahradiť slovom „odsekoch“, - v čl. I bode 13 slovo „kapitácie“ nahradiť vhodnejším slovenským ekvivalentom, - v čl. I bode 22 § 13 ods. 6 a bode 58 § 47 ods. 3 v celom texte návrhu prehodnotiť použitie slova „primerane“, vzhľadom na bod 4 Legislatívnych pravidiel vlády, podľa ktorého ide o pomerne voľný výklad, a tým aj nejednotné uplatňovanie, preto je potrebné ho používať len v nevyhnutných prípadoch, - v čl. I bode 58 § 43a ods. 3 za slovo	O	ČA	Niektoré ustanovenia vypustené.

	„alebo“ vložiť slovo „písm.“, - v čl. I bode 58 § 43a ods. 8 za slovo „alebo“ vložiť slovo "odseku", - v čl. VIII bode 51 v nadväznosti na vypustenie odsekov 16 až 18 v § 16 vykonať úpravu vnútorných odkazov v § 19 ods. 1 písm. e) a § 24 ods. 1 písm. l), v ktorých sú uvedené vnútorné odkazy na § 16 ods. 16 až 18. odporúčame vloženie nových bodov, ktoré tieto zmeny zohľadnia, - v čl. VII úvodnej vete doplniť aj novely „zákon č. 18/2007 Z. z.“ a „zákon č. 206/2008 Z. z., - v čl. VII bodu 1 za slovami „ods. 16“ vložiť slová „písm. a“, - v čl. VII bode 2 za slovami „ods. 16“ vložiť slová „písm. a“.			
MVSR	k čl. I bodu 11 § 6aa ods. 4 a bodu 58 § 43d ods. 2 písm. a) 1. V čl. I bode 11 § 6aa ods. 4 slová „úradu pre dohľad“ a v bode 58 § 43d ods. 2 písm. a) slová „úradu na výkon dohľadu“ navrhujeme nahradiť slovom „úradu“, z dôvodu zavedenej legislatívnej skratky v § 1 písm. c).	O	A	
MVSR	k čl. I bodu 35 § 18 ods. 1 písm. a) 2. V čl. I bode 35 § 18 ods. 1 písm. a) navrhujeme slovo „desiaty“ nahradiť slovom „desiatym“.	O	A	
MVSR	k čl. I bodu 37 § 18 ods. 1 písm. d) 3. V čl. I bode 37 § 18 ods. 1 písm. d) navrhujeme slová „tým, že dohliada na správne poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti,40a)“ uviesť iba raz.	O	A	
MVSR	k čl. I bodu 38 § 18 ods. 1 písm. x) 4. V čl. I bode 38 § 18 ods. 1 písm. x) navrhujeme za znením „(§ 6aa)“ bodku zmeniť na čiarku.	O	A	
MVSR	k čl. I bodu 46 § 31 ods. 1 písm. h) 5. V čl. I bode 46 § 31 ods. 1 písm. h) navrhujeme predložku „za“ vypustiť, pretože je duplicitná s predložkou „za“ v predvetí.	O	A	
MVSR	k čl. I bodu 47 § 33 ods. 1 písm. l) 6. V čl. I bode 47 § 33 ods. 1 písm. l) navrhujeme za slovami „právnická osoba“ vložiť čiarku.	O	A	
MVSR	k čl. I bodu 58 7. V čl. I bode 58 sa používa len pojem „dohľad“, pričom takáto legislatívna skratka nie je zavedená. Vo viacerých prípadoch je druh dohľadu špecifikovaný (§ 1 písm. d), príp. aj iné dohľady - 18 ods. 1 písm. c) a d)). Navrhujeme pojem „dohľad“ spresniť. § 43a ods. 3 odkazuje na § 43a odsek 1 písm. c) alebo d). § 43 a ods. 1 tieto ustanovenia neobsahuje. Navrhujeme odkaz upraviť. V odseku 5 navrhujeme z predvetia vypustiť dvojbodku. V § 43e ods. 1 písm. b) prvý bod navrhujeme slová „nad zdravotnou starostlivosťou“ vypustiť z dôvodu zavedenej legislatívnej skratky v bode 58 § 43 ods. 1 úvodnej vete. V § 45 ods. 7 navrhujeme v druhej vete za slovami „osôb“ a starostlivosťou“ vložiť čiarku. V § 47 ods. 1 navrhujeme slovo „vzťahujú“ nahradiť slovom „používajú“ ako je tomu v odseku 2a 3.	O	ČA	Zákon o zdravotných poisťovniach rozlišuje z hľadiska výkonu dohľadu medzi dva typmi výkonu dohľadu, a to nad zdravotnou starostlivosťou (súčasťou ktorého je aj výkon dohľadu nad ošetrovateľskou starostlivosťou) a nad verejným zdravotným poistením. Pokiaľ nie je druh dohľadu špecifikovaný, ide o oba druhy výkonu dohľadu, a pokiaľ ide o konkrétny typ, návrh zákona ho konkrétne vymedzuje.
MVSR	k čl. III bodom 5 a 6 9. V čl. III v bodoch 5 a 6 navrhujeme za slová „§23c“ a „§ 23d“ doplniť slová „ods. 1“.	O	A	
MVSR	k čl. III bodu 4 8. V čl. III bod 4 navrhujeme uviesť v znení „V § 23 ods. 4 sa vypúšťa písmeno k) vrátane poznámky pod čiarou k odkazu 11c.“.	O	A	Text bodu 4 upravený v zmysle pripomienky. Zároveň po dohode s predkladateľom pripomienky doplnený nový bod 11, týkajúci sa dokladu o oprávnení na poskytnutie zdravotnej starostlivosti.
MVSR	k čl. IV bodu 1 § 156 ods. 1 písm. b)	O	A	

	12. V čl. IV bode 1 § 156 ods. 1 písm. b) navrhujeme slová „pre potreby posúdenia“ vypustiť, lebo sú uvedené duplicitne.			
MVSR	k čl. VIII bodu 32 § 9h ods. 8 písm. e) a f) 10. V čl. VIII navrhujeme v bode 32 v § 9h ods. 8 písm. e) a f) vypustiť slovo „cudzincovi“, čo navrhujeme z dôvodu lepšej jazykovo-štylistickej formulácie.	O	A	
MVSR	K čl. VIII osobitnej časti dôvodovej správy 11. K čl. VIII osobitnej časti dôvodovej správy Odporúčame k odôvodneniu bodov 30 až 33 doplniť na konci odseky, ktoré znejú: „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.“.	O	A	
MZVEZ SR	Čl. VIII (zavedenie minimálneho vymeriavacieho základu pre zamestnanca) Na účely dosiahnutia zámeru predkladateľa žiadame uplatňovať inštitút minimálneho vymeriavacieho základu, resp. minimálneho poistného v rámci ročného zúčtovania zdravotného poistenia príslušnou zdravotnou poisťovňou. Zároveň žiadame prijatie osobitnej právnej úpravy vo vzťahu k uplatňovaniu minimálneho vymeriavacieho základu v prípadoch dohôd o prácach vykonávaných mimo pracovného pomeru. Odôvodnenie: Príslušná zdravotná poisťovňa v čase ročného zúčtovania zdravotného poistenia disponuje dostatočnými informáciami o zamestnávateľoch zamestnanca a jeho vymeriavacích základoch z jednotlivých pracovných pomerov a z dohôd o prácach vykonávaných mimo pracovného pomeru (z mesačných výkazov preddavkov na poistné na verejné zdravotné poistenie a z oznámení zamestnávateľov o poistencoch pri zmene platiteľa poistného na verejné zdravotné poistenie). Rovnako môže zdravotná poisťovňa disponovať dostatočnými informáciami podľa § 16a ods. 3 návrhu zákona zo štátnych registrov, ku ktorým má alebo môže mať prístup (či a kedy bol poistenec poistencom štátu, bol vyhlásený za nezvestnú osobu, sa nepovažoval za zamestnanca). Zamestnávateľ nedisponuje všetkými týmito informáciami podľa § 16a ods. 3 návrhu zákona. Uplatňovanie navrhovaného znenia § 16a ods. 4 bude v prípade viacerých zamestnávateľov veľmi ťažko v praxi realizovateľný. Návrh umožňuje zamestnancom v prípade viacerých zamestnávateľov zvoliť zamestnávateľa, u ktorého použije postup navýšenia preddavku na poistné na preddavok určený z minimálnej mzdy. Zároveň má ostatným zamestnávateľom oznámiť, že túto skutočnosť si uplatňuje u iného zamestnávateľa, oznámenie má vykonať písomne na tlačive zverejnenom na webovom sídle ministerstva zdravotníctva, a to do ôsmich dní odo dňa vzniku zamestnania alebo súbehu týchto zamestnaní a zmenu tejto skutočnosti do ôsmich dní odo dňa jej zmeny. Na zodpovedný prístup zamestnancov v prípade takto uložených povinností nie je možné sa spoliehať. Lehota ôsmich dní pri zúčtovaní mzdy a skoršom výplatnom termíne nemusí byť dostačujúca pre správne zúčtovanie mzdy (napr. výplata za výkon práce na dohodu o vykonaní práce za 31. kalendárny deň v mesiaci a výplatný termín 5. deň nasledujúceho mesiaca). Upozorňujeme tiež, že skutočnosti potrebné pre splnenie navrhovaných povinností pre zamestnanca si nemusí v určenej lehote vedieť dostatočne presne a správne vyhodnotiť	Z	ČA	Minimálny vymeriavací základ zamestnanca upravený tak, aby bol vo výške životného minima pre 1 osobu, zároveň ponechané ustanovenia o uplatnení odpočítateľnej položky bez zmeny. Minimálny základ vo výške životného minima zabezpečí, aby nízkopríjmové osoby s reálnym príjmom nižším ako životné minimum neboli postihnuté negatívnymi dopadmi, nakoľko tieto osoby majú možnosť byť poistencami štátu (dávka v hmotnej núdzi a pod.), pričom na poistencov štátu sa minimálny základ zamestnanca vzťahovať nebude. Samotné zachovanie minimálneho základu zamestnanca sa predkladateľovi javí ako správne a potrebné.

ani samotný zamestnanec. Musel by vopred vedieť, koľko presne u ktorého zamestnávateľa bude mať zúčtované v mzde aj s príplatkami, odmenami a pod., aby vedel uložené povinnosti správne vyhodnotiť a včas aj splniť. Upozorňujeme, že sa jedná najmä o nízko príjmových zamestnancov, tzn. vo väčšine prípadov aj s nižším vzdelaním. V kombinácii viacerých zamestnávateľov aj so zamestnávateľmi na dohody o prácach mimo pracovného pomeru bude postup uplatňovania minimálneho vymeriavacieho základu veľmi komplikovaný a s istotou si vyžiada veľa aditívnych výkazov a opráv v platbách poisťného zo strany zamestnávateľov. Dosiahnutie správneho výsledku bude v prípadoch viacerých zamestnávateľov vysoko administratívne náročné nielen pre zamestnávateľov, ale aj pre zdravotné poisťovne (spracúvanie aditívnych a opravných výkazov, prevádzanie nesprávne odvedených preddavkov medzi jednotlivými zamestnávateľmi, zúčtovanie nesprávnych preddavkov za predchádzajúce mesiace v ďalších platbách preddavkov zamestnávateľov). V uvedenej súvislosti si tiež dovoľujeme upozorniť na skutočnosť, ktorá môže vzniknúť pri realizovaní navrhovaného uplatňovania minimálneho vymeriavacieho základu. V analýze vplyvov na rozpočet verejnej správy, na zamestnanosť vo verejnej správe a financovanie návrhu je v časti 2.2.1. Financovanie návrhu, B. Zavedenie mesačného minimálneho základu zamestnanca uvedený aj príklad doplatku zamestnanca do minimálneho odvodu, ktorý dokazuje, že môžu vzniknúť situácie, kedy odvodové povinnosti zamestnanca presiahnu dokonca aj jeho hrubý príjem, a teda príjem zamestnanca nebude dostačujúci na splnenie odvodových povinností zamestnávateľa za zamestnanca. Splnenie odvodových povinností aj za zamestnanca (nielen preddavku poisťného na zdravotné poistenie, ale aj poisťného na sociálne poistenie, preddavku na daň z príjmov) je zodpovednosťou zamestnávateľa, ktorému budú v takýchto prípadoch vzniknúť pri zúčtovaní takýchto miezd pohľadávky voči zamestnancom, ktoré je vopred zjavné, že budú nevyhnutné. Uplatňovanie minimálneho vymeriavacieho základu v zmysle návrhu bude pre dotknutých zamestnávateľov znamenať ďalšiu vyššiu administratívnu záťaž. Predkladateľ návrhom vytvára legislatívne prostredie, ktoré umožní zdravotným poisťovniam samostatné vymáhanie svojich pohľadávok na základe vykonateľných rozhodnutí, a to exekučnými príkazmi, pričom exekučným titulom má byť výkaz nedoplatkov. Aj z uvedeného dôvodu navrhovanej právnej úpravy vymáhania pohľadávok zdravotnou poisťovňou sa javí uplatnenie minimálneho vymeriavacieho základu (resp. minimálneho poisťného) zdravotnou poisťovňou pri ročnom zúčtovaní poisťného jednoduchšie a logickejšie. Upozorňujeme tiež na nevyhnutnosť sprecizovania návrhu pri uplatňovaní minimálneho vymeriavacieho základu v prípadoch dohôd o prácach vykonávaných mimo pracovného pomeru, návrh úplne popiera ich význam. S ohľadom na špecifickosť dohôd o prácach vykonávaných mimo pracovného pomeru sa javí v tejto súvislosti ako potrebné prijatie osobitnej právnej úpravy pri uplatňovaní minimálneho vymeriavacieho základu v prípadoch dohôd o prácach vykonávaných mimo pracovného pomeru (napr. so zohľadnením dní poistenia s kódom 2D začiatok a 2D koniec z oznámení zamestnávateľov o poistencoch pri zmene platiteľa poisťného na verejné zdravotné poistenie a prepočítaním minimálneho poisťného na dni v rámci ročného zúčtovania poisťného alebo vyňatím dohôd o prácach vykonávaných mimo pracovného pomeru z uplatňovania inštitútu minimálneho vymeriavacieho základu). Na základe vyššie uvedeného vyplýva, že zavedenie minimálneho vymeriavacieho základu, resp. minimálneho poisťného je vhodnejšie a administratívne jednoduchšie uplatňovať nie na mesačnej báze zamestnávateľom

	prostredníctvom preddavkov, ale na ročnej báze zdravotnými poisťovňami prostredníctvom ročného zúčtovania poisťného. Túto pripomienku považujeme za zásadnú.			
NBS	K doložke zlučiteľnosti, bodu 3 písm. a) Navrhujeme upraviť citáciu predmetného článku Zmluvy nasledovne: „čl. 168 Zmluvy o fungovaní Európskej únie (konsolidované znenie) (Ú. v. EÚ C 202, 7.6.2016) v platnom znení.“.	O	A	
NBS	K dôvodovej správe, osobitnej časti Navrhujeme upraviť a doplniť do dôvodovej správy, osobitej časti k čl. II návrhu zákona dôvod prelomenia bankového tajomstva pre zdravotné poisťovne, ako aj doplniť rozsah informácií, ktoré sú predmetom bankového tajomstva a ktoré zdravotné poisťovne nevyhnutne potrebujú na vystavenie predmetného exekučného príkazu (napr. informáciu, či dlžník má alebo nemá zriadený platobný účet v banke alebo pobočke zahraničnej banky, číslo platobného účtu a informáciu o výške zostatku na platobnom účte dlžníka). Odôvodnenie: Aktuálne znenie dôvodovej správy, osobitnej časti k čl. II návrhu zákona novelizujúceho aj zákon č. 483/2001 Z. z. o bankách doplnením nového subjektu, voči ktorému sa má uplatňovať výnimka z bankového tajomstva, považujeme za nedostatočné z dôvodu absencie vysvetlenia k prelomeniu bankového tajomstva. Rovnako absentuje uvedenie rozsahu informácií, ktoré zdravotné poisťovne nevyhnutne potrebujú pre vymáhanie svojich pohľadávok formou exekučného príkazu, ktorého predmetom je vymáhanie pohľadávky prikázaním pohľadávky z účtu dlžníka vedenom u poskytovateľa platobných služieb. Cieľom je poskytnúť právnu istotu nielen bankám a pobočkám zahraničných bánk, ale aj zdravotným poisťovniam vo vzťahu k rozsahu informácií, ktoré môžu byť požadované a ktoré môžu byť poskytnuté tak, aby na jednej strane výmena informácií splnila svoj účel a na druhej strane boli dodržané požiadavky ochrany bankového tajomstva.	O	A	Ustanovenie o vymáhaní pohľadávok bolo vypustené z návrhu v celom rozsahu.
NBS	Všeobecne k návrhu zákona Návrh zákona navrhujeme zosúladiť s prílohou č. 1 Legislatívnych pravidiel vlády SR (napríklad navrhujeme v čl. I bode 10 v poznámke pod čiarou k odkazu 18b vypustiť slová „v znení neskorších predpisov“, v bodoch 15 a 16 vypustiť pred slovami „druhej vete“ slovo „sa“, v bode „17 pred slovami „do dňa“ vložiť dolnú úvodzovku, v bode 21 číslo „10“ nahradiť slovom „desiatich“, v bode 35 úvodnej vete slovo „desiaty“ nahradiť slovom „desiatym“, bode 38 za slovami „kvality (§ 6aa) bodku nahradiť čiarkou, v bode 46, § 32 ods. 2 číslo „8“ nahradiť slovom „ôsmych“, v bode 79 vypustiť „(2x)“).	O	A	
NBS	K čl. II Do čl. II úvodnej vety navrhujeme doplniť všetky chýbajúce novely zákona č. 483/2001 Z. z. o bankách (zákon č. 310/2021 Z. z., zákon č. 431/2021 Z. z., zákon č. 454/2021 Z. z., zákon č. 512/2021 Z. z.), v úvodnej vete bodu 1 navrhujeme za písmeno „af“ vložiť pravú zátvorku, v písmene af) slová „zdravotnej poisťovni“ nahradiť slovami „zdravotnej poisťovne“ a zároveň nad slovo „poisťovne“ navrhujeme vložiť nový odkaz 86dp s poznámkou pod čiarou, ktorá znie „86dp) § 2 ods. 1 zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení zákona č. 530/2007 Z. z.“. Zároveň navrhujeme za slovo „prikázaním“ vložiť slovo „pohľadávky“.	O	A	Ustanovenie o vymáhaní pohľadávok bolo vypustené z návrhu v celom rozsahu.
NBS	K dôvodovej správe, osobitnej časti	O	A	

	<p>K čl. VIII návrhu zákona v časti „K bodom 25 až 30 (§ 9f ods. 1)“ 1. v prvom odseku navrhujeme citovať predmetnú smernicu s malým začiatočným písmenom nasledovne: „...smernice Európskeho parlamentu a Rady 2011/24/EÚ z 9. marca 2011 o uplatňovaní práv pacientov pri cezhraničnej zdravotnej starostlivosti (Ú. v. EÚ L 88, 4.4.2011) v platnom znení.“ 2. V treťom odseku navrhujeme, v záujme právnej istoty, citovať dotknuté nariadenia (nariadenie (ES) 883/2004 a nariadenie (ES) č. 987/2009) s úplným názvom alebo v skrátenej citácii a úplný názov uvádzať v poznámke pod čiarou. 3. V treťom odseku nie je z názvu smernice zrejmé, o akú smernicu presne ide. V prípade, že ide o smernicu 2011/24/EÚ, navrhujeme túto citovať skrátenou citáciou (s uvádzaním čísla smernice, pod ktorým bola publikovaná) alebo s presným názvom. Rovnakú pripomienku uplatňujeme aj k prvému odseku v časti „K bodu 35 a 37 (§ 10 ods. 4, 8 až 11)“. 4. V poznámke pod čiarou č. 12 navrhujeme citovať predmetné rozhodnutie Súdneho dvora ako „rozsudok“, keďže pod týmto termínom bol oficiálne zverejnený. Citovaný rozsudok by mal teda znieť: „Rozsudok zo 6. októbra 2021, TS a i., C-538/19, EU:C:2021:809.“.</p>			
NBS	<p>K dôvodovej správe, osobitnej časti</p> <p>V čl. I bode 10 v § 6a návrhu zákona sa navrhovaná regulácia optimálneho výsledku hospodárenia zdravotných poisťovní javí ako arbitrárna. Navrhujeme v dôvodovej správe (osobitnej časti k čl. I bodu 10) vysvetliť optimálnosť takéhoto nastavenia, resp. uviesť na základe čoho bola regulácia takto nastavená a uviesť príklady z iných krajín s podobným systémom verejného zdravotného poistenia. Z navrhovaného ustanovenia tiež nie je jasné, prečo boli navrhnuté dve alternatívy a ani odôvodnenie ich znenia.</p>	O	A	
NK SR	<p>Článok VIII.</p> <p>V Článku VIII. navrhujeme doplniť ďalší novelizačný bod 61, ktorý znie: „V § 25 sa za odsek 4 vkladá odsek 5, ktorý znie: Zdravotná poisťovňa na žiadosť súdu podľa osobitného predpisu(55d) poskytne prostredníctvom informačného systému verejnej správy podľa osobitného predpisu(55c) na účely preukázania skutočnosti ustanovenej osobitným predpisom(55da) informáciu o evidovaných pohľadávkach po splatnosti ku dňu poskytnutia informácie, informáciu o evidovaných záväzkoch, ktoré vznikli z titulu preplatku na zdravotnom poistení, z titulu zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti alebo z titulu podľa osobitného predpisu.53aab“ Poznámka pod čiarou k odkazu 55da) znie: „55da) § 197 až 201 zákona č. 161/2015 Z. z. Civilný mimosporový poriadok v znení neskorších predpisov“. Doterajšie odseky 5 až 8 sa označujú ako odseky 6 až 9. Doterajší novelizačný bod 61 sa označuje ako 62.“ Túto pripomienku považujeme za zásadnú. Odôvodnenie: Uvedenou novelizáciou sa zabezpečí zefektívnenie procesu poskytovania súčinnosti notárom ako súdnym komisárom pri riešení agendy dedičských konaní. Keďže ročne dochádza k riešeniu cca 60-tis. dedičských konaní, uvedená novelizácia pomôže zefektívniť agendu aj na strane zdravotnej poisťovne, a tým získané zdroje umožní prealokovať na riešenie iných situácií v prospech občana.</p>	Z	A	
NK SR	<p>Článok X.</p> <p>Navrhujeme, aby sa Článok X. zmenil a znel: Zákon 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 sa mení a dopĺňa takto: V § 1 ods. 4 písm. a) znie: „a) informačný systém zdravotnej poisťovne v časti týkajúcej sa evidencie pohľadávok po splatnosti3d) a</p>	Z	N	Pripomienka je nad rámec návrhu zákona a bola odstúpená vecnému gestorovi (MH SR).

	záväzkov, ktoré vznikli z titulu preplatku na zdravotnom poistení, z titulu zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti alebo z titulu podľa osobitného predpisu,3da)“. Poznámka pod čiarou k odkazu 3da) znie: „3da) § 87a až 87d zákona č. 363/2011 Z. z. v znení neskorších predpisov“. Túto pripomienku považujeme za zásadnú. Odôvodnenie: Elektronizácia poskytovania informácií o pohľadávkach / záväzkoch znižuje administratívnu záťaž na občana pri riešení životnej situácie – pohreb a vybavovanie pozostalosti a pomôže zjednodušiť a zrýchliť získanie podkladov pre vybavenie dedičského konania.			
NK SR	Článok XI. Navrhujeme doplniť Článok XI., ktorý znie: Čl. XI. Účinnosť Tento zákon nadobúda účinnosť 1. januára 2023, okrem čl. I bodov 7 a 8, ktoré nadobúdajú účinnosť od 15. januára 2023, okrem čl. VIII bod 61, ktorý nadobúda účinnosť od 01. júla 2023 a okrem článku X, ktorý nadobúda účinnosť od 01. júla 2023. Túto pripomienku považujeme za zásadnú.	Z	N	Ustanovenie o vymáhaní pohľadávok (bod 61) bolo vypustené z návrhu v celom rozsahu.
OAPSVLÚVSR	K doložke vybraných vplyvov: V prvom bode doložky vybraných vplyvov - v časti „Charakter predkladaného materiálu“, žiadame vyplniť informáciu o tom, že ide o transpozíciu práva EÚ, nakoľko k uvedenému návrhu zákona bola vypracovaná aj čiastková tabuľky zhody so smernicou 2011/24/EÚ. Zároveň žiadame vyplniť aj bod 7 doložky vybraných vplyvov.	O	A	
OAPSVLÚVSR	K doložke zlučiteľnosti: 1. V bode 3 písm. b) doložky zlučiteľnosti žiadame doplniť smernicu Európskeho parlamentu a Rady 2013/33/EÚ z 26. júna 2013, ktorou sa stanovujú normy pre prijímanie žiadateľov o medzinárodnú ochranu (prepracované znenie) (Ú. v. EÚ L 180, 29.6.2013) v platnom znení (+ gestor).	O	A	
OAPSVLÚVSR	K doložke zlučiteľnosti: 2. Z bodu 4 písm. a) doložky zlučiteľnosti žiadame vypustiť uvedenú vetu a jej znenie nahradiť napr. nasledovne: „Lehota na prebratie smernice 2011/24/EÚ platnom znení bola do 25.10.2013. Lehota na prebratie smernice 2013/33/EÚ v platnom znení bola do 20.07.2015“.	O	A	
OAPSVLÚVSR	K doložke zlučiteľnosti: 3. Bod 4 písm. c) doložky zlučiteľnosti žiadame náležite vyplniť aj vo vzťahu k smernici 2013/33/EÚ v platnom znení.	O	A	
OAPSVLÚVSR	K transpozícií a k tabuľke zhody so smernicou 2011.24.EÚ: 1. Do pravej strany záhlavia tabuľky zhody žiadame doplniť v samostatnom bode predkladaný návrh zákona: „Návrh zákona, ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou poisťovňou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a ktorým sa menia a dopĺňajú niektoré zákony (ďalej len „NZ v Čl.xxx)“. Keďže sa transpozícia článkov smernice preukazovala aj inými právnymi predpismi SR predstavujúcimi transpozíčné opatrenia voči smernici 2011/24/EÚ (viď stĺpec 4 tabuľky zhody), je potrebné medzi právne predpisy SR pravej strany záhlavia tabuľky zhody doplniť v samostatných bodoch aj tieto právne predpisy SR.	O	A	
OAPSVLÚVSR	K transpozícií a k tabuľke zhody so smernicou 2011.24.EÚ: 2. V stĺpci 1 tabuľky zhody žiadame jednotlivé články smernice uvádzať podľa poradia.	O	A	
OAPSVLÚVSR	K transpozícií a k tabuľke zhody so smernicou 2011.24.EÚ: 3. V stĺpci 4 tabuľky zhody žiadame dôrazne uvádzať čísla právnych predpisov SR, v ktorých je alebo má byť príslušný článok smernice transponovaný a zároveň rozlišovať	O	A	

	<p>medzi uvedením skratky platného a účinného právneho predpisu SR a návrhu zákona spolu s uvedením novelizačného článku. Ak sa transpozícia článku smernice preukazuje aj platným a účinným znením zákona a zároveň aj návrhom zákona, v stĺpci 4 tabuľky zhody je potrebné uviesť oba právne predpisy v podobe napr. „Zákon č. 580/2004 Z. z. + NZ Čl. VIII“ a následne v stĺpci 6 tabuľky zhody navrhovanú zmenu v ustanovení odlišiť napr. tučným písmom. Túto pripomienku vzťahujeme na celú predloženú čiastkovú tabuľku zhody so smernicou 2011/24/EÚ.</p>			
OAPSVLÚVSR	<p>K transpozícií a k tabuľke zhody so smernicou 2011.24.EÚ: 4. Ďalej upozorňujeme, že na dosiahnutie úplnej zhody pri preukazovaní transpozície jednotlivých článkov smernice je potrebné v stĺpci 4 až 6 tabuľky zhody naďalej uvádzať všetky transpozičné opatrenia SR (právne predpisy SR) dosiaľ preberajúce príslušný článok smernice a nielen ustanovenia dotknuté návrhom zákona. Napr. preukázanie úplnej transpozície čl. 7 ods. 8 smernice 2011/24/EÚ len § 10 ods. 4 zákona č. 580/2004 Z. z. a jeho navrhovanou novelou v Čl. VIII je čiastočné a zároveň nedostatočné, nakoľko podľa poslednej tabuľky zhody notifikovanej Európskej komisii sa transpozícia predmetného článku smernice 2011/24/ EÚ zabezpečila okrem § 10 ods. 4 zákona č. 580/2004 Z. z. aj § 9d ods. 2 až 4 a ods. 8 zákona č. 580/2004 Z. z., § 10 ods. 1 až 3, ods. 5 až 7 zákona č. 580/2004 Z. z. a Prílohou k vyhláske č. 341/2013 Z. z. V zmysle uvedeného žiadame skontrolovať a následne k jednotlivým článkom smernice doplniť do stĺpcov 4 až 6 tabuľky zhody všetky transpozičné opatrenia SR, ktorými sa dosiaľ zabezpečila úplná transpozícia týchto článkov smernice. Túto pripomienku vzťahujeme na celú predloženú čiastkovú tabuľku zhody so smernicou 2011/24/EÚ.</p>	O	A	
OAPSVLÚVSR	<p>K transpozícií a k tabuľke zhody so smernicou 2011.24.EÚ: 5. Pri preukazovaní transpozície čl. 9 ods. 3 smernice žiadame vyplniť stĺpec 4 tabuľky zhody a v stĺpci 6 tabuľky zhody zosúladiť znenie ustanovenia Čl. VIII § 10 ods. 8 návrhu zákona so znením podľa predkladaného vlastného materiálu.</p>	O	N	Ustanovenia § 10 ods. 8 - 11 boli z návrhu zákona vypustené.
OAPSVLÚVSR	<p>K transpozícií a k tabuľke zhody so smernicou 2011.24.EÚ: 6. Nakoľko predkladaný návrh zákona v Čl. I, V a VIII zasahuje aj do ďalších transpozičných opatrení smernice 2011/24/EÚ, žiadame do čiastkovej tabuľky zhody doplniť a riadne preukázať úplnú transpozíciu nasledovných ustanovení smernice:</p> <p>1. čl. 3 písm. b) smernice 2011/24/EÚ transponovaný o. i. do § 3 ods. 2 písm. c) a ods. 3 písm. a) a b) zákona č. 580/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov, ktorý je predmetom novelizácie v Čl. VIII bode 1 až 3 návrhu;</p> <p>2. čl. 4 ods. 2 písm. c) smernice 2011/24/EÚ transponovaný o. i. do § 17 ods. 1 zákona č. 576/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov, ktorý je predmetom novelizácie v Čl. V bode 3 návrhu spolu s odporúčaním zväziť doplnenie Čl. V bodu 4 k uvedeným transpozičným opatreniam a do § 50 ods. 3 zákona č. 581/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov, ktorý je predmetom novelizácie v Čl. I bode 62 návrhu;</p> <p>3. čl. 9 ods. 1 a 2 smernice 2011/24/EÚ transponovaný o. i. do § 9f zákona č. 580/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov, ktorý je predmetom novelizácie v Čl. VIII bode 24 až 29 návrhu; do § 10 ods. 4 a 6 zákona č. 580/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov, ktorý je</p>	O	ČA	Niektoré z bodov boli z návrhu vypustené.

	<p>predmetom novelizácie v Čl. VIII bode 34 a 35 návrhu spolu s odporúčaním zvážiť doplnenie Čl. VIII bodu 36 k uvedeným transpozičným opatreniam;</p> <p>4. čl. 9 ods. 5 smernice 2011/24/EÚ transponovaný o. i. do § 10 ods. 4 a 6 zákona č. 580/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov, ktorý je predmetom novelizácie v Čl. VIII bode 34 a 35 návrhu spolu s odporúčaním zvážiť doplnenie Čl. VIII bodu 36 k uvedeným transpozičným opatreniam;</p> <p>5. čl. 9 ods. 1 a 5 smernice 2011/24/EÚ transponovaný o. i. do § 18 zákona č. 581/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov, ktorý je predmetom novelizácie v Čl. I bode 34 až 37 návrhu spolu s odporúčaním zvážiť doplnenie Čl. I bodu 38 k uvedeným transpozičným opatreniam.</p>			
OAPSVLÚVSR	<p>Nad rámec návrhu zákona:</p> <p>1. Do Čl. IV návrhu zákona žiadame doplniť samostatný novelizačný bod, ktorým sa z Prílohy č. 5 k zákonu č. 461/2003 Z. z. (transpozičná príloha) vypustí zo Zoznamu preberaných právne záväzných aktov Európskej únie posledný bod 8, obsahujúci neúčinnú smernicu 2010/18/EÚ. Smernica 2010/18/EÚ bola s účinnosťou 2.8.2022 zrušená smernicou (EÚ) 2019/1158.</p>	O	N	Čl. IV (zákon č. 461/2003 Z. z.) bol vypustený.
OAPSVLÚVSR	<p>Nad rámec návrhu zákona:</p> <p>2. Z databázy Notifikácie národných vykonávacích opatrení (MNE) vyplýva, že Európskej komisii bol k smernici 2005/36/ES v platnom znení notifikovaný ako transpozičné opatrenie aj zákon č. 392/2020 Z. z. spolu s tabuľkou zhody. Z predmetnej notifikovanej tabuľky zhody vyplýva, že transpozícia smernice 2005/36/ES v platnom znení sa okrem zákona č. 581/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov a zákona č. 578/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov zabezpečila aj Čl. III - zákonom č. 576/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov (čl. 21 ods. 6 smernice 2005/36/ES v platnom znení). Podľa Prílohy č. 3 k zákonu č. 576/2004 Z. z. (transpozičná príloha), smernica 2005/36/ES v platnom znení v Zozname preberaných právne záväzných aktov EÚ absentuje. Žiadame preto do Čl. V návrhu zákona doplniť samostatný novelizačný bod, ktorým sa predmetná smernica do nej doplní.</p>	O	N	Daná smernica je uvedená v 8. bode Prílohy č. 3 zákona.
OAPSVLÚVSR	<p>Všeobecne k návrhu zákona:</p> <p>1. Upozorňujeme, že návrh zákona neobsahuje návrhy vykonávacích predpisov, ktorých vydanie predpokladá Čl. I v ustanovení § 6a ods. 8 (novelizačný bod 10) a § 15 ods. 7 návrhu zákona (novelizačný bod 27), čo je v rozpore s čl. 17 ods. 1 písm. i) Legislatívnych pravidiel vlády Slovenskej republiky v platnom znení a s § 7 ods. 1 písm. f) zákona č. 400/2015 Z. z. o tvorbe právnych predpisov a o Zbierke zákonov Slovenskej republiky a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. Návrhy vykonávacích právnych predpisov žiadame predložiť v ďalšom legislatívnom procese.</p>	O	A	
OAPSVLÚVSR	<p>Všeobecne k návrhu zákona:</p> <p>2. V Čl. I bode 10 návrhu zákona sa ustanovuje § 6a, ktorý upravuje kladný výsledok hospodárenia zdravotnej poisťovne. V odseku 4 predmetného ustanovenia sú uvedené dve možné alternatívy navrhovanej právnej úpravy optimálneho výsledku hospodárenia, pričom v odôvodnení Čl. I K bodu 10 absentuje dôvod navrhnutia uvedených alternatív. Žiadame preto absentujúce zdôvodnenie doplniť do osobitnej časti dôvodovej správy. Rovnakú pripomienku uplatňujeme k Čl. I bodu 11, ktorý v § 6aa ods. 3 taktiež uvádza dve alternatívy navrhovanej právnej úpravy, avšak bez bližšieho zdôvodnenia v dôvodovej správe osobitnej</p>	O	A	

	časti.			
OAPSVLÚVSR	<p>Všeobecne k návrhu zákona:</p> <p>3. Predkladateľ v Čl. VIII v navrhovanom ustanovení § 6 ods. 9 písm. a), § 7 ods. 4, § 8 ods. 1 a § 8a ods. 3 hovorí o forme komunikácie prostredníctvom „elektronického podpisu“, ktorý odkazuje na ustanovenie „čl. 3 ods. 10 a 12 nariadenia (EÚ) č. 910/2014 v platnom znení“. Predmetné nariadenie v čl. 3 ods. 10 hovorí o elektronickom podpise a v čl. 3 ods. 12 o kvalifikovanom elektronickom podpise. Žiadame predkladateľa o prepracovanie predmetných ustanovení tak, aby z jeho znenia bolo zrejmé, či ide o formu komunikácie prostredníctvom elektronického podpisu alebo kvalifikovaného elektronického podpisu, prípadne oboma formami. Ďalej žiadame zosúladiť aj osobitnú časť dôvodovej správy, ktorá k bodu 8, 17 a 19 hovorí len o kvalifikovanom elektronickom podpise. Zároveň v súvislosti s citáciou nariadenia EÚ v poznámke pod čiarou k odkazu 13aab (Čl. VIII novelizačný bod 8) upozorňujeme, že nariadenie (EÚ) č. 910/2014 nebolo novelizované, preto žiadame na konci jeho citácie vypustiť dodatok „v platnom znení“.</p>	O	A	
OAPSVLÚVSR	<p>Všeobecne k návrhu zákona:</p> <p>4. Čl. III návrhu zákona sa zasahuje do niektorých ustanovení, ktoré sú transpozičnými opatreniami smernice Európskeho parlamentu a Rady 2013/33/EÚ z 26. júna 2013, ktorou sa stanovujú normy pre prijímanie žiadateľov o medzinárodnú ochranu (prepracované znenie) (Ú. v. EÚ L 180, 29.6.2013) v platnom znení. Ide najmä o Čl. III bod 1, ktorým sa vypúšťa v § 22 ods. 5, ktorý predstavuje transpozičné opatrenie napr. čl. 2 písm. g), čl. 17 ods. 2, čl. 19 ods. 1 a 2, čl. 23 ods. 4, čl. 25 ods. 1 smernice 2013/33/EÚ v platnom znení. Na základe uvedeného žiadame vypracovať čiastkovú tabuľku zhody k uvedeným článkom smernice 2013/33/EÚ v platnom znení. Ak sa návrhom zákona zasahuje aj do ďalších ustanovení, ktoré sú transpozičnými opatreniami k ostatným článkom smernice 2013/33/EÚ v platnom znení, je potrebné aj tieto články a transpozičné opatrenia zahrnúť do tejto čiastkovej tabuľky zhody.</p>	O	A	
PMÚSR	<p>K vlastnému materiálu Predkladaným návrhom sa sprísňujú podmienky podania žiadosti o zmenu zdravotnej poisťovne (ako aj späťvzatia žiadosti o zmenu); predovšetkým v ustanovení § 6 ods. 9 návrhu a v tej súvislosti v ustanovení § 8 ods. 1 návrhu, ako aj § 8a (ods. 3) návrhu, a to vyžadovaním okrem iného úradne osvedčeného podpisu poistenca v prípadoch uvedených žiadostí alebo podanie žiadosti osobne. Zákonodarca uvedené zdôvodňuje snahou o eliminovanie podvodov pri prepoisťovaní. Domnievame sa, že uvedené nastavenie takéhoto časovo, finančne aj administratívne náročného kroku pre všetkých poistencov, ktorí majú záujem sa prepoistiť, presahuje uvedenú snahu o elimináciu podvodov a nie je v tomto kontexte primeraným opatrením. Odporúčame preto predkladateľovi zvážiť prínos sprísňovania podmienok podania žiadosti o zmenu zdravotnej poisťovne navrhovanej úpravy na poistencov a nahradiť uvedené iným mechanizmom, ktorý nebude zaťažovať poistenca.</p>	O	A	Vypustená časť zo sprísňujúcich podmienok (vypustené ustanovenia o akceptačnom liste a o obmedzení účasti finančných sprostredkovateľov pri zmene zdravotnej poisťovne).
RÚZSR	<p>1. Pripomienka k čl. I., novelizačný bod 10</p> <p>RÚZ navrhuje uvedený bod vypustiť. Odôvodnenie: RÚZ navrhuje z návrhu zákona vypustiť navrhovanú reguláciu kladného hospodárskeho výsledku a optimálny výsledok hospodárenia. RÚZ principiálne nesúhlasí s akýmkoľvek zákonným mechanizmom a definovaním „optimálneho výsledku hospodárenia“. Optimálny výsledok hospodárenia je ako číslo nedefinovateľný. Je možné len skonštatovať, že optimálnym výsledkom je</p>	O	A	Ustanovenie prepracované.

	<p>akýkoľvek finálny kladný hospodársky výsledok. Zavedenie akéhokoľvek podobného mechanizmu bude viesť len k narušeniu prirodzených motívácií aktérov trhu, ktoré v konečnom dôsledku nemusia byť v prospech poistencov a systému zdravotného poistenia ako celku. Ministerstvo zdravotníctva pritom disponuje inými nástrojmi (napr. kritéria a štandardy kvality) ktoré môže použiť v prípade, ak by došlo k záveru, že dochádza k odklonu zdrojov zo zdravotného poistenia mimo systému zdravotníctva.</p>			
<p>RÚZSR</p>	<p>2. Zásadná pripomienka k čl. VIII, bodom 40, 44, 45, 47, 48, 50, 51, 52, 54 a 55 (§ 12 ods. 1 písm. g), § 13 ods. 5, § 13 ods. 10 a 11, § 13a, § 16 ods. 8 písm. f), § 16a, § 19 ods. 1, § 13 ods. 4, § 16 ods. 2 písm. c), § 16 ods. 16 a 18) V čl. VIII navrhujeme v celom rozsahu vypustiť body 40, 44, 45, 47, 48, 50, 51, 52, 54 a 55. Odôvodnenie: V zmysle návrhu zákona sa v čl. VIII mení aj zákon č. 580/2044 Z.z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „zákon o zdravotnom poistení“), v ktorom sa navrhuje zavedenie minimálneho vymeriavacieho základu pre zamestnanca vo výške minimálnej mesačnej mzdy. Zároveň sa má v zmysle návrhu zákona zrušiť odpočítateľná položka. V zmysle dôvodovej správy je cieľom takejto úpravy zabrániť špekulatívnym uzatváraniam pracovných pomerov, pri ktorých osoby platia minimálne mesačné poistné ale majú zabezpečené verejné zdravotné poistenie. Navrhované znenie považujeme za neakceptovateľné. Navrhované znenie totiž negatívnym spôsobom zasiahne najmä nízkopříjmové skupiny obyvateľstva, medzi ktoré patria, okrem iného, matky pracujúce na čiastočné úväzky, ktoré sa vrátili po rodičovskej dovolenke a už sa nepovažujú za poistencov štátu alebo ŤZP osoby pracujúce na kratší pracovný čas a pod. Zavedenie minimálneho vymeriavacieho základu spolu so zrušením odpočítateľnej položky bude znamenať aj zníženie nového daňového bonusu na deti pri kratších úväzkoch. Takýto návrh bude podľa nášho názoru likvidačným voči zamestnancom pracujúcim na čiastočné úväzky alebo dohody. Navrhovaná úprava je aj v rozpore s prísľubmi vlády týkajúcich sa pomoci rodinám a nízkopříjmovým skupinám obyvateľstva, vzhľadom na aktuálnu ekonomickú situáciu a zvyšujúcu sa infláciu. Navyše pri zdravotných a sociálnych odvodoch je potrebné zohľadniť aj rôzne vymeriavacie základy, každoročné zmeny sociálnych odvodov, rôzne výšky odvodov, stropy a výnimky, ktoré sú už aj pri aktuálne nastavenom daňovo-odvodovom systéme obzvlášť neprehľadné. Zavedenie minimálneho vymeriavacieho základu pre zamestnanca ešte skomplikuje tento systém, pretože pre zamestnancov bude platiť iný vymeriavací základ ako pre SZČO alebo dobrovoľne nezamestnanú osobu. Avizovaný primárny dôvod na zavedenie tejto zmeny (eliminácia „1 eurových“ úväzkov) nie je podporený faktami. Dopadová správa uvádza počet zamestnancov s vymeriavacím základom nižším ako minimálna mzda (bez poistencov štátu) vo výške 258 250 osôb, no žiadnu štruktúru týchto osôb. Nie je preto možné odhadnúť, aká časť z nich sú regulérni zamestnanci s čiastočným úväzkom a nízkou mzdou a koľko „špekulanti“. Anekdotické argumenty nestačia. Vytvorenie zamestnaneckého úväzku so sebou prináša okrem mzdových nákladov aj nemalé množstvo trvalých administratívnych nákladov (mzdové účtovníctvo, evidenciacia dochádzky a pod., BOZP, ...) a zvýšené riziko (napríklad kontrola Inšpekcie práce a pod.). Protiváhou týchto nákladov je ušetrenie necelých 80 eur mesačne (samoplatca). Masové rozšírenie takéhoto konania medzi podnikateľmi je preto otáznave. Opačnou stranou je dopad na trh práce. Fakt, že návrh prenáša celý dopad na „odvody zamestnanca“ je v dlhšom</p>	<p>Z</p>	<p>ČA</p>	<p>Minimálny vymeriavací základ zamestnanca upravený tak, aby bol vo výške životného minima pre 1 osobu, zároveň ponechané ustanovenia o uplatnení odpočítateľnej položky bez zmeny. Minimálny základ vo výške životného minima zabezpečí, aby nízkopříjmové osoby s reálnym príjmom nižším ako životné minimum neboli postihnuté negatívnymi dopadmi, nakoľko tieto osoby majú možnosť byť poistencami štátu (dávka v hmotnej núdzi a pod.), pričom na poistencov štátu sa minimálny základ zamestnanca vzťahovať nebude. Samotné zachovanie minimálneho základu zamestnanca sa predkladateľovi javí ako správne a potrebné.</p>

období irelevantný. „Odvody zamestnanca“ aj „odvody zamestnávateľa“ sú len účtovnou fikciou štátu, keďže obe sú len podmnožinou jednej nákladovej položky „mzdové náklady“. V kratšom období však bude šokom pre zamestnancov, ktorí budú náhle nútení doplatiť zdravotné odvody. Časom časť pracovných pozícií zdražie (zamestnanci zvýšenie premietnu do mzdových požiadaviek), časť pracovných pozícií zanikne (zamestnancom sa neoplatí za týchto podmienok pracovať). Dopadová správa (rozpočtová analýza) uvažuje o tom, že až 40% ľudí z 258 250 v reakcii na novelu zmení svoj status (teda neostanú v úväzku, ale opustia ho) a premieta to do rozpočtovaných príjmov. 40% predstavuje 103 300 ľudí. No zmena statusu podnikateľov má na odhad príjmov len minimálny dopad (ak by ostali zamestnancami, platili by cca 95 eur, zmenou statusu na samoplatiteľa budú platiť cca 85 eur), analýza však premieta celé zníženie o 40%. Uvažuje teda predkladateľ o tom, že všetkých 40% ľudí so zmenou statusu budú zamestnanci, ktorí sa stanú nezamestnanými a nie samoplatcami, keď odhad príjmov neupravil o prírastok samoplatcov? To by bola dramatická strata reálnych pracovných pozícií. No uvažujme, že sa jedná skôr o analytickú nedbanlivosť a predkladateľ o takom scenári neuvažuje. No ak spravíme konzervatívny odhad, že len jedna pätina ľudí so zmenou statusu budú „reálni“ zamestnanci, stále sa bude jednať o stratu závažných 20 000 pracovných pozícií. Tento návrh znamená zvýšenie mzdových nákladov na prácu nízkopříjmových zamestnancov s čiastkovými úväzkami. Ako sme uviedli, návrh sa ich nesnaží kvantifikovať, no nebude ich zanedbateľné množstvo. Často sa jedná o tie najzraniteľnejšie skupiny – matky, dôchodcovia, študenti, či ľudia v núdzi v pozíciách upratovačov a ďalších pomocných síl, či nezamestnaní, snažiaci sa „naskočiť“ na trh práce. Môžeme predpokladať, že práve tieto skupiny zamestnancov budú o legislatívnych zmenách horšie informované. Znenie návrhu naznačuje, že samotnú platbu vykoná zamestnávateľ, čo vytvára priestor na konflikt s neinformovaným zamestnancom. Návrh síce rieši prípad, kedy má dotknutý zamestnanec viacero zamestnávateľov, no rieši ho šalamúnsky – zamestnanec má zamestnávateľov informovať z vlastnej iniciatívy. Staršia skúsenosť s uplatňovaním odpočítateľnej položky ukazuje, že zamestnanci o takýchto povinnostiach väčšinou nevedia, alebo ich ignorujú, čo následne vyvoláva účtovný chaos medzi zamestnávateľmi. Nejedná sa pritom o malé zvýšenie mzdových nákladov. Dopadová tabuľka zavádzajúco využíva príklad s minimálnou mzdou roku 2022, pričom vieme, že prišlo k výraznému nárastu na 700 eur v roku 2023, čo znamená aj nárast minimálneho vymeriavacieho základu. Mzdový náklad zamestnanca s minimálnou mzdou a polovičným úväzkom (350 eur) sa skokovo zvýši zhruba o 31 eur, teda o 9%. V prípade menších úväzkov pôjde ešte o razantnejšie nárasty. Sociálny dopad takejto zmeny bude zásadný. Je pritom nepochopiteľné, že rovnakú filozofiu minimálnych odvodov neuplatňuje štát na poistencov štátu, za ktorých štát dlhodobo platí okolo 30 eur mesačne. Chápeme výhrady predkladateľa k spomínanej praxi mikroúväzkov podnikateľov, no (odhliadnuc od chýbajúcej kvantifikácie tohto problému) takáto možnosť vyplýva z logiky súčasného systému „zdravotnej dane“. Snaha uzavrieť akúkoľvek legislatívnu „medzeru“ v otázke platenia daní a odvodov bez ohľadu na náklady, ktoré to vytvorí, vedie v konečnom dôsledku k zníženiu efektívnosti ekonomiky. Riešenie spomínaného problému existuje, ale musí byť systémové – napríklad v podobe prebudovania súčasného systému zdravotného poistenia (v skutočnosti dane) na systém s nominálnym poistným, v ktorom je zdravotné poistenie produktom s jasnou cenou pre každého obyvateľa, nezaloženou na mzde, ale

	<p>potrebách systému. Takúto reformu ale nie je možné spraviť cez čiastkové zmeny parametrov, aké predstavuje aktuálna novela Navrhovaná úprava je taktiež v rozpore s Programovým vyhlásením vlády, v ktorom sa v časti Prorastový daňový mix uvádza, že vláda bude podporovať zvýšenie majetkových daní z nehnuteľností kompenzované znížením daňovo-odvodového zaťaženia nízko-príjmových skupín obyvateľstva, vrátane posilnenia odpočítateľnej položky pre nízko-príjmových. Pripomíname, že Slovensko už má jedno z najvyšších daňovo-odvodových zaťažení práce v Európe a takouto zmenou sa toto zaťaženie opäť zvýši. Takýmto významným zmenám, ktoré negatívne zasiahnu značnú časť obyvateľstva by mala predchádzať rozsiahla diskusia s dotknutými subjektmi, sociálnymi partnermi a odbornou verejnosťou, ktorú vláda vo svojom Programovom vyhlásení, v časti Legislatívny proces na úrovni vlády deklarovala, avšak takýto postup nedodržiava. Zavedenie minimálneho vymeriavacieho základu a zrušenie odpočítateľnej položky, tak ako je uvedené v tomto návrhu zákona považujeme za neprípustné a navrhujeme vypustiť všetky body týkajúce sa tejto úpravy.</p>			
SBA	<p>Čl. VIII k bodu 61 - nový § 25 n 2. Do zákona odporúčame doplniť nové ustanovenie v navrhovanom znení, aby bola umožnená elektronická komunikácia (využívajúc existujúci fungujúci automatizovaný systém výmeny informácií), analogicky ako je to v zákone o sociálnom poistení (samostatný § 2251). Navrhované znenie: „Zdravotná poisťovňa doručí príkaz na začatie vymáhania pohľadávok príkazaním pohľadávky, exekučný príkaz na vymáhanie pohľadávok príkazaním pohľadávky a ostatné príkazy, upovedomenia alebo oznámenia súvisiace s príkazaním pohľadávky (napr. upovedomenie o odklade exekúcie) banke alebo pobočke zahraničnej banky prostriedkami elektronickej komunikácie za podmienok uvedených v dohode, ktorú môže na tieto účely uzavrieť zdravotná poisťovňa so záujmovým združením bánk, alebo v listinnej podobe do vlastných rúk, ak existujú technické prekážky elektronickej komunikácie za podmienok uvedených v dohode.“ Odôvodnenie: Dôvodom na doplnenie ustanovenia je umožniť využitie technického riešenia existujúceho fungujúceho systému elektronickej komunikácie bánk so zapojenými oprávnenými subjektami. Slovenská banková asociácia (ďalej iba „SBA“) zastrešuje projekt elektronickej komunikácie bánk a oprávnených subjektov. Predmetom výmeny informácií je poskytovanie súčinnosti bánk v oblasti zákonom definovaných údajov, ktoré sú predmetom bankového tajomstva, voči oprávneným subjektom. Projekt elektronickej komunikácie umožňuje aj automatizáciu realizácie konkrétnych príkazov, prostredníctvom ktorých sa realizuje nútený výkon rozhodnutí (napr. exekučné konanie, daňové exekučné konanie). Relevantnými zákonmi bol stanovený právny rámec a mechanizmus, v zmysle ktorého je takáto osobitná elektronická komunikácia vyňatá z povinných, štátom zriadených elektronickej schránok. Osobitná elektronická komunikácia je na druhej strane povinná pre všetky banky poskytujúce dotknuté služby bez ohľadu na ich členstvo v SBA. SBA uzatvára zmluvy o spolupráci a technickej podpore, ktoré upravujú vzájomné práva a povinnosti zmluvných strán pri elektronickej komunikácii v rámci projektu osobitného informačného systému pre elektronickú komunikáciu. SBA uzatvorila zmluvy so Slovenskou komorou exekútorov, Notárskou komorou SR, Sociálnou poisťovňou, Finančným riaditeľstvom SR, Ministerstvom spravodlivosti SR, cca. 40 mestami a obcami.</p>	Z	A	Ustanovenie o vymáhaní pohľadávok bolo vypustené z návrhu v celom rozsahu.
SBA	Čl. X- účinnosť	Z	A	Ustanovenie o vymáhaní pohľadávok bolo vypustené

	1. Navrhujeme termín účinnosti zákona posunúť minimálne k 30.6.2023. Odôvodnenie: Posunutie účinnosti navrhujeme z dôvodu, že na strane bánk a poisťovní bude potrebné vykonať prípravu IT prostredia, ktoré zabezpečí výmenu požadovaných informácií prostredníctvom systému elektronickej komunikácie, ktoré banky už v súčasnosti využívajú pri komunikácii a poskytovaní informácií oprávneným subjektom.			z návrhu v celom rozsahu.
SKE	<p>čl. VIII bod 61 (§ 25b až 25m)</p> <p>Zásadná pripomienka SKE k čl. VIII bod 61. (§ 25b až 25m) návrhu zákona LP/2022/446 - zákon, ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a ktorým sa menia a dopĺňajú niektoré zákony Slovenská komora exekútorov, ako samosprávna stavovská organizácia, ktorá združuje všetkých exekútorov, podáva zásadnú pripomienku proti predloženému materiálu v časti umožňujúcej zdravotným poisťovniam uskutočňovať nútený výkon vlastného rozhodnutia. Teda nejde iba o všeobecnú právomoc vymáhať pohľadávky, ale zverenie právomoci štátno-mocenského donútenia obchodným spoločnostiam, vo vlastných veciach, bez relevantnej kontroly a zodpovednosti. Nútený výkon rozhodnutia (exekúcia) predstavuje jeden z najzávažnejších zásahov do základných práv fyzických a právnických osôb, predovšetkým do práva vlastníť majetok podľa čl. 20 Ústavy Slovenskej republiky. Preto je v právnom štáte významné, aby bolo takéto oprávnenie štátom zverené nestranným a nezávislým orgánom verejnej moci, ktorých personálny substrát má zodpovedajúce vzdelanie, majú technické a materiálne vybavenie, činnosť vykonávajú pod prísny dohľadom špecializovaných kontrolných orgánov a predovšetkým pod kontrolou súdu. Žiaden z vyššie uvedených predpokladov však nebude splnený, ak by mohli zdravotné poisťovne samostatne uskutočňovať nútený výkon vlastného rozhodnutia. Samostatným výkonom rozhodnutia zdravotnými poisťovňami sa nedosiahne žiaden zo sledovaných cieľov návrhu. Naopak, zníži sa rýchlosť vymáhania pohľadávok a apriori možno vylúčiť, že sa zvýši úspešnosť vymáhania. Ako ďalej objasníme, návrh nepovedie ani k zlacneniu procesu vymáhania pohľadávok pre poisťovne, a ani pre poistencov. Na druhej strane sa nepochybne výrazne zhorší ochrana práv poistencov v procese núteného výkonu rozhodnutia. Návrh mimoriadne vážnym a nebezpečným spôsobom zasahuje do systému vymáhania práva na Slovensku. Cielene rozdeľuje fungujúci systém výkonu rozhodnutia. Jeho predloženie zrejme nebolo odkonzultované s Ministerstvom spravodlivosti SR, ktoré je v tejto oblasti príslušným ministerstvom. V predložennom návrhu absentuje kvalifikované vyhodnotenie vplyvov na ochranu práv poistencov, vymáhanie pohľadávok alebo finančná analýza na rozpočet poisťovní. Tvrdenia o zrýchlení, či zlacnení, procesu vymáhania tak možno považovať za ničím nepodložené domnienky predkladateľa. Návrh zákona je v rozpore s odporúčaniami medzinárodných inštitúcií, ktorých signatárom je aj Slovenská republika, a ktoré upozorňujú na negatíva fragmentácie núteného výkonu rozhodnutí na právnu istotu a požadujú koncentráciu všetkých vykonávacích konaní v rukách súdnych exekútorov na základe rovnakých procesných podmienok. Takouto inštitúciou je napríklad Európska komisia pre efektívnu justíciu CEPEJ. Vzhľadom na vyššie uvedené je preto nevyhnutné navrhovaný bod zo zákona vypustiť, a to predovšetkým z nasledujúcich dôvodov. Návrh zákona predpokladá, že poisťovne budú mať iba obmedzené legislatívne možnosti vymáhania pohľadávok – prikázaním pohľadávky z účtu v banke alebo zrážkou zo mzdy a iných príjmov. Poisťovne</p>	Z	A	

tak budú môcť postihnúť len tých dlžníkov, ktorí sú zamestnaní alebo majú na účte dostatok prostriedkov na uhradenie pohľadávky. Dlžníci, ktorí tieto podmienky nespĺňajú, ostanú mimo dosah právomocí zdravotnej poisťovne. V prípade, že sa napokon poisťovňa aj tak rozhodne vymáhať svoje pohľadávky prostredníctvom súdnej exekúcie, dôjde k zbytočnému odkladu, spôsobenému vlastným výkonom rozhodnutia, čo nielen oddiali vykonanie rozhodnutia, ale môže reálne zmarit' úspešnosť exekúcie. Vo všetkých prípadoch, kde budú zdravotné poisťovne neúspešné, teda nedôjde k urýchleniu, ale naopak, k predĺženiu procesu vymáhania a ku generovaniu zbytočných nákladov na takéto konanie zo strany poisťovne. Z našich údajov, ako aj z analýzy Ministerstva spravodlivosti SR, je nepochybné, že rýchlosť Okresného súdu Banská Bystrica pri vydávaní poverení na vykonanie exekúcie je primeraná a nemáme informácie o tom, že by bola spochybňovaná zo strany zdravotných poisťovní. Rovnako súdni exekútori uskutočňujú prvotné úkony exekúcie bezprostredne po doručení poverenia, keď upovedomujú dlžníka o začatí exekúcie a po následnom zistení majetku povinného ho blokujú. Podľa dôvodovej správy: „Kombinácia vlastného vymáhania, s následnou možnosťou exekúcie, zabezpečí zvýšenie príjmov zdravotných poisťovní, skorší výber dlžného poistného a zníženie prevádzkových nákladov na trovy exekúcií. Zároveň dôjde k „zlacneniu“ exekúcií pre dlžníkov o trovy exekúcií.“ Sme presvedčení, že táto argumentácia je od základu chybná. Nedôjde totiž k zníženiu, ale k zvýšeniu prevádzkových nákladov na trovy exekúcií. Vymáhanie v réžii zdravotných poisťovní si vyžiada zriadenie nových oddelení, prijatie nových pracovníkov, nákup softvéru umožňujúceho vykonávanie exekúcií, i množstvo ďalších prevádzkových nákladov. Na tieto náklady sa však budú skladať všetci poistenci. Domnievame sa, že v návrhu chýba ekonomická analýza aj preto, že nie je reálne, aby zdravotná poisťovňa vedela nútený výkon rozhodnutí realizovať ekonomickejšie, pri zachovaní takej kvality ako úzko špecializovaný orgán, ktorý vykonáva iba nútený výkon rozhodnutia. Náklad na trovy exekútora možno chápať ako istú formu sankcie dlžníka za nesplnenie si svojich zákonných povinností, a túto sankciu znáša len dlžník osobne. Súdni exekútori sú síce orgánom verejnej moci, ale na ich nákladoch sa štát, a teda aj daňovníci a poplatníci, nijakým spôsobom nepodieľajú, pretože súdny exekútor celú svoju činnosť financuje len z trov a odmeny za vymožené pohľadávky. V prípade návrhu zákona sa táto sankcia (náklady núteného výkonu) prerozdeľuje medzi všetkých platcov zdravotných odvodov – aj tých, ktorí si svoje povinnosti riadne plnia. Niektorým delikventným dlžníkom sa teda navrhuje forma osobitnej pomoci. Návrh sa prirovnáva k systému, ktorý dnes využíva Sociálna poisťovňa. V tejto súvislosti je uvedené, že „dosahuje aktuálne úspešnosť 43 % a došlo k zásadnému skráteniu procesu vymáhania“. Dovoľujeme si v tejto súvislosti upozorniť, že ide o mimoriadne skreslený údaj – úspešnosť 43 percent sa totiž týka iba prípadov, ktoré takto poisťovňa vymáha. Podľa našich štatistík - údajov vyplývajúcich z Centrálného registra exekúcií - je však vybavenosť exekúcií zdravotných poisťovní súdnymi exekútormi viac ako 60% percent – a týka sa všetkých dlžníkov, nielen tých vybraných, pričom všetci dlžníci čelia exekučnému konaniu so všetkými povinnosťami, ktorými ich zaťažuje. Z oficiálnych výročných správ o činnosti Sociálnej poisťovne vyplýva, že po zavedení možnosti Sociálnej poisťovne realizovať vlastný výkon rozhodnutia, objem pohľadávok v správnom výkone nepresiahol 26,2 % z celkových pohľadávok (údaj k 31.decembru 2020). K 31. decembru 2021 bolo v správnom výkone uplatnených iba 21,8 % z celkových pohľadávok! Za povšimnutie stojí aj to, že

objem predpísaných pohľadávok SP sa medziročne (pri porovnaní rokov 2020 a 2021) podstatne zvýšil, avšak objem pohľadávok v správnom výkone sa naopak mierne znížil. Pritom celkový objem pohľadávok na poistnom a príspevkoch na SDS sa od roku 2018 zvyšuje. Namiesto vlastného výkonu rozhodnutia Sociálna poisťovňa previedla do mandátnej správy od 1. augusta 2021 do 31. decembra 2021 spolu 80 744 pohľadávok v sume 61 968 tis. EUR. Od 1. augusta do 31. decembra 2021 boli akceptované úhrady v objeme 221 534 EUR viažuce sa ku všetkým zoznamom pohľadávok prevedených do mandátnej správy od 1. augusta do 31. decembra 2021. Úspešnosť tejto mandátnej správy pohľadávok teda predstavuje 0,357 %. Aj prevedenie tohto značného objemu pohľadávok do mandátnej správy indikuje, že úspešnosť správneho výkonu SP nemusí byť celkom taká, ako sa deklaruje. Zo spoločnej správy, ktorú publikoval Najvyšší kontrolný úrad Českej republiky (NKÚ ČR) a Najvyšší kontrolný úrad Slovenskej republiky (NKÚ SR) v roku 2021 o priebehu a výsledku medzinárodnej spolupráce v rámci koordinovaných kontrol, ktoré vykonal, ktoré boli zamerané na správu sociálneho poistenia v rokoch 2015 až 2018 vyplýva, že Sociálna poisťovňa prostredníctvom súdnych exekútorov do roku 2017 vymáhala iba malú časť z celkového objemu pohľadávok, hoci ich úspešnosť bola cez 30 %. Prevažnú časť pohľadávok napriek tomu držala v mandátnej správe, ktorej úspešnosť sa úspešnosti exekútorov ani zďaleka nevyrovnala. Keď teda všetky pohľadávky z mandátnej správy v roku 2018 presunula na vlastnú správnu exekúciu, spôsobilo to zdanie sa zvýšenej úspešnosti vymáhania SP. Môžeme sa iba domnievať, že ak by pohľadávky z mandátnej správy boli vymáhané súdnymi exekútormi, bola by úspešnosť Sociálnej poisťovne ešte vyššia. Je však zrejmé, že porovnávanie úspešnosti správneho výkonu a výkonu súdnymi exekútormi neobstojí tak ako ho v minulosti prezentovala Sociálna poisťovňa. Pripomíname, že okrem nepomerne vyšších zákonných právomocí majú súdni exekútori neporovnateľne lepšie predpoklady na vymoženie pohľadávky zdravotných poisťovní. Sú dostatočne odborne, personálne, technicky a materiálne vybavení, pričom táto vybavenosť je nevyhnutnou, zákonnou a trvale preverovanou podmienkou ich činnosti. Musia mať právnické vzdelanie druhého stupňa a zložiť náročné exekútorské skúšky, majú postavenie orgánu verejnej moci i postavenie verejného činiteľa. Zároveň sú k práci výrazne viac motivovaní, pretože chod svojich úradov financujú výlučne z exekučnej činnosti. Zamestnanci poisťovní takúto motiváciu mať nebudú, a preto bude aj vyššie riziko zásadných negatívnych sprievodných javov, ako napríklad korupcie. V dôvodovej správe je uvedené, že „je možné dôvodne predpokladať aj zvýšenie príjmov do štátneho rozpočtu“. Na tento predpoklad chýba akákoľvek argumentácia reálnymi dátami. Naopak, „outsourcing“ špecializovaným subjektom je spravidla lacnejší, čím neraz dôvodí aj organizácie v správe rezortu zdravotníctva, resp. štátu. Opakujeme, že vymáhanie v réžii zdravotných poisťovní si vyžiada nemalé náklady, ktoré budú znášať poplatníci, zatiaľ čo očakávané zvýšenie príjmov do štátneho rozpočtu neodôvodňuje žiaden racionálny argument. Pevne veríme, že práve zriaďovanie nových pracovísk v niektorej z poisťovní nie je skutočným dôvodom predkladanej legislatívnej zmeny. V dôvodovej správe sa na jednej strane uvádza, že zdravotné poisťovne disponujú potrebnými údajmi na výkon exekúcie prikázaním pohľadávky a zrážkami z príjmov. Na druhej strane sa priamo zavádza povinnosť bánk poskytovať poisťovňiam informácie o účtoch dlžníkov, čo prvé tvrdenie priamo vyvracia. Zdôrazňujeme, že ide aj o špecifické osobné údaje poistenca, ktoré doposiaľ pre činnosť

<p>zdravotnej poisťovne neboli potrebné. Tieto osobné údaje, ako aj údaje, ktoré sú predmetom bankového tajomstva, sa dostávajú do rúk súkromných subjektov bez relevantnej kontroly a zodpovednosti. Ako už bolo uvedené, nútený výkon rozhodnutia má byť uskutočňovaný súdom alebo nestranným a nezávislým orgánom pod dohľadom súdu, pretože exekúcia predstavuje zásah do základných práv. Zdravotné poisťovne sú akciové spoločnosti zriadené podľa obchodného práva. Z dôvodu, že majú oprávnenie vydávať výkazy nedoplatkov, ktoré sú exekučným titulom, bez toho, aby sa museli žalobou obrátiť na súd, musí byť zabezpečená súdna kontrola aspoň vo vykonávacom konaní. V opačnom prípade dôjde k zásadnému sťaženiu práva poistencov na súdnu ochranu a prístup k súdu. Z hľadiska ústavou garantovaného princípu rovnosti účastníkov a rovnakého prístupu k súdnej ochrane, môže byť zavedenie navrhovaného systému vážnym problémom, ktorý tieto ústavné garancie narúša a zvyhodňuje vybrané subjekty. Ohrozenie transparentnosti vymáhania pohľadávok je evidentné. Výkon rozhodnutia má byť podľa návrhu realizovaný priamo zainteresovanou/zaujatou osobou, teda o nestrannosti a nezávislosti a ich aspektoch nemožno vôbec hovoriť. Špecifickú agendu, na ktorú nie je zdravotná poisťovňa zriadená, nemá kto kvalifikovane kontrolovať. Súkromným poisťovniam sa teda má dostať nielen právomoc rozhodovať o exekučnom titule, ale aj o jeho nútenej exekúcii, a zároveň majú byť aj odvolacím orgánom, teda kontrolovať sami seba. Zjednodušene povedané, úradník v jednej miestnosti vydá rozhodnutie, úradník v druhej miestnosti rozhodne o jeho vymáhaní a úradník v tretej miestnosti o odvolaní dlžníka, ktorý tak nemá absolútne žiadnu istotu nezávislosti. Oproti tomu je súčasný systém založený na kontrole exekučného titulu súdom ex ante pri rozhodovaní o vydaní poverenia, samotný výkon realizuje nestranný a nezávislý súdny exekútor, a to pod dohľadom súdu, ktorý má právomoc rozhodovať aj o návrhu na zastavenie exekúcie poistenca ex post. Výkon exekučnej činnosti podlieha dohľadu Slovenskej komory exekútorov a Ministerstva spravodlivosti SR. Samotní exekútori disciplinárne spadajú pod jurisdikciu Najvyššieho správneho súdu. Existujú odôvodnené predpoklady, že z právneho hľadiska je zavedenie navrhovaného systému v rozpore s Ústavou Slovenskej republiky. Exekúcia totiž predstavuje zásah do základných práv a navrhovaná právna úprava by mala prejsť testom proporcionality. Keďže sa návrhom oslabuje právo na súdnu a inú právnu ochranu fyzických osôb a právnických osôb a zhoršuje sa postavenie poistenca (predovšetkým ochrana jeho majetku), domnievame sa, že novela nevyhoví tomuto testu. Test proporcionality sa všeobecne skladá z troch krokov: 1. identifikácie účelu zásahu do základného práva a testu vhodnosti tohto zásahu na jeho dosiahnutie, 2. testu nevyhnutnosti tohto zásahu a 3. testu proporcionality v užšom zmysle. Prvým krokom je identifikácia cieľa (účelu), ktorý zásah do základného práva sledoval a ktorý musí byť z ústavného hľadiska legitímny a legálny, čo znamená, že ústava musí obmedzenie predmetného základného práva z dôvodu dosiahnutia tohto cieľa pripúšťať. Súčasťou tohto kroku je aj skúmanie racionálnej väzby medzi týmto prostriedkom (zásahom) a sledovaným cieľom, teda či ním možno tento cieľ dosiahnuť. V druhom kroku treba posúdiť, či nebolo možné použiť na dosiahnutie sledovaného cieľa prostriedok, ktorý by bol vo vzťahu k predmetnému základnému právu šetrnejší. Tretím a posledným krokom je posúdenie proporcionality v užšom zmysle. Jeho podstatou je vyvažovanie dvoch v kolízii stojacich práv či hodnôt. Ako vyplýva z vyššie uvedeného, na prijatie rozporovanej legislatívy nie je legitímny dôvod a deklarované ciele v podobe zrýchlenia, zlacnenia, či</p>			
--	--	--	--

	<p>zvýšenia vymožitelnosti zrejme nebudú dosiahnuté. Teda navrhovaná úprava z hľadiska tohto testu neprejde ani prvým krokom. Ak by sme však uvažovali len o poslednom treťom kroku testu proporcionality je nepochybné, že deklarované ciele (ktoré aj tak nebudú dosiahnuté) majú nižšiu hodnotu ako je súdna ochrana základných práv pri nútenom výkone rozhodnutia, ktorá vyplýva z ustanovení Exekučného poriadku. Ako už bolo uvedené, trovy exekúcie možno chápať aj ako istú formu sankcie pre dlžníka za nesplnenie si svojich zákonných povinností. Na druhej strane však Exekučný poriadok poskytuje aj nevyhnutnú súdnu ochranu právam poistenca. Okrem toho má dlžník zákonný nárok na splátky, môže požiadať o odklad exekúcie zo sociálnych dôvodov a pod. Žiadnu takúto ochranu však požívať nebude, ak zdravotné poisťovne preberú proces núteného výkonu rozhodnutia do svojej réžie: bez nezávislej kontroly, bez ohľadu na reálnu situáciu dlžníka. Z predloženého návrhu nie je dokonca zrejmé ani to, aký všeobecný procesný predpis sa použije na konanie. Exekúcie vedené zdravotnými poisťovňami nebudú registrované v Centrálnom registri exekúcií, a teda informácia o nich nebude dostupná pre štát, či súkromný sektor, ani pre samotného dlžníka. Možno predpokladať aj ďalšie problémy v súvislosti s doručovaním alebo výpočtom zrážok zamestnávateľmi pri súbehu exekúcií a pod. Vôbec nie je riešená otázka zodpovednosti za škodu, ktorú tak môže primárne znášať štát, keďže ide o prenesený výkon štátnej moci. Vzhľadom na vyššie uvedené skutočnosti si dovoľujeme zhrnúť nami podanú zásadnú pripomienku nasledovne. V súčasnosti neexistuje žiaden racionálny dôvod pre prijatie navrhovanej právnej úpravy. Jej prijatie nepovedie k dosiahnutiu deklarovaných cieľov, práve naopak, domnievame sa, že dôjde k zníženiu vymožitelnosti pohľadávok zdravotných poisťovní, a v konečnom dôsledku k zvýšeniu nákladov vymáhania, na ktoré sa poskladajú všetci poistenci. Na druhej strane sa významne zníži (takmer celkom odpadne) nezávislá kontrola procesu vymáhania pohľadávok zdravotných poisťovní, pretože jedna a tá istá inštitúcia bude vydávať rozhodnutia, určovať ich vymáhanie a zároveň bude odvolacím orgánom. Namiesto nezávislého súdu bude o tak citlivých záležitostiach, ako je nútený výkon rozhodnutia, rozhodovať súkromný subjekt. Znamená to významné zníženie právnej istoty občanov a zvýšenie sprievodných negatívnych javov. Takéto oslabenie právnej ochrany podľa nášho názoru neprejde ústavným testom proporcionality. Návrh bude mať zásadný a negatívny dopad tak na poistencov, pričom sa vytvárajú významné negatívne externality v pôsobnosti rezortu spravodlivosti i ďalších oblastiach. Je dôvodný predpoklad, že sa ňou opäť zníži vymožitelnosť práva, ktorá je dnes jednou z najväčších výhrad zahraničných investorov pri svojich úvahách o investícii do slovenskej ekonomiky. Novela podstatne rozdeľuje systém núteného vymáhania práva, a to napriek odporúčaniam medzinárodných inštitúcií (napríklad Európskej komisie pre efektívnosť súdnictva - CEPEJ), aby sa výkon všetkých rozhodnutí v štáte sústredil do rúk na to zriadeného subjektu, ktorý je na to odborne a materiálne spôsobilý a jeho činnosť je pod nezávislou kontrolou. Na základe uvedených argumentov Slovenská komora exekútorov žiada vypustiť čl. VIII bod 61. (§ 25b až 25m) z návrhu zákona LP/2022/446, ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a ktorým sa menia a dopĺňajú niektoré zákony.</p>			
<p>SKZL</p>	<p>čl. I bod 66 1. Žiadame číslovku „11“ nahradiť číslovkou „12“ a slová „a jedného člena zo Slovenskej</p>	<p>Z</p>	<p>N</p>	<p>Zámerom predkladateľa je aby bolo počet členov v nepárnom počte z dôvodu hlasovaní.</p>

	<p>lekárskej komory“ nahradit' slovami „..., jedného člena na návrh Slovenskej lekárskej komory a jedného člena na návrh Slovenskej komory zubných lekárov“. Odôvodnenie: Slovenská komora zubných lekárov je toho názoru, že zubné lekárstvo je osobitným typom ambulancnej zdravotnej starostlivosti, na dostupnosť ktorého má spôsob nakladania s prostriedkami verejného zdravotného poistenia významný vplyv. Vzhľadom na uvedené sme toho názoru, že prítomnosť zástupcu za Slovenskú komoru zubných lekárov je potrebná a súčasne prínosná pre účely fungovania úhradových mechanizmov a regulácie cien v tomto špecifickom ambulancnom segmente.</p>			
<p>SKZL</p>	<p>čl. VIII 2. Žiadame právnu úpravu, ktorá zavádza inštitút „minimálneho základu zamestnanca“ a naň nadväzujúce ustanovenia z predkladaného návrhu zákona vypustiť. Odôvodnenie: Slovenská komora zubných lekárov je toho názoru, že zavedenie sadzby 14% z vymeriavacieho základu podľa navrhovaného § 13a zákona č. 580/2004 u zamestnancov, ktorí vykonávajú závislú prácu v pracovnom pomere na kratší pracovný čas, prípadne formou dohôd o prácach vykonávaných mimo pracovného pomeru výrazne poškodí najmä nízkoprijemové skupiny zamestnancov, už teraz ťažko uplatniteľných na trhu práce, premietne sa do nevyhnutnosti zvýšenia miezd/odmien vyplácaných zamestnávateľom (napriek nenavýšovaniu jeho vymeriavacieho základu) a bude predpokladom navýšenia nákladov pre zamestnávateľov v súvislosti s potrebami úprav mzdových programov a s ďalšou byrokraciou. Rovnako sme toho názoru, že uvedená úprava je značne nejasná. Podľa analýzy sociálnych vplyvov prílohou k návrhu zákona sa prijaté opatrenie dotkne približne 100 000 osôb, ktorých pracovný pomer alebo dohody o prácach vykonávaných mimo pracovného pomeru nemajú špekulatívny charakter. Do uvedenej kategórie môžu spadať osamelý rodič starajúci sa o dieťa, osoba so základným vzdelaním, prípadne osoba, ktorá sa z iného dôvodu nevie uplatniť na trhu práce (oblasti s nedostatkom pracovných miest) a súčasne nespĺňa výnimky podľa § 11 ods. 7 zákona č. 580/2004 Z. z. Zľahčovanie pokles príjmov (mesačne) o cca 25 – 50 eur/osoba/mesačne, považujeme za absolútne neadekvátne. Práve navrhované opatrenia môžu u dotknutých osôb viesť k zdravotným problémom, ktoré budú nepomerné s nákladmi na vynaloženú zdravotnú starostlivosť. Nie je zrejme, prečo navrhovateľ využil zjavne najradikálnejší zásah s dosahom na všetkých zamestnancov, keď takmer polovica z dotknutých nemajú záujem žiadnym spôsobom terajšiu úpravu obchádzať. Nie je zrejme, prečo navrhovateľ nehľadal riešenie pri konkrétnych vzťahoch, o ktorých vie, že stav de lege lata zneužívajú. Slovenská komora zubných lekárov napríklad tiež zamestnáva zamestnanca v pracovnom pomere na kratší pracovný čas na pracovnej pozícii upratovačky a rovnako na dohodu o pracovnej činnosti údržbára, pretože si uvedený rozsah pracovného času ich zamestnanie vyžaduje. Navrhovateľ zákona síce v dôvodovej správe deklaruje, že povinnosť zamestnávateľa odvádzať poisťné sa nemení, avšak je zrejším predpokladom, že z dôvodu potreby obsadenia aj napríklad nízkokvalifikovaných miest pri aktuálnom nedostatku zamestnancov sa náklady zamestnávateľa budú musieť zvyšovať. Nie je reálne očakávať, že zamestnanec sa stotožní s prenosom bremena zvýšenej sadzby poisťného, keď bude zo 400 eurovej mzdy odvádzať namiesto 16 eur 14% z minimálnej mzdy. Javí sa nám, že navrhované znenie zákona sa nezaobera situáciou, ak zamestnanec má viac pracovných úväzkov (u rôznych, prípadne aj toho istého zamestnávateľa) a súhrne minimálny základ zamestnanca presahuje (napríklad aj v kombinácii so živnosťou). Zamestnávateľ nemá často</p>	<p>Z</p>	<p>ČA</p>	<p>Minimálny vymeriavací základ zamestnanca upravený tak, aby bol vo výške životného minima pre 1 osobu, zároveň ponechané ustanovenia o uplatnení odpočítateľnej položky bez zmeny. Minimálny základ vo výške životného minima zabezpečí, aby nízkoprijemové osoby s reálnym príjmom nižším ako životné minimum neboli postihnuté negatívnymi dopadmi, nakoľko tieto osoby majú možnosť byť poistencami štátu (dávka v hmotnej núdzi a pod.), pričom na poistencov štátu sa minimálny základ zamestnanca vzťahovať nebude. Samotné zachovanie minimálneho základu zamestnanca sa predkladateľovi javí ako správne a potrebné.</p>

	ako zistiť, či zamestnanec nevykonáva súčasne závislú u iných zamestnávateľov. Obdobne nie je vôbec riešená situácia, keď zamestnávateľ výnimočne potrebuje na plnenie svojich úloh uzatvoriť s fyzickou osobou dohodu o prácach vykonávaných mimo pracovného pomeru a odmena by nedokázala pokryť ani výšku zdravotného odvodu (v prípade Slovenskej komory zubných lekárov je to napríklad potrebné pri organizovaní vzdelávacích akcií v rámci sústavného vzdelávania zubných lekárov). Takáto situácia bude viesť k nulovému záujmu o výkon takýchto činností. Predpokladáme, že s prípadným prijatím navrhovaných zmien sa bude spájať aj potreba aktualizácie mzdových softvérov, čo sa prejaví buď vo zvýšenej úhrade za samotný softvér alebo v úhrade externým spoločnostiam, ktoré mzdovú agendu pre zamestnávateľa spravujú. Z uvedeným opatrením sa s určitosťou bude spájať aj zvýšená byrokracia, ktorá významne zamestnávateľov zaťažuje.			
SLeK	Čl. I 2. V Čl. I navrhujeme zaradiť novelizačný bod v znení: „V § 20 ods. 1 písmeno t) znie: „t) sprístupňuje komorám príslušným na registráciu zdravotníckych pracovníkov x) na účely aktualizácie nimi vedených registrov údaje z registra zdravotníckych pracovníkov v rozsahu meno, priezvisko, rodné číslo alebo dátum narodenia a dátum úmrtia Poznámka pod čiarou: x) § 62 zákona č. 578/2004 Z. z. poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Odôvodnenie: V súlade s § 49 ods. 1 písm. h) a písm. r) zákona č. 578/2004 Z. z. poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov, komory vedú registre podľa príslušného zdravotníckeho povolania a registre licencií, pričom v súlade s § 64 ods. 5 uvedeného zákona, komora v registri priebežne aktualizuje nové skutočnosti. Aby komory mohli v celom rozsahu naplňovať tieto úlohy, je žiaduce, aby im boli sprístupnené údaje o úmrtí zdravotníckeho pracovníka za účelom samotného zistenia skutočnosti zániku registrácie, získania dátumu zániku registrácie, zistenia skutočnosti zániku licencie ako získania dátumu zániku licencie.	O	A	
SLeK	Čl. I bode 19 v § 8d ods. 1 1. V Čl. I bode 19 v § 8d ods. 1 navrhujeme na konci doplniť slová „okrem lekárenskej starostlivosti vo verejnej lekární, pobočky verejnej lekární a nemocničnej lekární.“ Odôvodnenie: Vzhľadom na skutočnosť, že v prípade poskytovateľov lekárenskej starostlivosti dochádza k uhrádzaniu poskytnutej lekárenskej starostlivosti, ktorá nie je definovaná v podobe zdravotných výkonov, navrhujeme jednoznačné určenie, že režim § 8d sa v prípade lekárenskej starostlivosti ako jednej z foriem zdravotnej starostlivosti neuplatňuje.	O	N	V zmysle doplneného odôvodnenia v dôvodovej správe je dôležité, aby zdravotná poisťovňa zverejňovala všetky pravidlá revíznej činnosti.
SLK	čl. I bod 40 § 20 ods. 1 písm. s) V bode 7 navrhujeme vypustiť slovné spojenie „na vyžiadanie“. Odôvodnenie: Považujeme za vhodné, aby mal všeobecný lekár automaticky bez potreby vyžiadania informáciu úmrtí a dôvodoch úmrtia, s ktorou má uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.	Z	N	Vzhľadom na vyše 50.000 úmrtí ročne je kapacitne a organizačne nemožné, aby úrad u každej zomrelej osoby priradil všeobecného lekára a zasielal mu informáciu o úmrtí. Navyše by išlo o duplicitné oznámenie, keďže informáciu o úmrtí pacienta dostáva všeobecný lekár od zdravotnej poisťovne z chybového protokolu kapitácie.
SLK	čl. I bod 46 v § 31 ods. 4 Navrhujeme zmeniť ods. 4 nasledovne: „Výška úhrady za úkony podľa ods. 1 je ustanovená	Z	N	Výška poplatkov môže byť určená aj právnym predpisom nižšej právnej sily než je zákon. Vyhľadávka je

	v prílohe č. 4.“ Odôvodnenie: Výška poplatkov musí byť určená zákonom.			všeobecne záväzný právny predpis. Už aj v súčasnosti je úhrada ustanovená vo vyhláške.
SLK	<p>čl. I bod 58 § 43b ods. 4 Navrhujeme vložiť za slovo „je“ slovo „najmä“- Odôvodnenie: Aj z ďalšieho znenia navrhovaného normatívneho textu (§ 44, § 46 ods. 1 (nedostatočne zistenie skutkovo stavu)) vyplýva, že zdravotná dokumentácia nemusí byť jediným podkladom pre výkon dohľadu.</p>	Z	N	<p>Pri prijatí tohto návrhu by boli ako podklady predkladané aj dokumenty a iné podklady, či „dôkazy“, ktoré úrad nevie verifikovať ako legálne, prípadne korektné (napr. nahrávka lekára bez jeho súhlasu a pod.), alebo inak upravované listiny a dokumenty (overovanie a posudzovanie pravosti?). Ak by sa mali takéto „podklady“ stať jedným z podkladov výkonu dohľadu, úrad by sa musel vysporiadať aj so skutočnosťami, ktoré nie sú zachytené v zdravotnej dokumentácii, alebo sú v rozpore s jej obsahom. Išlo by teda o úradom neoveriteľné a na základe zdravotnej dokumentácie často neobjektívne informácie, ktoré by mohli byť zmätočné, nekonzistentné a aj účelové. Z uvedeného vyplýva, že by išlo v podstate o postupy vyšetrovania, či súdneho dokazovania a získavania vyjadrení od tretích osôb, vierohodnosť ktorých nemá úrad reálne ako overovať. Úrad by tak bol postavený do pozície „vyšetrovateľa a sudcu“, no bez príslušných právomocí. Podstatou a účelom výkonu dohľadu pritom nie je vyšetrovací činnosť, ale prešetrenie správnosti poskytnutej zdravotnej starostlivosti. Úrad nie je vyšetrovacím orgánom, či sudcom, neplní úlohy orgánu činného v trestnom konaní, súdu, ani ich svojou činnosťou a poslaním nemôže v platnom právnom systéme nahrádzať, či suplovať. Prijatie takejto úpravy by si vyžadovalo zásadnú a rozsiahlu zmenu výkonu dohľadu s presahom do iných právnych noriem (pravdepodobne aj v trestno-právnej rovine).</p>
SLK	<p>čl. I bod 58 § 43b ods. 8 Navrhujeme vypustiť druhú vetu. Odôvodnenie: V prípade neplynutia lehoty počas vypracovania stanoviska prizvanej osoby, lehota na skončenie dohľadu stráca praktický význam, nakoľko napriek stanovenej lehote, bude môcť dohľad trvať aj niekoľko rokov. Výber prizvanej osoby je oprávnením UDZS a preto UDZS musí zodpovedať aj za činnosť prizvanej osoby vrátane dĺžky času vyhotovovania stanoviska.</p>	Z	N	<p>Uvedené ustanovenie plne koreluje s aplikačnou praxou. Aj v iných procesoch, napr. v správnom konaní v prípade, ak je pokračovanie závislé na inom subjekte než je správny orgán sa konanie preruší (a lehota spočíva). Spočívanie lehoty má v tomto prípade obdobný zmysel, iba je administratívne jednoduchšie. Aplikácia tohto inštitútu je kedykoľvek kontrolovateľná a prípadné prieťahy v konaní sú postihovateľné. Ak je spoločenský konsenzus na tom, že existuje maximálna lehota na prešetrenie podnetu (čo v ostatných procesoch nie je), spočívanie lehoty je vzhľadom na 18-ročnú aplikačnú prax úradu</p>

				nevyhnutné, nakoľko sú prípady, ktorých šetrenie trvá dlhšie.
SLK	čl. I bod 58 § 44 ods. 2 Navrhujeme nahradiť slovo „bezodplatne“ slovným spojením „za náhradu vecných nákladov“. Odôvodnenie: S poskytnutím súčinnosti môže byť spojené vynaloženie nákladov (napr. kopírovanie a pod). Navyiac treťou môžu byť aj fyzické osoby nepodnikatelia, u ktorých môže reálne hroziť, že súčinnosť odmietnu poskytnúť z dôvodu nedostatku peňažných prostriedkov na poskytnutie súčinnosti.	Z	N	Úrad vykonáva činnosť vo verejnom záujme a uvedený postup je bežný aj v iných procesoch (napr. Správny poriadok). V praxi sú náklady na poskytnutie súčinnosti minimálne – poštovné, prípadne vyhotovenie kópii. Ak právne predpisy umožňujú nahrádzať trovy konania, tieto konania sú v zásade spolpatnené takým poplatkom, ktorý uvedené trovy pokrýva.
SLK	čl. I bod 58 § 45 ods. 9 Navrhujeme vypustiť vetu za bodkočiarkou a doplniť znenie „v rozsahu počet prijatých podnetov, počet odmietnutých podnetov s uvedením dôvodu odmietnutia, počet podnetov ukončených ako opodstatnených, počet podnetov ukončených ako neopodstatnených. Odôvodnenie: Nesúhlasíme s tým, aby forma a štruktúra údajov bolo určovaná inak ako všeobecne záväzným právnym predpisom. Navrhujeme, aby rozsah údajov bol stanovený zákonom.	Z	N	SLK neuviedla odôvodnenie tejto pripomienky. Aj v súčasnosti je forma a štruktúra zverejnená na webovom sídle ministerstva (https://www.health.gov.sk/Clanok?forma-a-struktura-udajov-UDZS-dohlad) Dovoľujeme si uviesť naše presvedčenie, že určovanie formy a štruktúry zverejňovaním na webovom sídle, je podstatne efektívnejšie a flexibilnejšie než vydanie formy a štruktúry vo forme zákona (napríklad cez prílohu). Riadny legislatívny proces (nepočítajúc prvotné diskusie s relevantnými subjektami a následne zverejňovanie predbežnej informácie) trvá minimálne 6 mesiacov. Navyše, úrad pre dohľad zverejňuje podobné informácie vo svojej Správe o činnosti úradu.
SLK	čl. I bod 58 v § 43a Navrhujeme vypustiť ods. 10. Odôvodnenie: Nevidíme dôvod na to, aby sa rozlišovalo medzi obligatónnymi a fakultatívnymi dôvodmi odmietnutia podania. Napr. ani zákon č. 9/2010 Z.z. o sťažnostiach nerozlišuje medzi obligatónnymi a fakultatívnymi dôvodmi odloženia sťažnosti.	Z	A	
SLK	čl. I bod 58 v § 43a ods. 9 Navrhujeme doplniť písm. d), e) a f) v znení: „d) obdobie, v ktorom malo dôjsť k porušeniu práva alebo právom chráneného záujmu, je viac ako päť rokov od doručenia podnetu úradu, e) je z neho zrejmé, že ide o opakované a zjavne bezdôvodné uplatňovanie práva na prešetrenie správnosti poskytnutej zdravotnej starostlivosti, f) je z neho zrejmé, že výkonom dohľadu ide o snahu zabezpečiť znalecký posudok na potreby súdneho konania.“ Odôvodnenie: Nevidíme dôvod na to, aby sa rozlišovalo medzi obligatónnymi a fakultatívnymi dôvodmi odmietnutia podania. Napr. ani zákon č. 9/2010 Z.z. o sťažnostiach nerozlišuje medzi obligatónnymi a fakultatívnymi dôvodmi odloženia sťažnosti.	Z	ČA	V nadväznosti na pripomienky od ostatných subjektov bolo od § 43a ods. 10 písm. c) upustené.
SLK	čl. I bod 66 § 67a ods. 3 Navrhujeme slovo „zo“ nahradiť spojením „na návrh“. Odôvodnenie: Navrhované znenie umožňuje vymenovať za člena výboru ktoréhokoľvek člena SLK bez toho, aby o tom SLK vedela.	Z	A	
SLK	čl. VII Navrhujeme doplniť nový bod 1 v znení: „V § 3 ods. 1 sa vkladá písm. h) v znení: „h) vykonávaní prehliadky mŕtveho tela a pri výkone pitvy.“ Odôvodnenie: Prehliadky mŕtveho	Z	N	Pripomienka je nad rámec návrhu zákona a vyžaduje si širšiu diskusiu. Návrh bol odstúpený vecne príslušnej sekcii.

	tela ako aj pitvy vykonávajú lekári, ktorí pri výkone týchto činností realizujú odborné pracovné činnosti nadobudnuté vysokoškolským vzdelaním v doktorskom študijnom programe všeobecné lekárstvo; v prípade výkonu pitvy aj špecializované pracovné činnosti.			
SLK	V č. I bod 58 v § 43 ods. 10 Navrhujeme zmeniť písm. b) nasledovne: „najmenej päťročnú odbornú zdravotnícku prax61b) v tých pracovných činnostiach, v ktorých sa má vykonávať dohľad.“ Odôvodnenie : Precizovanie toho, aby osoba oprávnená vykonávať dohľad mala prax v príslušnej činnosti, či už odbornej, špecializovanej alebo certifikovanej. Aby nedošlo k situácii, že lekár mesiac po špecializácii bude vydávať stanovisko k správnosti poskytnutia zdravotnej starostlivosti.	Z	N	Predkladateľ má za to, že už súčasné znenie zákona zámer pripomenky SLK obsahuje. Úrad prirodzene (aj v duchu platných interných predpisov) dbá na to, aby osoby oprávnené vykonávať dohľad spĺňali podmienky nezávislosti a dlhoročnej odbornej erudície.
SLK	VIII bod 46 § 13 ods. 13 Navrhujeme číslo „1,3“ nahradiť číslom „3,8“. Odôvodnenie: Navrhovanú výšku nepovažujeme vzhľadom na súčasnú alarmujúcu situáciu v zdravotníctve za dostačujúcu. Zdravotníctvo vyžaduje významné dlhodobé dofinacovanie na krytie investičného dlhu a miezd zdravotníkov za účelom zatraktívnenie výkonu zdravotníckych povolání.	Z	N	Výška percenta bola stanovená s ohľadom na potreby zdravotníctva, hrubý domáci produkt prirodzene rastie, preto prirodzene bude rásť aj celková suma platby za poistencov štátu.
Slovenská pošta, a.s.	K dôvodovej správa (osobitná časť) k článku VIII (580.2004 Z. z.) k bodu 57 (§ 21 ods. 1) chýba tu definovanie časového úseku, za ktoré obdobia spätne ešte môže zdravotná poisťovňa vymáhať nedoplatky.	O	N	obdobie, kedy sa právo na vymáhanie premlčí je určené v § 21 ods. 2.
Slovenská pošta, a.s.	K dôvodovej správe (osobitná časť) k článku VIII (580.2004 Z. z.) k bodom 40, 42 a 63 (§ 10b ods. 5, § 12 ods. 4) Navrhujeme doplniť, aby sa zmena týkala aj priznania invalidného dôchodku z dôvodu eliminovania administratívnej záťaže	O	N	bezpredmetné; ustanovenie vypustené
Slovenská pošta, a.s.	K dôvodovej správe (osobitná časť) k článku VIII (580.2004 Z. z.) k bodom 41, 45, 46, 48, 51, 53 a 55 (§ 12 ods. 1 písm. g), § 13 ods. 5, § 13 ods. 10 a 11, § 13a, § 16 ods. 8 písm. f), § 16a, § 19 ods. 1) V prípade, že bude zamestnanec zamestnaný na kratší pracovný úväzok(nebude dosahovať minimálnu mzdu) a bude zavedený vymeriavací základ zamestnanca vo výške minimálnej mesačnej mzdy ,zamestnanec bude mať nižšiu výplatu v čistom	Z	ČA	Minimálny vymeriavací základ zamestnanca upravený tak, aby bol vo výške životného minima pre 1 osobu, zároveň ponechané ustanovenia o uplatnení odpočítateľnej položky bez zmeny. Minimálny základ vo výške životného minima zabezpečí, aby nízkopríjmové osoby s reálnym príjmom nižším ako životné minimum neboli postihnuté negatívnymi dopadmi, nakoľko tieto osoby majú možnosť byť poistencami štátu (dávka v hmotnej núdzi a pod.), pričom na poistencov štátu sa minimálny základ zamestnanca vzťahovať nebude. Samotné zachovanie minimálneho základu zamestnanca sa predkladateľovi javí ako správne a potrebné.
Slovenská pošta, a.s.	K vlastnému materiálu k bodu 7 k § 6 ods. 9 Nesúhlasíme v návrhom obmedzenia vykonávať nábor osobami zároveň zapísanými v registri podľa osobitného zákona alebo ich zamestnancami. Ide o obmedzenie ústavného práva na slobodné podnikanie, resp. základného ľudského práva na slobodný výber povolania. Na takéto obmedzenie nevidíme objektívny dôvod. Podľa dôvodovej správy má byť cieľom tohto obmedzenia predchádzanie konfliktu záujmov, čo vo vzťahu k zamestnaniu v inej zdravotnej poisťovni akceptujeme a súhlasíme. Avšak pri osobe zapísanej v osobitnom registri NBS nemôže vzniknúť žiaden konflikt záujmu. Naopak, osoby zapísané v registri	Z	A	ustanovenie vypustené

	NBS sú skúsení a školení profesionáli, ktorí môžu prispieť transparentnému a zákonnému náboru. Zároveň navrhujeme doplniť povinnosť predkladať čestné prehlásenie, ktorým FO preukáže, že nevykonáva zárobkovú činnosť pre inú ZP.			
Slovenská pošta, a.s.	K vlastnému materiálu k článku VIII (580.2004 Z.z.) k § 16a ods. 4 Z navrhovanej zmeny môžu vzniknúť komplikácie, nakoľko z praxe vyplýva, že máme viacero zamestnancov, ktorí majú viacero úväzkov, resp. súbeh zamestnaní a rozhodnú sa pre odvod u jedného zamestnávateľa. Potom budú mať povinnosť oznámiť to ostatným zamestnávateľom. To v praxi nebude dobre fungovať, zamestnanci majú problém aj s nahlasovaním zmeny zdravotnej poisťovne a pod.	Z	N	Oznámenie o neuplatnení si minimálneho mesačného preddavku nie je pre zamestnanca povinnosť, ale iba možnosť. K celkovému vyúčtovaniu pohľadávok a záväzkov poistenca voči zdravotnej poisťovni dôjde v ročnom zúčtovaní poistného.
Slovenská pošta, a.s.	K vlastnému materiálu k článku VIII (580.2004 Z.z.) k bodu 15 § 7 odsek 4 Navrhujeme vypustiť ide o výrazne znemožnenie realizácie práva poistencov na zmenu zdravotnej poisťovne sťažením realizácie povinnosti podať prihlášku pri vzniku zdravotného poistenia a napokon zasahuje do súťaže medzi zdravotnými poisťovňami, a podľa nášho názoru jednoznačne smeruje k preferovaniu Všeobecnej zdravotnej poisťovne. Takéto obmedzenia vnímame ako neproporcionálne vo vzťahu k tomu, čo sa má týmto ustanovením dosiahnuť, K akceptačnému listu: - v rozpore s aktivitami štátu na zníženie administratívnej záťaže (občanov), - prakticky znemožní zdravotnej poisťovne, po zavedení tejto (nadbytočnej) administratívne záťaže pre poistenca, - akceptačný list nemá žiadnu pridanú hodnotu pre poistenca alebo zdravotnú poisťovňu (či pôvodnú alebo novú), je to len byrokratická záťaž, - praktické znemožnenie vstupu nových investorov na trh verejného zdravotného poistenia (zdravotných poisťovní) na trh, vzhľadom na § 39 ods. 1 písm. i), - zvýšenie prevádzkových nákladov zdravotnej poisťovne, bez adekvátnej hodnoty - zdravotná poisťovňa môže účelovo opomínať svoju povinnosť vydávať akceptačné listy a tým znemožniť právo poistenca na zmenu ZP. K úradne osvedčenému podpisu/kvalifikovanému elektronickému: - uvedené ustanovenie nemá obdobu v podobných službách, považujeme ho preto za byrokratickú nezmyselnosť - príklady, sociálna poisťovňa (žiadosti o niektoré dávky je možné podať cez elektronický formulár bez potreby podpisu), DDS (zmluva môže byť podpísaná "jednoduchým" podpisom), - byrokratická a finančná záťaž pre poistenca, ktorý chce zmeniť zdravotnú poisťovňu alebo splniť svoju povinnosť podať prihlášku do ZP, - znemožnenie vstupu nových hráčov na trh, - sťaženie prístupu k právu poistenca na výber zdravotnej poisťovne, - de facto tak dôjde k zrušeniu konkurencie/ súťaže medzi zdravotnými poisťovňami, čo v konečnom dôsledku bude viesť k zhoršeniu kvality služieb pre poistenca.	Z	A	
Slovenská pošta, a.s.	K vlastnému materiálu k článku VIII (580.2004 Z.z.) k bodu 17 8 ods. 1 Navrhujeme vypustiť ide o výrazne znemožnenie realizácie práva poistencov na zmenu zdravotnej poisťovne sťažením realizácie povinnosti podať prihlášku pri vzniku zdravotného poistenia a napokon zasahuje do súťaže medzi zdravotnými poisťovňami, a podľa nášho názoru jednoznačne smeruje k preferovaniu Všeobecnej zdravotnej poisťovne. Takéto obmedzenia vnímame ako neproporcionálne vo vzťahu k tomu, čo sa má týmto ustanovením dosiahnuť, K akceptačnému listu: - v rozpore s aktivitami štátu na zníženie administratívnej záťaže (občanov), - prakticky znemožní zdravotnej poisťovne, po zavedení tejto (nadbytočnej) administratívne záťaže pre poistenca, - akceptačný list nemá žiadnu pridanú hodnotu pre poistenca alebo zdravotnú poisťovňu (či pôvodnú alebo novú), je to len byrokratická záťaž, - praktické znemožnenie vstupu nových investorov na trh verejného	Z	ČA	Ustanovenia o akceptačnom liste vypustené. Požiadavka na overenie podpisu, ak prihláška nie je podaná osobne nevnímame ako znemožnenie práva na prepoistenie, ale ako snahu o sprehľadnenie celého procesu. Ekvivalentne, ani pri zakladaní bankového účtu, prípadne hypotéky (čo by mohlo byť použité ako ekvivalent zdravotného poistenia) nepostačuje poštou zaslaná podpísaná žiadosť, ale banka preveruje skutočnosť, či je doklad skutočne podpísaný osobou, ktorá je na ňom uvedená.

	<p>zdravotného poistenia (zdravotných poisťovní) na trh, vzhľadom na § 39 ods. 1 písm. i), - zvýšenie prevádzkových nákladov zdravotnej poisťovne, bez adekvátnej hodnoty - zdravotná poisťovňa môže účelovo opomínať svoju povinnosť vydávať akceptačné listy a tým znemožniť právo poistenca na zmenu ZP. K úradne osvedčenému podpisu/kvalifikovanému elektronickému: - uvedené ustanovenie nemá obdobu v podobných službách, považujeme ho preto za byrokratickú nezmyselnosť - príklady, sociálna poisťovňa (žiadosti o niektoré dávky je možné podať cez elektronický formulár bez potreby podpisu), DDS (zmluva môže byť podpísaná "jednoduchým" podpisom), - byrokratická a finančná záťaž pre poistenca, ktorý chce zmeniť zdravotnú poisťovňu alebo splniť svoju povinnosť podať prihlášku do ZP, - znemožnenie vstupu nových hráčov na trh, - sťaženie prístupu k právu poistenca na výber zdravotnej poisťovne, - de facto tak dôjde k zrušeniu konkurencie/ súťaže medzi zdravotnými poisťovňami, čo v konečnom dôsledku bude viesť k zhoršeniu kvality služieb pre poistenca.</p>			
Slovenská pošta, a.s.	<p>K vlastnému materiálu k článku VIII (580.2004 Z.z.) k bodu 8 k § 6 ods. 9 písm. a) bod 2 a 3</p> <p>S úpravou nesúhlasíme a navrhujeme body 2 a 3 vypustiť ide o výrazne znemožnenie realizácie práva poistencov na zmenu zdravotnej poisťovne sťaženie realizácie povinnosti podať prihlášku pri vzniku zdravotného poistenia a napokon zasahuje do súťaže medzi zdravotnými poisťovňami, a podľa nášho názoru jednoznačne smeruje k preferovaniu Všeobecnej zdravotnej poisťovne. Takéto obmedzenia vnímame ako neproporcionálne vo vzťahu k tomu, čo sa má týmto ustanovením dosiahnuť, K akceptačným listu: - v rozpore s aktivitami štátu na zníženie administratívnej záťaže (občanov), - prakticky znemožní zdravotnej poisťovne, po zavedení tejto (nadbytočnej) administratívne záťaže pre poistenca, - akceptačný list nemá žiadnu pridanú hodnotu pre poistenca alebo zdravotnú poisťovňu (či pôvodnú alebo novú), je to len byrokratická záťaž, - praktické znemožnenie vstupu nových investorov na trh verejného zdravotného poistenia (zdravotných poisťovní) na trh, vzhľadom na § 39 ods. 1 písm. i), - zvýšenie prevádzkových nákladov zdravotnej poisťovne, bez adekvátnej hodnoty - zdravotná poisťovňa môže účelovo opomínať svoju povinnosť vydávať akceptačné listy a tým znemožniť právo poistenca na zmenu ZP. K úradne osvedčenému podpisu/kvalifikovanému elektronickému: - uvedené ustanovenie nemá obdobu v podobných službách, považujeme ho preto za byrokratickú nezmyselnosť - príklady, sociálna poisťovňa (žiadosti o niektoré dávky je možné podať cez elektronický formulár bez potreby podpisu), DDS (zmluva môže byť podpísaná "jednoduchým" podpisom), - byrokratická a finančná záťaž pre poistenca, ktorý chce zmeniť zdravotnú poisťovňu alebo splniť svoju povinnosť podať prihlášku do ZP, - znemožnenie vstupu nových hráčov na trh, - sťaženie prístupu k právu poistenca na výber zdravotnej poisťovne, - de facto tak dôjde k zrušeniu konkurencie/ súťaže medzi zdravotnými poisťovňami, čo v konečnom dôsledku bude viesť k zhoršeniu kvality služieb pre poistenca.</p>	Z	ČA	<p>Ustanovenia o akceptačnom liste vypustené.</p> <p>Požiadavka na overenie podpisu, ak prihláška nie je podaná osobne nevnímame ako znemožnenie práva na prepoistenie, ale ako snahu o sprehľadnenie celého procesu. Ekvivalentne, ani pri zakladaní bankového účtu, prípadne hypotéky (čo by mohlo byť použité ako ekvivalent zdravotného poistenia) nepostačuje poštou zaslaná podpísaná žiadosť, ale banka preveruje skutočnosť, či je doklad skutočne podpísaný osobou, ktorá je na ňom uvedená.</p>
SocioFórum, o.z.	<p>k bodom 22 až 34 a 36</p> <p>Plne podporujeme vypustenie všetkých ustanovení krátení nároku rozsahu zdravotnej starostlivosti, poskytovanej dlžníkom. Slovensko by sa takouto zmenou dostalo do rovnakej pozície, ako je drvivá väčšina členských štátov EÚ a EHP, kde zdravotná starostlivosť dlžníkom nie je krátená. Zdôvodnenie: Priamo v dôvodovej správe ministerstvo píše, že v súčasnosti platná legislatívna úprava sa zavádzala s cieľom zvýšenia % odvodov do</p>	Z	A	

	<p>zdravotných poisťovní, no očakávaná zmena nenastala. Aktuálna právna úprava patrí v EU ku vôbec najprísnejším a dlžníkov Slovensko trestá hneď dvakrát – vymáhaním dlhu a zároveň nedostupnou zdravotnou starostlivosťou. V podstate tak vznikol stav, kedy časť ľudí s nízkym príjmom alebo bez príjmu a s dlhom na zdravotnom poistení, nechodia ku lekárovi celé roky až do momentu, kedy sa ich zdravotný stav natoľko zhorší, že sa dostanú do ohrozenia života. Život ohrozujúci stav už z verejného poistenia hrađený je. Slovenská realita je taká, že miesto prevencie riešime omnoho drahšiu pomoc v ohrození života a zároveň takýto človek často následne zostáva závislý na pomoci iných do konca svojho života. V sociálnych službách máme príklady, kedy ľahko liečiteľné berceve vedy sa z dôvodu nedostupnosti zdravotnej starostlivosti zhoršili natoľko, že človekovi museli amputovať časť chodidla, aby predišli sepse. Zdravotné poisťovne komunikovali, že takáto zmena bude znamenať zvýšenie nákladov na zdravotnú starostlivosť pre všetkých. Bolo by dobré, aby to podopreli číslami. Podľa informácií z Ministerstva zdravotníctva, keď porovnávali náklady pred zmenou z roku 2012 a po zmene, žiadna takáto zmena nenastala. My si myslíme, že to môže byť rozpočtovo neutrálna zmena práve kvôli tomu, že časť ľudí sa dostane ku lacnejšej prevencii a predíde sa u nich nákladnému riešeniu krízovej situácie.</p>			
<p>SOCPOIST</p>	<p>čl. IV, k bodu 1, k § 156 ods. 1 V § 156 ods. 1 sa navrhujú doplniť nové zdravotné výkony týkajúce sa vyšetrenia zdravotného stavu na účely posúdenia dočasnej pracovnej neschopnosti a prerokovania obnovy pracovnej schopnosti. Sociálna poisťovňa s predmetným doplnením zdravotných výkonov zásadne nesúhlasí z nasledovných dôvodov: V prípade posudzovania dočasnej pracovnej neschopnosti poskytovateľ zdravotnej starostlivosti vždy vyšetruje chorého pacienta, t. j. výkon lekára je realizovaný vždy za účelom riešenia zdravotného stavu. Až následne vystaví administratívne potvrdenie (či už na štandardnom tlačive alebo elektronicky), ktoré je výkonom iba na účely sociálneho poistenia, a preto ho Sociálna poisťovňa uhradí. Ide o výkony, ktoré poskytovateľ zdravotnej starostlivosti uskutoční výhradne na účely sociálneho poistenia, a nie na účely poskytovania zdravotnej starostlivosti. Zdravotné výkony všeobecne sú upravené v Katalógu zdravotných výkonov, kde sú presne definované a označené. Nie je opodstatnené zdravotné výkony na účely sociálneho poistenia a zdravotné výkony na účely zdravotného poistenia definovať rovnako a pritom posudzovať jednotlivito tak, ako je v návrhu uvedené. Každé vyšetrenie zdravotného stavu pacienta predchádzajúceho uznaniu dočasnej pracovnej neschopnosti, je štandardnou súčasťou diagnostického procesu, hrađeného z verejného zdravotného poistenia. V zásade je nereálna situácia, kedy pri uznaní dočasnej pracovnej neschopnosti poistenca, nie je potrebné vyšetrenie za účelom riešenia zdravotného stavu a pritom by bolo nutné jeho vyšetrenie iba za účelom posúdenia dočasnej pracovnej neschopnosti. Pokiaľ je na posudkové účely potrebné osobitné vyšetrenie, je možné uplatniť si osobitný zdravotný výkon „vystavenie nálezu o zdravotnom stave na písomné vyžiadanie posudkového lekára“, resp. „zdravotná starostlivosť poskytnutá na písomné vyžiadanie posudkového lekára“. Okrem vyššie uvedenej vecnej neodôvodnenosti, navrhované členenie zdravotných výkonov, by bolo v praxi nepreskúmateľné a nekontrolovateľné Sociálnou poisťovňou, ktorá by ich mala uhrádzať. Zároveň navrhované rozšírenie by malo dopad na výdavky Sociálnej poisťovne a jej rozpočet, ktoré nie sú kvantifikované v doložke vplyvov na rozpočet verejnej správy. Navyše, aplikácia v praxi by vyžadovala ich vykazovanie, čo je v rozpore so zavedeným</p>	<p>Z</p>	<p>A</p>	<p>Predmetná úprava bola z návrhu zákona vypustená, a z toho dôvodu nemá pripomienka opodstatnenie.</p>

	<p>zámerom aktuálnej právnej úpravy, ktorou sa zaviedlo elektronické potvrdzovanie práceneschopnosti, t. j. znížiť zaťaženosť lekárov tým, že v prípade potvrdenia dočasnej pracovnej neschopnosti elektronicky sa zdravotné výkony nemusia vykazovať. Novo definovaným zdravotným výkonom na účely sociálneho poistenia by malo byť aj prerokovanie vývoja obnovy pracovnej schopnosti pre potreby inej fyzickej osoby alebo právnickej osoby ako je zdravotná poisťovňa. Prerokovanie vývoja obnovy pracovnej schopnosti je súčasťou kontrolnej činnosti vykonávanej Sociálnou poisťovňou, a preto Sociálna poisťovňa nevidí dôvod, aby kontrolujúci subjekt uhrádzal kontrolovanému úkony súvisiace s výkonom kontrolnej činnosti. Navyše, uvedené ustanovenie je nezrozumiteľné, keďže z neho nie je jasné, či úkon má uhrádzať Sociálna poisťovňa alebo pacient, v ktorého záujme sa prerokovanie vykonáva. Vzhľadom na vyššie uvedené skutočnosti žiadame v § 156 ods. 1 nové zdravotné výkony týkajúce sa vyšetrenia zdravotného stavu na účely posúdenia dočasnej pracovnej neschopnosti a prerokovania obnovy pracovnej schopnosti vypustiť.</p>			
<p>SOCPOIST</p>	<p>čl. IV, k bodu 2, k § 170 ods. 27 V doplnenom odseku 27 sa navrhuje upraviť povinnosť Sociálnej poisťovne poskytnúť zdravotnej poisťovni na základe žiadosti údaje na účely vymáhania pohľadávok podľa navrhovaného § 25j v čl. VIII návrhu zákona. Sociálna poisťovňa nespochybňuje opodstatnenosť poskytovania údajov zdravotným poisťovňiam na tento účel, avšak v súvislosti s navrhovaným doplnením § 170 o nový odsek 27 považuje za potrebné poukázať na nevyhnutnosť zabezpečenia prehľadnej, jednotnej a jednoznačnej právnej úpravy v oblasti poskytovania údajov medzi Sociálnou poisťovňou, zdravotnými poisťovňami a Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou z nasledovných dôvodov: § 170 ods. 17 zákona sociálnom poistení už v súčasnosti upravuje poskytovanie údajov na účely verejného zdravotného poistenia a vykonávania kontrolnej činnosti. Doplnením nového odseku 27 poskytovanie údajov voči jednej inštitúcii by bolo upravené v dvoch odsekoch (17 a 27), čo nie je z vecného ani legislatívno-technického hľadiska správne. Súčasne máme za to, že poskytovanie údajov zdravotnej poisťovni na účel vymáhania, by malo byť upravené okrem zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení, aj v osobitnom predpise, t. j. v zákone č. 580/2004 Z. z. V súvislosti so súčasnou právnou úpravou poskytovania údajov zdravotnej poisťovni je potrebné uviesť, že priamu elektronickú výmenu údajov medzi Sociálnou poisťovňou a jednotlivými zdravotnými poisťovňami podľa § 170 ods. 17 nie je možné realizovať, nakoľko Sociálna poisťovňa nemá vedomosť o tom, v ktorej zdravotnej poisťovni je poistenec zdravotne poistený, preto nevie, ktorej zdravotnej poisťovni by mala údaje poskytnúť. Konkrétne údaje na účely výkonu verejného zdravotného poistenia poskytuje zdravotnej poisťovni na základe vyžiadania. Výmena údajov zo Sociálnej poisťovne do zdravotných poisťovní sa v súčasnosti zabezpečuje aj podľa § 29b ods. 13 zákona č. 580/2004 Z. z. prostredníctvom Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou elektronicky, ktorý údaje ďalej prerozdeľuje a poskytuje príslušným zdravotným poisťovňiam. Súčasná a navrhovaná právna úprava je nejednotná aj vo veci rozsahu údajov, nakoľko § 29b ods. 13 a 17 zákona č. 580/2004 Z. z. podrobne upravujú rozsah poskytovaných údajov, pričom navrhovaná úprava v § 170 ods. 27 obsahuje iba účel a dotknuté subjekty, o ktorých sa majú zdravotnej poisťovni poskytovať údaje. Vzhľadom na uvedené skutočnosti máme za to, že je potrebné novo a komplexne legislatívne upraviť</p>	<p>Z</p>	<p>A</p>	<p>Predmetná úprava bola z návrhu zákona vypustená, a z toho dôvodu nemá pripomienka opodstatnenie.</p>

	<p>problematiku poskytovania údajov a vytvoriť tak jednoznačný a jednotný právny podklad, na základe ktorého sa zabezpečí efektívny elektronický spôsob výmeny údajov medzi Sociálnou poisťovňou, zdravotnými poisťovňami a Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, potrebných tak na účely výkonu verejného zdravotného poistenia ako aj sociálneho poistenia. Z legislatívno-technického hľadiska upozorňujeme, že 1. septembra 2022 nadobudne účinnosť novela zákona o sociálnom poistení, na základe ktorej § 170 už bude obsahovať aj odsek 27.</p>			
SOCPOIST	<p>čl. VIII, k bodu 4, k § 3 ods. 12 Navrhujeme v § 3 ods. 12 na konci pripojiť tieto slová: „ak medzinárodná zmluva, ktorou je Slovenská republika viazaná, neustanovuje inak.“. V navrhovanom znení je potrebné doplniť, že z účasti na verejnom zdravotnom poistení nemôžu byť vylúčené fyzické osoby, na ktoré sa vzťahujú medzinárodné zmluvy, ktoré má Slovenská republika uzatvorené s „nečlenskými“ štátmi (vrátane Dohody o obchode a spolupráci medzi EÚ a Spojeným kráľovstvom Veľkej Británie a Severného Írska), ktorých právna úprava upravuje definovanú situáciu odlišne. Súčasne upozorňujeme na to, že legislatívna skratka „členský štát“, ktorá je zavedená v § 3 ods. 3, je prvýkrát použitá už v § 3 ods. 2 písm. d). Zároveň upozorňujeme na aktuálne znenie § 3 ods. 9 zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení v znení neskorších predpisov, ktoré diskriminuje osoby podliehajúce slovenským právnym predpisom v oblasti zdravotného poistenia v zmysle Hlavy II nariadenia Európskeho parlamentu a Rady č. 883/2004 o koordinácii systémov sociálneho zabezpečenia, keďže im neumožňuje účasť na verejnom zdravotnom poistení, pričom ich účasť na zdravotnom poistení v členskom štáte trvalého pobytu je vylúčená/obmedzená aplikáciou Hlavy II nariadenia.</p>	O	A	
SPPK	<p>K čl. VIII, bodom 40, 44, 45, 47, 48, 50, 51, 52, 54 a 55 (§ 12 ods. 1 písm. g), § 13 ods. 5, § 13 ods. 10 a 11, § 13a, § 16 ods. 8 písm. f), § 16a, § 19 ods. 1, § 13 ods. 4, § 16 ods. 2 písm. c), § 16 ods. 16 a 18) V čl. VIII navrhujeme v celom rozsahu vypustiť body 40, 44, 45, 47, 48, 50, 51, 52, 54 a 55. Odôvodnenie: v zmysle návrhu zákona sa v čl. VIII mení aj zákon č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „zákon o zdravotnom poistení“), v ktorom sa navrhuje zavedenie minimálneho vymeriavacieho základu pre zamestnanca vo výške minimálnej mesačnej mzdy. Zároveň sa má v zmysle návrhu zákona zrušiť odpočítateľná položka. V zmysle dôvodovej správy je cieľom takejto úpravy zabrániť špekulatívnym uzatváraniam pracovných pomerov, pri ktorých osoby platia minimálne mesačné poistné ale majú zabezpečené verejné zdravotné poistenie. Uvedomujeme si tento problém a rozumieme cieľu predkladateľa, avšak navrhované znenie považujeme za neakceptovateľné. Navrhované znenie totiž negatívnym spôsobom zasiahne najmä nízkopříjmové skupiny obyvateľstva, medzi ktoré patria, okrem iného, matky pracujúce na čiastočné úväzky, ktoré sa vrátili po rodičovskej dovolenke a už sa nepovažujú za poistencov štátu alebo ŤZP osoby pracujúce na kratší pracovný čas a pod. Zavedenie minimálneho vymeriavacieho základu spolu so zrušením odpočítateľnej položky bude znamenať aj zníženie nového daňového bonusu na deti pri kratších úväzkoch. Takýto návrh bude podľa nášho názoru likvidačným voči zamestnancom pracujúcim na čiastočné úväzky alebo dohody. Navrhovaná úprava je aj v rozpore s prísľubmi vlády týkajúcich sa pomoci rodinám a nízkopříjmovým skupinám</p>	Z	ČA	<p>Minimálny vymeriavací základ zamestnanca upravený tak, aby bol vo výške životného minima pre 1 osobu, zároveň ponechané ustanovenia o uplatnení odpočítateľnej položky bez zmeny. Minimálny základ vo výške životného minima zabezpečí, aby nízkopříjmové osoby s reálnym príjmom nižším ako životné minimum neboli postihnuté negatívnymi dopadmi, nakoľko tieto osoby majú možnosť byť poistencami štátu (dávka v hmotnej núdzi a pod.), pričom na poistencov štátu sa minimálny základ zamestnanca vzťahovať nebude. Samotné zachovanie minimálneho základu zamestnanca sa predkladateľovi javí ako správne a potrebné.</p>

	<p>obyvateľstva, vzhľadom na aktuálnu ekonomickú situáciu a zvyšujúcu sa infláciu. Navyše pri zdravotných a sociálnych odvodoch je potrebné zohľadniť aj rôzne vymeriavacie základy, každoročné zmeny sociálnych odvodov, rôzne výšky odvodov, stropy a výnimky, ktoré sú už aj pri aktuálne nastavenom daňovo-odvodovom systéme obzvlášť neprehľadné. Zavedenie minimálneho vymeriavacieho základu pre zamestnanca ešte skomplikuje tento systém, pretože pre zamestnancov bude platiť iný vymeriavací základ ako pre SZČO alebo dobrovoľne nezamestnanú osobu. Navrhovaná úprava je taktiež v rozpore s Programovým vyhlásením vlády, v ktorom sa v časti Prorastový daňový mix uvádza, že vláda bude podporovať zvýšenie majetkových daní z nehnuteľností kompenzované znížením daňovo-odvodového zaťaženia nízko-prijmových skupín obyvateľstva, vrátane posilnenia odpočítateľnej položky pre nízko-prijmových. Pripomíname, že Slovensko už má jedno z najvyšších daňovo-odvodových zaťažení práce v Európe a takouto zmenou sa toto zaťaženie opäť zvýši. Takýmto významným zmenám, ktoré negatívne zasiahnu značnú časť obyvateľstva by mala predchádzať rozsiahla diskusia s dotknutými subjektmi, sociálnymi partnermi a odbornou verejnosťou, ktorú vláda vo svojom Programovom vyhlásení, v časti Legislatívny proces na úrovni vlády deklarovala, avšak takýto postup nedodržiava. Zavedenie minimálneho vymeriavacieho základu a zrušenie odpočítateľnej položky, tak ako je uvedené v tomto návrhu zákona považujeme za neprípustné a navrhujeme vypustiť všetky body týkajúce sa tejto úpravy.</p>			
ŠÚSR	<p>čl. I bodu 23 [§ 15 ods. 1 písm. e)] Navrhujeme slovo "spravodlivosť" nahradiť slovami "rovnaké zaobchádzanie". Odôvodnenie: Slovo spravodlivosť je v kontexte návrhu právne neurčité. Naopak zahrnutie princípu rovnakého zaobchádzania reflektuje ústavné práva a je aplikačne vhodnejšie pri rozhodovaní súdov a správnych orgánov.</p>	O	N	Ustanovenie bolo vypustené.
ŠÚSR	<p>čl. I bodu 8 [§ 6 ods. 12] Navrhujeme slová "priemernej mesačnej mzdy" nahradiť slovami "priemernej nominálnej mesačnej mzdy zamestnanca" v súlade s označením štatistického údajja v štátnych štatistikách a v účinných zákonoch (napr. zákon č. 120/1993 Z. z. v znení neskorších predpisov, zákon č. 363/2011 Z. z. v znení neskorších predpisov, zákon č. 180/2014 z. Z. v znení neskorších predpisov, zákon č. 57/2018 Z. z. v znení neskorších predpisov, atď.).</p>	O	N	Je potrebné vykonať v celom zákona, zabezpečíme pri najbližšej novele.
ŠÚSR	<p>vlastný materiál všeobecne Navrhujeme v celom návrhu zákona dôsledne používať označenie "identifikačné číslo organizácie" namiesto "identifikačné číslo" a slová "identifikačné číslo, ak je pridelené" nahradiť slovami "identifikačné číslo organizácie". Odôvodnenie: Používanie správneho, zákonného označenia identifikátora, zjednotenie jeho používania v rámci jednotlivých zákonov, ktoré sú predmetom návrhu novely, jednoznačné odlíšenie od iných identifikátorov uvedených v návrhu. Slová "ak je pridelené" považujeme v kontexte navrhovaných inštitútov za nadbytočné, pretože pôjde o osoby alebo organizačné zložky osôb, ktoré sú povinne zapísané v registri právnických osôb na základe svojho sídla, umiestnenia podniku, miesta podnikania, miesta výkonu činnosti alebo adresy pobytu na území Slovenskej republiky, a ktoré budú mať preto IČO vždy pridelené.</p>	O	A	
UDVA	<p>§ 15 ods. 1 písm. j) v konsolidovanom znení zákona č. 581.2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov</p>	Z	A	Návrh zákona do § 15 ods. 1 písm. j) nevstupuje. Konsolidované znenie bude upravené.

	<p>Doplnenie uvedené v § 15 ods. 1 písm. j) v konsolidovanom znení zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov navrhujeme v celom rozsahu vypustiť. Odôvodnenie: Navrhované znenie § 15 ods. 1 písm. j) v časti „pri vedení účtovníctva zohľadňovať závery audítora a odstrániť neistotu, na ktorú audítor upozornil vo forme kľúčových záležitostí auditu, alebo vo svojich odporúčaniach vedeniu zdravotnej poisťovne;“ je v rozpore so zákonom č. 513/1991 Zb. Obchodný zákonník v časti zodpovednosti štatutárneho orgánu účtovnej jednotky za riadne vedenie účtovníctva a zostavenie účtovnej závierky. Novelou zákona nie je možné túto zodpovednosť obmedziť ani ju preniesť na audítora. Je v kompetencii štatutárneho orgánu zdravotnej poisťovne neriadiť sa závermi alebo odporúčaniami audítora, v takom prípade audítor musí postupovať v súlade s platnou legislatívou a s medzinárodnými audítorskými štandardmi podľa § 19 ods. 1 zákona č. 423/2015 Z. z. o štatutárnom audite a o zmene a doplnení zákona č. 431/2002 Z. z. o účtovníctve v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 423/2015 Z. z.“). Navrhované znenie navyše nesprávne interpretuje pojem „kľúčové záležitosti auditu“, ktoré sú podľa ISA 701 (Informovanie o kľúčových záležitostiach auditu v správe nezávislého audítora) záležitosti, ktoré mali na základe odborného úsudku audítora najväčší význam pri audite účtovnej závierky za auditované obdobie, a ktoré si počas auditu vyžadovali značnú pozornosť audítora. Kľúčové záležitosti auditu nemusia nevyhnutne hovoriť o neistotách, pričom neistoty, napr. neistoty vyplývajúce z účtovných odhadov sa prirodzene vyskytujú v každej účtovnej závierke a nie je možné ich odstrániť. Podľa zákona č. 423/2015 Z. z. je dohľad nad výkonom štatutárneho auditu zverený Úradu pre dohľad nad výkonom auditu, ktorý je kompetentný na posúdenie audítorskej dokumentácie v kontexte príslušnej legislatívy a medzinárodných audítorských štandardov.</p>			
<p>UDVA</p>	<p>čl. I bod 20 V čl. I navrhujeme v celom rozsahu vypustiť bod 20. Odôvodnenie: v zmysle návrhu zákona podľa čl. I bod 20 sa má v § 10 doplniť odsek 4 v znení „Audítor podľa odseku 3 je povinný na písomnú žiadosť úradu poskytnúť úradu všetky dokumenty súvisiace so skutočnosťami podľa odseku 3 a podklady týkajúce sa významných neistôt, 28aa) ktoré audítor uviedol v správe audítora.“ V zmysle dôvodovej správy je cieľom takejto úpravy doplniť do zákona povinnosť audítora poskytnúť Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou audítorskú dokumentáciu vrátane podkladov týkajúcich sa kľúčových záležitostí auditu. Rozumieme zámeru predkladateľa, avšak navrhované znenie považujeme za neakceptovateľné. Navrhované znenie je v rozpore s kompetenciami a povinnosťami vymedzenými zákonom č. 423/2015 Z. z. o štatutárnom audite a o zmene a doplnení zákona č. 431/2002 Z. z. o účtovníctve v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 423/2015 Z. z.“). Podľa zákona č. 423/2015 Z. z. je dohľad nad výkonom štatutárneho auditu zverený Úradu pre dohľad nad výkonom auditu, ktorý je kompetentný na posúdenie audítorskej dokumentácie v kontexte príslušnej legislatívy a medzinárodných audítorských štandardov. Na výkon štatutárneho auditu sa vzťahuje povinnosť zachovávať mlčanlivosť o všetkých skutočnostiach, o ktorých sa audítor pri výkone svojej činnosti dozvedel, čím má byť zabezpečená najmä ochrana úniku citlivých informácií. Novelou zákona predkladateľ zaväzuje audítora poskytnúť Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou audítorskú dokumentáciu, pričom Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou nemá odbornú</p>	<p>Z</p>	<p>N</p>	<p>Rozpor bol odstránený, pričom ustanovenie bolo dopracované o využitie informácií podľa prvej navrhovanej vety výlučne na výkon dohľadu nad verejným zdravotným poistením.</p>

	spôsobilosť na relevantné posúdenie jej obsahu. V prípade potreby dodatočných informácií pre posudzovanie hospodárenia zdravotnej poisťovne môže Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou zvážiť zavedenie dodatočného regulačného vykazovania, ktorý by zdravotné poisťovne boli povinné predkladať, aj s prípadným audítorským uistením.			
UDVA	odkaz na osobitný predpis 28a) Odkaz na osobitný predpis 28a) navrhujeme upraviť nasledovne: „28a) § 2 ods. 2 a ods. 14 zákona č. 423/2015 Z. z. o štatutárnom audite a o zmene a doplnení zákona č. 431/2002 Z. z. o účtovníctve v znení neskorších predpisov“	O	A	
ÚDZS	101. K Prílohe č. 9 - Prehľad o kontrole poskytovanej zdravotnej starostlivosti zo strany poisťencov Vyhlášky Ministerstva zdravotníctva SR, ktorou sa ustanovujú kritériá kvality zdravotnej poisťovne Navrhujeme vypustiť. Odôvodnenie: Ide o prehľad a nie sú vôbec stanovené kritériá ani hraničné hodnoty.	O	A	
ÚDZS	K § 1 a Prílohám Vyhlášky Ministerstva zdravotníctva SR, ktorou sa ustanovujú kritériá kvality zdravotnej poisťovne Je potrebné zosúladiť terminológiu, ako aj samotné zedefinovanie kritérií. V § 1 navrhujeme upraviť celé znenie kritérií podľa pripomienok úradu k novému navrhovanému zneniu § 6aa zákona č. 581/2004 Z.z. Odôvodnenie: Návrh kritérií, ktoré boli predložené v rámci návrhu vyhlášky je nejednoznačný, nedostatočne štruktúrne aj pojmovo koncipovaný a nie je z neho zrejmé čo sa má vlastne vyhodnocovať. V § 1 ods. 1 písm. a) je uvedených 5 ekonomických kritérií, nižšie pod ods. 2 je uvedených 6 KPIs, z toho dve finančné, a v prílohe č. 1 sú uvedené tri ekonomické parametre. Jedno z KPI sa volá Ukazovateľ efektívneho hospodárenia, ktorý nie je nikde zedefinovaný. Ďalšie patientské a systémové KPIs taktiež nie sú zedefinované. V § 1 sú definované kritériá kvality, ktoré nesúhlasia s KPIs a tie zase nesúhlasia s prílohami. Návrh Vyhlášky vo viacerých aspektoch nekoreluje so znením § 6aa zákona č. 581/2004 Z.z. a vyžaduje si komplexnú revíziu a zosúladenie so znením príslušných ustanovení zákona č. 581/2004 Z.z. Z uvedených dôvodov, ako aj po zohľadnení skutočností, že úrad by mal o plnení kritérií kvality rozhodovať, navrhuje úrad vo veci upresnenia vyhlášky zrealizovať pracovné stretnutie medzi MZ SR a ÚDZS, na ktorom budú prediskutované sporné časti predmetného materiálu.	Z	A	
ÚDZS	K § 1 ods. 1 písm. a) Vyhlášky Ministerstva zdravotníctva SR, ktorou sa ustanovujú kritériá kvality zdravotnej poisťovne V § 1 ods. 1 písm. a) navrhujeme vypustiť číslovku „1.“ a vypustiť slová „naplnenosť verejnej minimálnej siete poskytovateľov zdravotnej starostlivosti“. Odôvodnenie: Písmeno a) má definovať „ekonomické kritériá“, pričom „naplnenosť verejnej minimálnej siete poskytovateľov zdravotnej starostlivosti“ ekonomickým kritériom kvality nie je, preto navrhujeme toto kritérium vyňať spod ekonomických kritérií a presunúť do inej kategórií kritérií.	O		
ÚDZS	K § 1 ods. 1 písm. b) až j) Vyhlášky Ministerstva zdravotníctva SR, ktorou sa ustanovujú kritériá kvality zdravotnej poisťovne V § 1 ods. 1 písm. b) až j) je potrebné určiť konkrétne kritérium, ktoré má byť merateľné a objektívne. Odôvodnenie: V písmenách b) až j) sú uvedené rôzne prehľady (špecifikované v prílohách č. 2 - 10), ale nie sú uvedené kritériá, ktoré by mali byť zdravotnými poisťovňami splnené, resp. spôsob vyhodnotenia týchto prehľadov. „Prehľady“ nie sú kritériami.	Z	A	

	Vzhľadom na veľký počet „prehľadov“ odporúčame skôr vybrať pár kľúčových kritérií a tie dôsledne upresniť a objasniť. Počet kritérií je potrebné prehodnotiť aj z dôvodu náročnosti vyhodnocovania kritérií kvality a ich časovej, ako aj personálnej náročnosti.			
ÚDZS	K § 1 ods. 2 Vyhlášky Ministerstva zdravotníctva SR, ktorou sa ustanovujú kritériá kvality zdravotnej poisťovne V § 1 ods. 2 je potrebné doplniť text, aby znenie malo gramatický význam. Odôvodnenie: V ods. 2 sú len vymenované rôzne pojmy na siedmich riadkoch bez slovesa, veta nedáva zmysel. Tu bolo asi zámerom podať informáciu, kde a ako budú tieto pojmy upravené (napr. v nejakom metodickom usmernení), preto je potrebné vetu doplniť.	O	A	
ÚDZS	K § 11 ods. 5 zákona č. 581.2004 Z.z V § 11 ods. 5 navrhujeme slová „do šiestich mesiacov po skončení príslušného kalendárneho roka“ nahradiť slovami „do 30. apríla kalendárneho roka nasledujúceho po kalendárnom roku, za ktorý sa zostavuje účtovná závierka“. Odôvodnenie: Úrad je povinný každoročne do 30. júna predložiť vláde správu o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia za obdobie predchádzajúceho kalendárneho roka, pričom snahou úradu je, aby táto správa mala čo najlepšiu výpovednú hodnotu a aby vychádzala z relevantných zdrojov, z uvedeného dôvodu je nevyhnutné, aby úrad mal v dostatočnom časovom predstihu (aspoň dva mesiace) k dispozícii údaje z auditovanej účtovnej závierky zdravotných poisťovní.	Z	N	Pripomienka nad rámec návrhu zákona týkajúca sa viacerých subjektov; do predmetného ustanovenia návrhu nevstupuje.
ÚDZS	K § 15 ods. 1 zákona č. 581.2004 Z.z. V § 15 ods. 1 navrhujeme doplniť nové písmeno ao), ktoré znie: „ao) poskytovať úradu údaje týkajúce sa uzatvárania zmlúv s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti a úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť vo forme a štruktúre stanovenej metodickým usmernením úradu.“ Odôvodnenie: Za účelom systémového výkonu dohľadu nad nákupom zdravotnej starostlivosti je nevyhnutné, aby mal úrad k dispozícii komplexné a validné údaje o prerozdelení prostriedkov verejného zdravotného poistenia medzi poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Za týmto účelom si aplikačná prax vyžaduje, aby zdravotné poisťovne poskytovali úradu údaje vo forme a štruktúre, ktorá bude definovaná metodickým usmernením úradu.	O	N	Pripomienka nad rámec návrhu zákona. Forma a štruktúra stanovená metodickým usmernením úradu (bez bližšej konkretizácie osobných údajov priamo v zákone) nie je v súčasnosti prijateľná. Predkladateľ má za to, že na účely výkonu dohľadu nad nákupom zdravotnej starostlivosti úrad pre dohľad má voči dohliadanému subjektu dostatočné kompetencie v zmysle navrhovaného § 43d ods. 1.
ÚDZS	K § 18 ods. 1 písm. q) bod 1 zákona č. 581.2004 Z.z. V § 18 ods. 1 písm. q) bod 1 navrhujeme doplniť nový bod 1c, ktorý znie: „1c. právnickej osobe, ktorej lekár vykonal prehliadku mŕtveho tela na základe rozpisu úradu podľa § 47da,“. Odôvodnenie: Z praxe narastá počet prehliadajúcich lekárov, ktorí neposkytujú zdravotnú starostlivosť (nemajú status poskytovateľa ZS) – dôchodcovia, podnikatelia v iných segmentoch než zdravotníctvo a prehliadky by mali záujem vykonávať, no uvedenú činnosť nechcú vykonávať z daňových dôvodov ako fyzické osoby. Dôvodom je zvýšenie atraktivity tejto činnosti pri zachovaní maximálnej efektivity nakladania zdrojov úradu.	O	N	Pripomienka nad rámec návrhu zákona.
ÚDZS	K § 18 ods. 1 písm. t) a u) zákona č. 581.2004 Z.z. V § 18 ods. 1 požadujeme vypustiť písmená t) a u) a ostatné písmená primerane prečíslovať. Odôvodnenie: Z pôsobnosti úradu požadujeme vypustiť kompetenciu vydávania povolení na prevádzkovanie ambulancií záchrannej zdravotnej služby a vyhlasovania výberového konania o vydanie povolenia na prevádzkovanie ambulancie záchrannej zdravotnej služby. Táto činnosť je v priamom konflikte s kontrolnou a dohľadovou činnosťou úradu u týchto poskytovateľov. Vydávanie povolení je výkonom štátnej správy, ktorú vykonáva ministerstvo zdravotníctva ako ústredný orgán štátnej správy alebo samosprávne kraje v	Z	N	Pripomienka nad rámec návrhu zákona. Vypustenie tejto právomoci si vyžaduje širšiu diskusiu, a to aj v nadväznosti na prebiehajúce diskusie s Úradom pre verejné obstarávanie. Ide o závažnú tému, ktorá nebola predmetom MPK, ostatné subjekty nemajú príležitosť sa k danému vyjadriť v rámci legislatívneho procesu.

	<p>rámci preneseného výkonu štátnej správy podľa § 11 zákona č. 578/2004 Z.z. Úrad pre dohľad bol zákonom č. 581/2004 Z.z. zriadený ako nezávislý kontrolný orgán, ktorý nie je súčasťou štruktúry orgánov štátnej správy, preto v jeho kompetencii nemá byť činnosť, ktorá je výkonom štátnej správy. Je preto potrebné agendu vydávania povolení na prevádzku ambulancií záchrannej zdravotnej služby preniesť do pôsobnosti ministerstva zdravotníctva. V tejto súvislosti je potrebné upraviť aj súvisiace ustanovenia zákona č. 578/2004 Z.z. upravujúce vydávanie povolení.</p>			
ÚDZS	<p>K § 18 ods. 1 zákona č. 581.2004 Z.z. V § 18 ods. 1 navrhujeme na konci doplniť nové písmeno x), ktoré znie: „x) plní poradné funkcie voči vláde v oblastiach svojej pôsobnosti“ a ostatné písmená primerane prečíslovať. Odôvodnenie: S ohľadom na postavenie úradu ako nezávislého dozorového a regulačného orgánu v zdravotníctve navrhujeme doplniť do pôsobnosti úradu jeho poradnú funkciu voči vláde v oblastiach, ktoré patria do pôsobnosti úradu obdobne, ako je ustanovená pôsobnosť Národnej banky Slovenska vo vzťahu k vláde podľa § 13 ods. 2 zákona č. 566/1992 Zb. o Národnej banke Slovenska v znení neskorších predpisov.</p>	Z	N	<p>Pripomienka nad rámec návrhu zákona. Zákon o zdravotných poisťovniach neupravuje pôsobnosť poradných orgánov vlády. Kompetencia vo vzťahu k poradným orgánom vlády je stanovená v zákone č. 575/2001 Z. z., pričom tento zákon nie je v gescii ministerstva zdravotníctva ale v gescii Úradu vlády. V zmysle § 2 ods. 2 kompetenčného zákona výlučne vláda môže zriaďovať svoje poradné orgány (rady).</p>
ÚDZS	<p>K § 19 ods. 1 písm. b) zákona č. 581.2004 Z.z. V § 19 ods. 1 navrhujeme vypustiť písmeno b). Odôvodnenie: Navrhujeme vypustiť povinnosť úradu vyhotovovať a predkladať vláde správu o hospodárení za prvý polrok kalendárneho roka do troch mesiacov po skončení kalendárneho polroka. Úrad vypracúva výročnú správu o hospodárení, ktorá obsahuje výsledky hospodárenia a komplexný prehľad za celý kalendárny rok a predkladá ju na schválenie dozornej rade podľa § 27 ods. 1 písm. d) zákona č. 581/2004 Z.z. Zároveň úrad mesačne predkladá ministerstvu financií hlásenia o čerpaní rozpočtu. Vyhotovovanie polročnej správy o hospodárení je administratívnu záťažou úradu bez relevantnej výpovednej hodnoty. Podľa predmetného ustanovenia má úrad povinnosť predkladať vláde len polročnú správu o hospodárení, nie celoročnú výročnú správu o hospodárení. V prípade potreby je možné predkladať vláde výročnú správu o hospodárení spolu so správou o činnosti úradu. Výročná správa o hospodárení je zverejnená v registri účtových závierok, kde je verejne dostupná.</p>	O	N	<p>Pripomienka nad rámec návrhu zákona.</p>
ÚDZS	<p>K § 20 ods. 1 písm. a) zákona č. 581.2004 Z.z. V § 20 ods. 1 navrhujeme vypustiť písmeno a). Odôvodnenie: Určovanie spôsobu a formy vykazovania poisťného je v kompetencii ministerstva zdravotníctva.</p>	Z	N	<p>Vzhľadom na to, že určovanie sa v § 8aa táto kompetencia opätovne zavádza, pripomienka nemôže byť akceptovaná.</p>
ÚDZS	<p>K § 20 ods. 1 písm. e) bod 6 zákona č. 581.2004 Z.z. V § 20 ods. 1 písm. e) bod 6 navrhujeme na konci vety bodku nahradiť bodkočiarkou a doplniť slová „pri zamestnancoch úradu sa adresa trvalého pobytu neuvádza,“. Odôvodnenie: Pri zamestnancoch úradu je uvádzanie osobného údaju - adresy trvalého pobytu - zbytočné, sú dostupní na pracovisku a činnosť im vyplýva z pracovnej náplne.</p>	O	A	
ÚDZS	<p>K § 20 ods. 1 písm. e) bod 7 zákona č. 581.2004 Z.z. V § 20 ods. 1 písm. e) bod 7 navrhujeme vypustiť slová „čas podania prihlášky“ a „čas prijatia prihlášky“. Odôvodnenie: 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.</p>	Z	A	
ÚDZS	<p>K § 20 ods. 1 zákona č. 581.2004 Z.z. V § 20 ods. 1 navrhujeme doplniť nové písmená t) a u), ktoré znejú: „t) poskytuje prostredníctvom informačného systému úradu na základe registrácie v informačnom systéme</p>	Z	ČA	<p>Ustanovenie prepracované.</p>

	<p>úradu 1. poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, zariadeniam sociálnej pomoci, zdravotným poisťovňami, Sociálnej poisťovni a Ministerstvu práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky osobné údaje poistencov v rozsahu meno a priezvisko, označenie každej príslušnej zdravotnej poisťovne a dátum každej zmeny zdravotnej poisťovne odo dňa vzniku verejného zdravotného poistenia na území Slovenskej republiky, a to po zadaní rodného čísla poistenca do informačného systému úradu, 2. poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, zariadeniam sociálnej pomoci, zdravotným poisťovňami, Sociálnej poisťovni, Ministerstvu práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky a súdnym exekútorom povereným vykonaním exekúcie podľa osobitného predpisu 94) osobné údaje zomrelých osôb v rozsahu meno, priezvisko a dátum úmrtia, a to po zadaní rodného čísla do informačného systému úradu, 3. poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, zariadeniam sociálnej pomoci a zdravotným poisťovňami osobné údaje zdravotníckych pracovníkov v rozsahu meno, priezvisko a číselný kód, a to po zadaní číselného kódu zdravotníckeho pracovníka do informačného systému úradu, u) zverejňuje z informačného systému úradu na webovom sídle úradu údaje v rozsahu označenie príslušnej zdravotnej poisťovne poistenca a dátum zmeny zdravotnej poisťovne poistenca, a to na základe rodného čísla poistenca zadaného do informačného systému úradu,“. Odôvodnenie: 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.</p>			
ÚDZS	K § 20 ods. 2 písm. b) zákona č. 581.2004 Z.z.	O	N	Pripomenka nad rámec návrhu zákona

	V § 20 ods. 2 navrhujeme vypustiť písmeno b). Odôvodnenie: Navrhujeme vypustiť povinnosť úradu pre dohľad vyhotovovať správu o hospodárení za prvý polrok kalendárneho roka. Úrad vypracúva výročnú správu o hospodárení, ktorá obsahuje výsledky hospodárenia a komplexný prehľad za celý kalendárny rok, zároveň úrad mesačne predkladá ministerstvu financií hlásenia o čerpaní rozpočtu. Vyhotovovanie polročnej správy o hospodárení je administratívnou záťažou úradu bez relevantnej výpovednej hodnoty. Výročná správa o hospodárení je zverejnená v registri účtových závierok, kde je verejne dostupná.			
ÚDZS	K § 25 ods. 2 zákona č. 576.2004 Z.z. V § 25 ods. 2 navrhujeme na konci doplniť vetu „Údaje zo zdravotnej dokumentácie sa môžu sprístupniť úradu pre dohľad [odsek 1 písm. f)] aj formou zaslania kópie zdravotnej dokumentácie alebo jej časti.“. Odôvodnenie: 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 oprávnenej osobe.	O	A	
ÚDZS	K § 30 ods. 1 zákona č. 581.2004 Z.z. V § 30 navrhujeme upraviť znenie ods. 1 nasledovne: „(1) Zdravotná poisťovňa poukazuje na účet úradu príspevkov na činnosť úradu na príslušný kalendárny rok najneskôr do 20. januára tohto príslušného kalendárneho roka. Odôvodnenie: Úpravu navrhujeme za účelom zosúladenia spôsobu výpočtu a vykazovania rozpočtu úradu a vykazovania čerpania rozpočtu verejnej správy a deficitu. Rozpočet verejnej správy funguje na princípe príjmov a výdavkov v danom roku, z tohto dôvodu je dôležité zosúladiť príjmy a výdavky úradu na daný rok v jednom kalendárnom roku a nerozdeľovať ich na dva roky. Úprava prinesie sprehľadnenie a zosúladenie prípravy a čerpania rozpočtu úradu s prípravou a čerpaním rozpočtu verejnej správy.	Z	A	
ÚDZS	K § 30 ods. 2 zákona č. 581.2004 Z.z. V § 30 ods. 2 navrhujeme upraviť výšku príspevku podľa odseku 1 na 0,55% zo základu na jej určenie. Odôvodnenie: S účinnosťou od 1.1.2024 navrhujeme zvýšenie príspevku na činnosť úradu o 0,1 % vzhľadom na rozšírenie povinností úradu pre dohľad v oblasti aplikácie prerozdelenia mechanizmu, v oblasti vyhodnocovania stavu verejnej minimálnej siete poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti, v oblasti vyhodnocovania kritérií kvality zdravotných poisťovní, ako aj v oblasti rozhodovania úradu o námietkach poistencov proti rozhodnutiam zdravotných poisťovní vydávaných vo veciach vymáhania pohľadávok.	O	N	Pripomienka nad rámec návrhu zákona.
ÚDZS	K § 47b ods. 3 zákona č. 581.2004 Z.z. V § 47b ods. 3 v znení od 1.12.2022 navrhujeme slová „vyplniť elektronicky oznámenie o úmrtí.“ nahradiť slovami „vyplniť elektronicky hlásenie o úmrtí“. Odôvodnenie: Zjednodušenie a zjednotenie názvu výstupného dokumentu aj z pohľadu legislatívnych úprav v ďalších zákonoch. Predmetná zmena dokumentu bola odsúhlasená Štatistickým úradom SR ako vlastníkom dokumentu na základe komunikácie medzi ÚDZS a ŠÚ SR v rámci realizácie projektu ePrehliadky.	O	A	
ÚDZS	K § 49 zákona č. 581.2004 Z.z. Navrhujeme vypustiť § 49. Odôvodnenie: Navrhujeme vypustiť ustanovenie z dôvodu	O	A	

	<p>duplicity. Trovy dohľadu sú upravené v novom ustanovení § 46c. Trovy spojené s výkonom pitvy sú upravené v novom ustanovení § 48 odsek 15.</p>			
<p>ÚDZS</p>	<p>K § 50 zákona č. 581.2004 Z.z. V § 50 je potrebné upraviť odkazy na správne ustanovenia zákona, ktoré upravujú povinnosť, za porušenie ktorej je možné uložiť sankciu. V § 50 ods. 4, 5, 12 a 15 je potrebné odkaz na „§ 46 ods. 1“ opraviť na odkaz na nový „§ 43e ods. 2“. V § 50 ods. 7 je potrebné upraviť znenie poznámky pod čiarou 71a) nasledovne: „71a) § 79 ods. 1 písm. w) zákona č. 578/2004 Z.z. v znení neskorších predpisov.“. Odôvodnenie: Formálna úprava. Odkazy je potrebné upraviť, aby pri ukladaní sankcií nedochádzalo k pochybnostiam, za porušenie akej povinnosti sa sankcia ukladá. K § 50 ods. 2, 12 a 13 navrhujeme nasledovnú alternatívnu úpravu: Navrhujeme ods. 2 (nesprávne poskytovanie zdravotnej starostlivosti u klasických poskytovateľov zdravotnej starostlivosti), ods. 12 (marenie dohľadu) a ods. 13 (vedenie zdravotnej dokumentácie) spojiť do jedného odseku 2, nakoľko obdobne je v jednom odseku upravená aj sankcia za „nesprávne poskytovanie“, „marenie dohľadu“ a „vedenie zdravotnej dokumentácie“ pri zariadeniach sociálnej pomoci (§ 50 ods. 4), detenčnom ústave (§ 50 ods. 5) alebo škole (§ 50 ods. 15). Nový odsek 2 by v tom znel prípade nasledovne: „(2) Ak úrad pri výkone dohľadu nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti zistí, že zdravotná starostlivosť nebola poskytnutá správne, 40), porušenie povinnosti viesť zdravotnú dokumentáciu podľa osobitného predpisu,40aaa) alebo ak úrad zistí porušenie povinností ustanovených v § 43e ods. 2, podľa závažnosti zistených nedostatkov a ich následkov môže uložiť poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti a) pokutu (§ 64 ods. 2) alebo b) zákaz výkonu zdravotníckeho povolania najviac na jeden rok; ak poskytovateľom zdravotnej starostlivosti je právnická osoba, zákaz výkonu zdravotníckeho povolania môže uložiť jej odbornému zástupcovi.“. Ostatné odseky by sa primerane prečíslovali.</p>	O	ČA	
<p>ÚDZS</p>	<p>K § 51 ods. 1 zákona č. 581.2004 Z.z. V § 51 ods. 1 navrhujeme doplniť nové písm. d), ktoré znie: „d) vykazuje výšku vlastného imania nižšiu ako 10% zo sumy predpísaného poistného v hrubej výške zisteného z auditovanej účtovnej závierky zdravotnej poisťovne za predchádzajúci kalendárny rok. Do zverejnenia auditovanej účtovnej závierky zdravotnej poisťovne za predchádzajúci kalendárny rok sa suma predpísaného poistného v hrubej výške zisťuje z poslednej auditovanej účtovnej závierky. Ustanovenie sa uplatní pri vzniku novej zdravotnej poisťovne až po zverejnení prvej auditovanej účtovnej závierky.“. Odôvodnenie: Požiadavka v § 51 ods. 1 bod c) na minimálnu výšku vlastného imania sa javí ako nedostatočná v zmysle štandardu EÚ a princípu obozretného hospodára, ktorý je zakotvený aj slovenskom Obchodnom zákonníku (§ 194 Obchodného zákonníka). Na potrebu zvýšiť minimálnu úroveň hodnoty kapitálu pre zdravotné poisťovne sa zhodli zástupcovia úradu a NBS na pracovnom stretnutí dňa 18.7.2022. Priamym dopadom úpravy bude potreba navýšenia základného imania VŠZP o približne 300 miliónov EUR a ZP Union o približne 25 miliónov EUR. Prepočítaný dopad navrhovanej úpravy na všetky tri zdravotné poisťovne k 31.12.2021: v tis. EUR VŠZP ZP Dôvera ZP Union Poistné v hrubej výške podľa auditovaných ÚZ k 31.12.21 3 318 234 1 774 480 659 023 Minimálna výška vlastného imania pre rok 2022 331 823 177 448 65 902 Posúdenie kapitálovej primeranosti k 31.12.2021 Vlastné imanie k 31.12.2021 35 149 219 288 46 325 Rozdiel (+ dostatočná hodnota /- nedostatočná hodnota) -296 674 41 840 -19 577</p>	Z	N	Pripomenka nad rámec návrhu zákona.

ÚDZS	K § 6 ods. 3 písm. a) zákona č. 581.2004 Z.z. V § 6 ods. 3 navrhujeme vypustiť písm. a). Odôvodnenie: Na zdravotnú starostlivosť poskytnutú ku dňu účtovnej závierky, ktorá nebola ku dňu účtovnej závierky uhradená, nie je potrebné tvoriť technickú rezervu, nakoľko ak bol doručený účtovný doklad, je tento zaúčtovaný na záväzkoch voči poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a ak nebol doručený účtovný doklad, túto zdravotnú starostlivosť pokrýva § 6 ods. 3 písm. b).	O	ČA	Ustanovenie prepracované.
ÚDZS	K § 6 ods. 3 písm. c) zákona č. 581.2004 Z.z. V § 6 ods. 3 písm. c) navrhujeme na konci doplniť slová „a inú predpokladanú zdravotnú starostlivosť, na ktorú má poistenec nárok v priamej súvislosti s určenou diagnózou, o ktorej mala alebo mohla mať zdravotná poisťovňa vedomosť na základe evidencie, vrátane preventívnej zdravotnej starostlivosti“. Odôvodnenie: Cieľom tejto úpravy je zjednotiť znenie zákona č. 581/2004 Z.z s požiadavkami zákona o účtovníctve. Zákon o účtovníctve ukladá zdravotnej poisťovni povinnosť účtovať o záväzku pri jeho vzniku (a teda účtovať rezervu na akúkoľvek predpokladanú zdravotnú starostlivosť, nielen na plánovanú zdravotnú starostlivosť tak, ako ju definuje zákon č. 540/2021 Z. z.), zákon č. 581/2004 Z.z. im však dáva povinnosť tvoriť technickú rezervu na poistné plnenia iba pre vybraný okruh diagnóz. V súčasnosti tvoria zdravotné poisťovne z tohto dôvodu technické rezervy veľmi nekonzistentne.	O	N	Pripomienka nad rámec návrhu zákona.
ÚDZS	K § 64 ods. 9 zákona č. 581.2004 Z.z. V prípade zlúčenia odsekov 2, 12 a 13 v § 50 do jedného odseku 2, navrhujeme vypustiť v § 64 ods. 9 a ostatné odseky primerane prečíslovať. Odôvodnenie: Formálna úprava za účelom sprehľadnenia ustanovení vzťahujúcich sa na ukladanie pokút.	O	ČA	Ustanovenia týkajúce sa zdravotnej dokumentácie boli upravené rozdielne a neboli spojené do jedného ustanovenia. V nadväznosti na vybranú legislatívnu úpravu sme pripomienku akceptovali čiastočne.
ÚDZS	K § 82 zákona č. 578.2004 Z.z. V § 82 navrhujeme doplniť nový ods. 22, ktorý znie: „22) Ak orgán príslušný na vydanie povolenia začne voči držiteľovi povolenia vydaného podľa tohto zákona pokutu za porušenie § 79 odsek 1 písm. l), je povinný bezodkladne o tom informovať úrad.“. Odôvodnenie: V osobitnej dôvodovej správe sa k navrhovanému ustanoveniu § 46b zákona č. 581/2004 Z.z. okrem iného uvádza, že 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 musí mať smerom k úradu aj orgán, ktorý vydáva povolenie.	O	A	
ÚDZS	K bodom 10 a 27 (§ 6a ods. 5 a § 15 ods. 7 zákona č. 581.2004 Z.z.) Navrhujeme zvážiť podmienky a účel tvorby fondu solidarity a fondu kvality zdravia vo vzájomnom kontexte. Odôvodnenie: V súčasnom znení je zakotvená tvorba dvoch podobných fondov – fond solidarity a fond kvality zdravia, ktoré oba majú za cieľ odložiť „nepoužitú“ prostriedky na budúcu zdravotnú starostlivosť.	O	A	Predkladateľ porovnal podmienky a účel tvorby oboch fondov. Vzhľadom k skutočnosti, že každý z fondov je tvorený v inej situácii a je určené v oboch prípadoch časové obdobie na použitie prostriedkov oboch fondov, javí sa ako vhodnejšie (predovšetkým z pohľadu možnej kontroly správnosti použitia prostriedkov v čase a na daný účel) osobitná existencia oboch fondov.
ÚDZS	K bodom 47 až 51 (§ 33 zákona č. 581.2004 Z.z.) Za § 33 navrhujeme doplniť nový § 33a, ktorý znie: „§ 33a (1) Úrad preskúmava splnenie	Z	N	Návrh úradu považujeme za neprimeraný a zbytočný vo vzťahu k cieľu, ktorý sleduje a máme za to, že aj

	<p>podmienok dôveryhodnosti podľa § 33 ods. 3, a to v rozsahu údajov, ktoré sú evidované v informačných systémoch podľa osobitného predpisu 57aaa) a v rozsahu skutočností, ktoré sú úradu známe z jeho činnosti alebo boli úradu oznámené podľa odseku 2.“ (2) Na účel preskúmania splnenia podmienok dôveryhodnosti podľa § 33 ods. 3, úrad zverejní na svojom webovom sídle na obdobie 30 dní údaje osoby, vo vzťahu ku ktorej zdravotná poisťovňa podala úradu žiadosť o vydanie predchádzajúceho súhlasu podľa § 13 ods. 1 písm. c) (ďalej len „dotknutá osoba“) v rozsahu meno, priezvisko dotknutej osoby a identifikácia subjektov, v ktorých podľa podkladov priložených k žiadosti o vydanie predchádzajúceho súhlasu dotknutá osoba pôsobila v posledných desiatich rokoch. Každý môže doručiť úradu informácie, ktoré by mohli zakladať pochybnosti o dôveryhodnosti dotknutej osoby podľa § 33 ods. 3 v lehote zverejnenia údajov dotknutej osoby podľa prvej vety; na neskôr doručene informácie úrad nie je povinný prihliadať.“. Poznámka pod čiarou k odkazu 57aaa) znie: „57aaa) § 1 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“. Odôvodnenie: S cieľom zabezpečiť čo najobjektívnejšie posúdenie splnenia zákonných podmienok dôveryhodnosti osôb navrhovaných do funkcie člena predstavenstva a dozornej rady, prokuristu, vedúceho zamestnanca v priamej riadiacej pôsobnosti predstavenstva a osoby zodpovednej za výkon vnútornej kontroly zdravotnej poisťovne sa ustanovuje povinnosť úradu preskúmať splnenie podmienok dôveryhodnosti na základe informácií získaných z informačných systémov verejnej správy, z vlastnej činnosti úradu, ako aj z informácií zaslaných úradu verejnosťou. Na tento účel bude úrad zverejňovať na svojom webovom sídle údaje o osobách, vo vzťahu ku ktorým zdravotná poisťovňa požiadala úrad o vydanie predchádzajúceho súhlasu, čím sa verejnosti umožní, aby mohla aj verejnosť úradu poskytnúť informácie, ktoré by mohli zakladať pochybnosti o dôveryhodnosti dotknutej osoby.</p>			<p>v súčasnosti existujú nástroje, ktorými má úrad možnosť overiť dôveryhodnosť osoby spôsobom. Máme za to, že ustanovenie v navrhovanom znení nie je v aplikačnej praxi vykonateľné a zbytočne administratívne zaťažujúce práve vo vzťahu k úradu. Nie je zrejмый proces rozhodovania pri informáciách získaných navrhovaným spôsobom - t. j. či má úrad ľudské kapacity na vyhodnocovanie informácií, ako aj podľa čoho by sa úrad rozhodoval, ktoré informácie má vyhodnotiť, ktoré nie, a na základe čoho by si overoval pravdivosť údajov; tiež nie je jasné či by úrad musel vyhodnocovať všetky informácie zaslané verejnosťou, alebo či by mala existovať možnosť na informácie neprihliadať. Ostávajúcou zásadnou výhradou je zverejňovanie osobných údajov osoby podľa § 33 ods. 1 písm. c) z pohľadu ich ochrany v zmysle GDPR.</p>
<p>ÚDZS</p>	<p>K bodu 10 (§ 6a ods. 2 zákona č. 581.2004 Z.z.) V § 6a navrhujeme upraviť znenie ods. 2 nasledovne: „(2) Súčet položiek z účtovnej závierky zdravotnej poisťovne z výkazu ziskov a strát, ktorými sú zmena stavu technickej rezervy na poistné plnenia v hrubej výške, zmena stavu iných technických rezerv okrem zmeny stavu rezervy na prerozdeľovanie poistného a ostatné technické náklady okrem prijatých a zaplatených úrokov a okrem nákladov na prerozdeľovanie poistného, znížený o ostatné technické výnosy okrem prijatých a zaplatených úrokov a okrem výnosov z prerozdeľovania poistného, musí byť vo výške najmenej súčtu koeficientu podľa odseku 3 a 95,1 % z predpísaného poistného v hrubej výške upraveného o vplyv prerozdeľovania poistného za kalendárny rok, za ktorý sa určuje výsledok hospodárenia (ďalej len „náklady na zdravotnú starostlivosť“). Predpísané poistné v hrubej výške je úhrn predpísaného poistného zaúčtovaného v účtovnom období, v ktorom sa kladný výsledok hospodárenia vytvoril, podľa auditovanej účtovnej závierky. Vplyv prerozdeľovania poistného je súčet všetkých výnosov súvisiacich s mesačným prerozdeľovaním preddavkov na poistné a ročným prerozdeľovaním poistného ponížený o súčet všetkých nákladov súvisiacich s mesačným prerozdeľovaním preddavkov na poistné a ročným prerozdeľovaním poistného, ktoré zdravotná poisťovňa zaúčtovala v kalendárnom roku na základe rozhodnutia úradu alebo ako rezervu, ak nemala v čase účtovnej závierky rozhodnutie úradu k dispozícii.“.</p>	<p>Z</p>	<p>ČA</p>	<p>Ustanovenie prepracované.</p>

	<p>Odôvodnenie: Prerозdeľovanie poisťného 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 poisťné upraviť o vplyv prerозdeľovania poisťného.</p>			
<p>ÚDZS</p>	<p>K bodu 10 (§ 6a ods. 4 písm. a) zákona č. 581.2004 Z.z. – Alternatíva 2) V § 6a ods. 4 písm. a) navrhujeme za slová „predpísaného poisťného v hrubej výške“ doplniť slová „upraveného o vplyv prerозdeľovania poisťného; vplyv prerозdeľovania poisťného je súčet všetkých výnosov súvisiacich s mesačným prerозdeľovaním preddavkov na poisťné a ročným prerозdeľovaním poisťného ponížený o súčet všetkých nákladov súvisiacich s mesačným prerозdeľovaním preddavkov na poisťné a ročným prerозdeľovaním poisťného, ktoré zdravotná poisťovňa zaúčtovala v kalendárnom roku na základe rozhodnutia úradu alebo ako rezervu, ak nemala v čase účtovnej závierky rozhodnutie úradu k dispozícii“. V prípade akceptovania návrhu úradu na doplnenie nového písmena d) v § 51 ods. 1 zákona č. 581/2004 Z.z., ktorého cieľom je zabezpečiť dostatočnú kapitálovú výbavu poisťovní, navrhujeme v § 6a znenie ods. 4 nahraďiť novými ods. 4 až 6 a prílohou č. 1 v nasledovnom znení: „ (4) Optimálny výsledok hospodárenia pre rok 2023 je súčet: a) sumy 1 % z predpísaného poisťného v hrubej výške a b) sumy určenej ako výsledok plnenia kritérií kvality zdravotnej poisťovne (ďalej len „kritérium kvality“) podľa § 6aa; takto určená suma nesmie byť vyššia ako 0,5 % z predpísaného poisťného v hrubej výške. (5) Optimálny výsledok hospodárenia pre roky 2024 až 2028 je súčet: a) sumy vyrátanej podľa vzorca v Prílohe č. 1 vyjadrenej v % z predpísaného poisťného v hrubej výške a b) sumy určenej ako výsledok plnenia kritérií kvality zdravotnej poisťovne (ďalej len „kritérium kvality“) podľa § 6aa; takto určená suma nesmie byť vyššia ako 0,5 % z predpísaného poisťného v hrubej výške. (6) Optimálny výsledok hospodárenia pre nasledujúce roky ustanoví Ministerstvo financií všeobecne záväzným právnym predpisom.“. „Príloha č. 1: Suma sa vyráta ako štatistický medián ukazovateľa ziskovosti voči poisťnému pre porovnateľný trh za posledných 5 rokov. Sumu vyráta nezávislá konzultantská spoločnosť na základe verejne dostupných informácií, a to najneskôr do 30.9.2023 z údajov za roky 2018 až 2022. Porovnateľný trh je trh verejného zdravotného poistenia v Holandsku a v Nemecku, pričom je potrebné pre účely výpočtu použiť iba výsledky zdravotných poisťovní z verejného zdravotného poistenia a abstrahovať od výsledkov z doplnkového zdravotného poistenia.“. Odôvodnenie: Odvíjať optimálny výsledok hospodárenia od predpísaného poisťného sa nám javí ako legitímna alternatíva, ak namiesto svojvoľne určeného percenta ziskovosti bude vychádzať z porovnateľných európskych trhov s verejným zdravotným poistením. Benchmark ziskovosti uvedený v dôvodovej správe zahŕňa americký trh s komerčným zdravotným poistením, na čele so spoločnosťami Cigna, Blue Cross a Blue Shield, preto môže byť podkladom iba pre potenciálny trh doplnkového zdravotného poistenia u nás. Práve americký trh je pre EÚ negatívnym príkladom absencie verejného zdravotného poistenia a zlyhania zdravotnej starostlivosti o bežného občana založenej na solidarite. Príkladáme nasledovný ilustratívny príklad: Zdravotná poisťovňa X má 1 500 000</p>	<p>Z</p>	<p>ČA</p>	<p>Ustanovenie prepracované.</p>

	<p>poistencov Koeficient (s pôvodným degresívnym elementom) 1,25% (1.000.000 + 1.500.000) / 2.000.000 Na zdravotnú starostlivosť musí vynaložiť 96,35% z predpísaného poistného (95,1+1,25) Predpísané poistné poisťovne X je 2 000 000 000 EUR Na zdravotnú starostlivosť vynaloží 1 927 000 000 EUR (96,35% z 2 mld. EUR) Ak chce dosiahnuť optimálny výsledok hospodárenia 30 000 000 EUR (1,5% z 2 mld. EUR)* Na prevádzku jej musí stačiť 43 000 000 EUR (t.j. 2,15% z poistného) O koľko viac minie na prevádzku, o toľko sa jej poníži výsledok hospodárenia, ktorý môže vyplatiť akcionárom. Inými slovami, ak zdravotné poisťovne vyberú od občanov na zdravotných odvodoch 6 miliárd EUR ročne a boli by tri rovnakej veľkosti, ako odplatu môžu použiť na svoju prevádzku a zisky z odvodov zhruba 220 mil. EUR ročne. * predpokladáme splnenie kritérií kvality podľa § 6aa Odkaz na správu o VZP: https://www.udzs-sk.sk/wp-content/uploads/2022/06/Sprava-ostave-vykonavania-VZP-za-2021.pdf</p>			
<p>ÚDZS</p>	<p>K bodu 11 (§ 6aa ods. 1 a 2 zákona č. 581.2004 Z.z.) V § 6aa navrhujeme upraviť znenie ods. 1 a 2 nasledovne: „(1) Kritériá kvality sú: a) zabezpečenie poskytnutia ústavnej zdravotnej starostlivosti v lehote časovej dostupnosti pre poistencov zdravotnej poisťovne podľa osobitného zákona) a všeobecne záväzných právnych predpisov ministerstva zdravotníctva, b) zabezpečenie dostupnosti všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti pre poistencov minimálne v rozsahu verejnej minimálnej siete poskytovateľov všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti, c) zabezpečenie dostupnosti špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti pre poistencov minimálne v rozsahu verejnej minimálnej siete poskytovateľov špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti, d) vynaloženie výdavkov na preventívnu zdravotnú starostlivosť minimálne na úrovni 1. 150% výdavkov na preventívnu zdravotnú starostlivosť za predchádzajúci kalendárny rok alebo 2. priemerných výdavkov na preventívnu zdravotnú starostlivosť v Európskej únii, pričom hodnota kritéria pre danú zdravotnú poisťovňu sa vypočíta ako priemerný výdavok na preventívnu zdravotnú starostlivosť v Európskej únii na jedného obyvateľa podľa poslednej zverejnenej štatistiky Eurostatu v eurách vynásobený počtom poistencov príslušnej zdravotnej poisťovne k prvému dňu kalendárneho roka, za ktorý sa vyhodnotenie splnenia kritérií vykonáva, e) úprava cien vybraných výkonov najviac finančne podhodnotených odborností špecializovanej ambulantnej starostlivosti v Slovenskej republike minimálne na úroveň ustanovenú vo všeobecne záväznom právnom predpise ministerstva zdravotníctva, f) zabezpečenie likvidity zdravotnej poisťovne podľa prílohy č. 2. 2) Všetky kritériá kvality určené podľa odseku 1 majú rovnakú váhu. Podrobný spôsob výpočtu vyhodnotenia kritérií kvality ustanoví vykonávací predpis, ktorý vydá ministerstvo zdravotníctva.“. Poznámka pod čiarou k odkazu XX) znie: „XX) § 2 ods. 7 zákona č. 540/2021 Z. z.“. Odôvodnenie: Podľa štatistiky Eurostat vynaložilo Slovensko za rok 2018 v porovnaní s ostatnými krajinami EÚ najmenej prostriedkov na preventívnu zdravotnú starostlivosť. Podľa štatistiky Eurostat Slovensko vynaložilo v roku 2018 len 8 EUR na preventívnu zdravotnú starostlivosť v prepočte na obyvateľa, Bulharsko 17 EUR, susedná Česká republika 40 EUR, Švédsko dokonca až 165 EUR. Priemer krajín EÚ v roku 2018 dosiahol úroveň 82 EUR na obyvateľa. Najhoršie sa Slovensko umiestnilo aj pri porovnaní výdavkov na preventívnu zdravotnú starostlivosť voči celkovým výdavkom na zdravotnú starostlivosť (Slovensko v roku 2018 vynaložilo z celkových výdavkov na zdravotnú starostlivosť len 0,8 % na preventívnu zdravotnú starostlivosť, Česká republika 2,7%,</p>	<p>Z</p>	<p>ČA</p>	<p>Ustanovenie prepracované.</p>

	<p>Bulharsko 2,8%, Taliansko dokonca až 4,4%. Priemer krajín EÚ v roku 2018 dosiahol úroveň 2,8%). Slovensko sa spomedzi krajín EÚ najhoršie umiestnilo aj pri porovnaní výdavkov na preventívnu zdravotnú starostlivosť voči HDP za rok 2019. Grafy Eurostatu s presnými porovnaniami sú dostupné na nasledujúcich linkoch: https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/ddn-20210118-1 https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Preventive_health_care_expenditure_statistics</p> <p>O alarmujúcej situácii s účasťou na preventívnych prehliadkach informoval úrad pre dohľad aj v Správe o vykonávaní verejného zdravotného poistenia za rok 2021. Z počtu poistencov, ktorí mali podľa údajov zdravotných poisťovní v roku 2021 nárok na preventívnu prehliadku, absolvovalo iba 19 % poistencov preventívnu prehliadku u lekára pre dospelých, menej ako 5 % oprávnených poistencov sa zúčastnilo preventívnej prehliadky u urológa, menej ako 1 % oprávnených poistencov sa zúčastnilo preventívnej gastroenterologickej prehliadky. Liečba pacientov, ktorých ochorenie sa kvôli neuskutočnenej preventívnej prehliadke diagnostikuje neskôr, môže byť v budúcnosti menej úspešná, avšak omnoho viac finančne náročná. Z uvedených dôvodov úrad pre dohľad navrhuje pridať ako kritérium kvality zvýšenie výdavkov na preventívnu zdravotnú starostlivosť aspoň na úroveň priemeru krajín EÚ.</p>			
ÚDZS	<p>K bodu 11 (§ 6aa ods. 4 zákona č. 581.2004 Z.z.) V § 6aa ods. 4 navrhujeme za slová „prerokovaní so zdravotnými poisťovňami“ doplniť slová „a úradom“. Odôvodnenie: Navrhujeme, aby ministerstvo zdravotníctva ustanovilo všeobecne záväzným právnym predpisom iné kritériá kvality po prerokovaní aj s úradom. Keďže úrad má kritériá kvality vyhodnocovať, mal byť aj pri ich tvorbe.</p>	O	A	
ÚDZS	<p>K bodu 11 (§ 6aa ods. 5 zákona č. 581.2004 Z.z.) V § 6aa ods. 5 navrhujeme vypustiť poslednú časť vety „alebo pre ktoré je použitie stanoveného kritéria kvality neprímerane prísne“. Odôvodnenie: Podľa § 6aa ods. 4 môže ministerstvo zdravotníctva všeobecne záväzným právnym predpisom stanovovať aj iné kritériá kvality než ktoré sú uvedené v ods. 1 a 2. Úrad má o plnení ministerstvom stanovených kritérií rozhodnúť. Pokiaľ sa niektoré kritérium z objektívnych dôvodov v priebehu roka bude javiť ako neprímerane prísne, malo by byť dané kritérium a jednotlivé váhy kritérií upravené zo strany ministerstva.</p>	O	ČA	Ustanovenie prepracované.
ÚDZS	<p>K bodu 11 (§ 6aa ods. 6 zákona č. 581.2004 Z.z.) V § 6aa ods. 6 navrhujeme slová „do 15. júna“ nahradiť slovami „do 30. septembra“. Odôvodnenie: Podľa § 6aa ods. 1 je povinným kritériom kvality uzatvorenie zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti v rozsahu verejnej minimálnej siete poskytovateľov alebo v rozsahu verejnej siete poskytovateľov, ak je verejná sieť poskytovateľov na príslušnom území menšia ako verejná minimálna sieť poskytovateľov, verejnej minimálnej siete poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti, 18ja) a v rozsahu siete kategorizovaných nemocníc. Vzhľadom k tomu, že výsledky hodnotenia naplnenia siete, tzv. monitoringu VAS majú byť podľa § 18 ods. 1 písm. v) zákona č. 581/2004 Z.z. zverejnené každoročne do 30. júna, nie je technicky možné rozhodnúť o vyhodnotení kritérií kvality (ktorých súčasťou má byť aj vyhodnotenie naplnenia siete) už do 15. júna. Vzhľadom na uvedené skutočnosti a vzhľadom na obrovské množstvo údajov, ktoré bude potrebné overiť a skontrolovať, požaduje úrad o zmenu</p>	Z	A	

	termínu rozhodnutia o splnení kritérií kvality za predchádzajúci kalendárny rok do 30. septembra.			
ÚDZS	K bodu 12 (§ 6 ods. 11 písm. b) zákona č. 580.2004 Z.z.) V § 6 ods. 11 písm. b) navrhujeme vypustiť slová „do 30. septembra príslušného kalendárneho roka“. Odôvodnenie: Zo znenia poslednej časti ustanovenia § 6 ods. 11 písm. b) nie je zrejmé, k čomu sa text „do 30. septembra príslušného kalendárneho roka“ viaže. Informácia podľa § 6 ods. 10 písm. b) bod 4 má byť úradu zo strany zdravotných poisťovní poskytnutá až v októbri po skončení prepoisťovacieho obdobia, konkrétne do 5. októbra. Úrad teda nemôže informáciu o akceptácii potvrdených prihlášok zdravotným poisťovníam poslať do 30. septembra. Zo znenia § 6 ods. 11 písm. b) tak nie je zrejmé, k čomu smeruje text „do 30. septembra príslušného kalendárneho roka“. V prípade, ak je uvedený text v ustanovení § 6 ods. 11 písm. b) uvádzaný nedopatrením, navrhujeme jeho odstránenie, v opačnom prípade navrhujeme text preformulovať tak, aby bolo z neho jednoznačne zrejmé, k čomu v súvislosti s touto formuláciou smeroval úmysel predkladateľa.	O	A	Text ustanovenia upravený.
ÚDZS	K bodu 12 (§ 7 ods. 9 písm. e) zákona č. 581.2004 Z.z.) V § 7 ods. 9 písm. e) navrhujeme za slová „na úhrade ústavnej zdravotnej starostlivosti“ doplniť slová „alebo jednodňovej zdravotnej starostlivosti“. Odôvodnenie: Z dôvodu predchádzania nejasnostiam v aplikačnej praxi pri výkone dohľadu nad nákupom zdravotnej starostlivosti je potrebné do ustanovenia doplniť, že zmluva o poskytovaní zdravotnej starostlivosti musí obsahovať spôsob úhrady, ak sa zdravotná poisťovňa dohodla s poskytovateľom jednodňovej zdravotnej starostlivosti na úhrade jednodňovej zdravotnej starostlivosti.	O	A	Ustanovenie prepracované.
ÚDZS	K bodu 14 (§ 6 ods. 14 zákona č. 580.2004 Z.z.) V § 6 ods. 14 navrhujeme vypustiť slová „pričom poistenec pri podaní prihlášky splnil všetky zákonom požadované náležitosti“. Odôvodnenie: V zmysle § 6 ods. 10 písm. b) prvého bodu sa oznamujú nielen údaje o podaných prihláškach, ale aj údaje o ich späťvzatiach. Text, ktorý navrhujeme odstrániť, je v predmetnom ustanovení nadbytočný (keďže poisťovne úradu oznamujú len údaje o právne relevantných prihláškach) a nepokrýva prípady podaných späťvzatí, čo má v konečnom dôsledku potenciál vyvolať v aplikačnej praxi interpretačné rozdiely spočívajúce v tom, či sa má ustanovenie § 6 ods. 14 aplikovať len na údaje o podaných prihláškach (ako naznačuje text, ktorý navrhujeme odstrániť), alebo aj na údaje o ich späťvzatiach (ako jednoznačne vyplýva zo znenia § 6 ods. 10 písm. b) prvý bod).	O	A	
ÚDZS	K bodu 14 (§ 8aa sa ods. 4 zákona č. 581.2004 Z.z.) V § 8aa sa ods. 4 navrhujeme za slová „zúčtovacej dávky“ doplniť slová „a dávky o výsledku zúčtovania“. Odôvodnenie: Pre účely dohľadu nad verejným zdravotným poistením je potrebné jednoznačne určiť formu a štruktúru aj dávky o výsledku zúčtovania (tzv. spätých dávky).	O	A	
ÚDZS	K bodu 15 (§ 7 ods. 4 zákona č. 580.2004 Z.z.) V § 7 ods. 4 navrhujeme vypustiť inštitút akceptačného listu. Odôvodnenie: Inštitút akceptačného listu považujeme, v prípade prijatia ostatných navrhovaných zmien súvisiacich so sprísnením procesu podávania prihlášok na zmenu zdravotnej poisťovne za nadbytočný a z pohľadu úradu bude v aplikačnej praxi tento inštitút predstavovať pre zdravotné poisťovne neprímeranú administratívnu záťaž, ktorá môže byť najmä na konci prepoisťovacieho	Z	A	

	<p>obdobia veľmi ťažko zvládnuteľná, čo môže v konečnom dôsledku mať za následok až odňatie zákonného práva poistencov na zmenu zdravotnej poisťovne. V prípade, ak bude prijatá navrhovaná právna úprava, podľa ktorej bude môcť zdravotná poisťovňa prijať len takú prihlášku, ktorá bola po riadnom overení totožnosti poistenca podaná na pracovisku zdravotnej poisťovne, elektronickú prihlášku, ktorá bude podpísaná kvalifikovaným elektronickým podpisom alebo prihlášku v listinnej podobe, ktorá bola podpísaná úradne osvedčeným podpisom, bude z pohľadu úradu dostatočne eliminované riziko podvodných prepoistení aj bez toho, aby bol k prihláške priložený akceptačný list. Akceptačný list má potenciál zahltiť zdravotné poisťovne žiadosťami poistencov o jeho vydanie, keďže poistenec môže počas prepoisťovacieho obdobia podávať prihlášku na zmenu zdravotnej poisťovne aj viackrát (prihlášku podá, vezme späť, bude chcieť prihlášku podať v inej zdravotnej poisťovni, znova bude potrebovať akceptačný list). Zároveň môže nastať problém v prípade, ak napr. zdravotné poisťovne budú vydávať akceptačný list elektronicky, ale poistenec bude podávať prihlášku v listinnej podobe a naopak, problém tiež môže nastať, ak sa poistenec rozhodne zmeniť zdravotnú poisťovňu tesne pred koncom prepoisťovacieho obdobia, napr. 30.9. a zdravotná poisťovňa nestihne poistencovi vydať akceptačný list. Poistenec môže podať prihlášku až do polnoci 30.9. (napr. elektronicky), čo v prípade, ak bude musieť k prihláške priložiť akceptačný list nebude možné, nakoľko mu ho už poisťovňa po úradných hodinách nevystaví. Poistencovi tak bude odňaté jeho zákonné právo na zmenu zdravotnej poisťovne. V tejto súvislosti si dovoľuje úrad poukázať na skutočnosť, že veľká časť prihlášok je podávaná práve na konci prepoisťovacieho obdobia a značná časť z nich práve 30.9., t. j. v posledný deň, kedy je možné zdravotnú poisťovňu zmeniť. Z vyššie uvádzaných dôvodov navrhujeme inštitút akceptačného listu vypustiť a sprísniť podávanie prihlášok na zmenu zdravotnej poisťovne v zmysle úradom navrhovaných zmien tak, aby prihláška podávaná elektronicky musela byť podpísaná kvalifikovaným elektronickým podpisom, prihláška podávaná v listinnej podobe úradne osvedčeným podpisom tak, ako navrhuje aj predkladateľ a osobne podávanú prihlášku by mohol od poistenca prevziať výlučne len zamestnanec zdravotnej poisťovne, ktorý je so zdravotnou poisťovňou v pracovnom pomere založenom pracovnou zmluvou a výlučne len v priestoroch zdravotnej poisťovne po riadnom overení jeho totožnosti. Uvedené úpravy z pohľadu úradu dostatočne eliminujú riziko nezákonných prepoistení aj bez inštitútu akceptačného listu, ktorý má z pohľadu úradu potenciál vyvolať v aplikačnej praxi značné komplikácie a nedôvodne zaťažuje nielen zdravotné poisťovne, ale aj samotného poistenca.</p>			
<p>ÚDZS</p>	<p>K bodu 17 (§ 8 ods. 1 zákona č. 580.2004 Z.z.) V § 8 ods. 1 navrhujeme za slová „musí byť podpísaná“ doplniť slovo „kvalifikovaným“. Odôvodnenie: V zmysle čl. 3 ods. 10 nariadenia EP a Rady č. 910/2014 elektronickým podpisom sú údaje v elektronickej forme, ktoré sú pripojené alebo logicky pridružené k iným údajom v elektronickej forme a ktoré podpisovateľ používa na podpisovanie. Uvedené ustanovenie nariadenia si zdravotné poisťovne vykladajú tak, že môže ísť o akýkoľvek elektronický podpis poistenca, t.j. aj podpis prstom či špeciálnym perom na podpisovom tablete, či dokonca sa vyskytli tak extenzívne výklady tohto ustanovenia, že elektronickým podpisom je aj len elektronicky vpísané meno a priezvisko na listine. Akýkoľvek elektronický podpis, ktorý nemá formu kvalifikovaného elektronického podpisu v zmysle čl. 3 ods. 12 nariadenia nevytvára dostatočnú garanciu toho, že prihláška bola skutočne podaná</p>	<p>Z</p>	<p>A</p>	

	osobu, ktorej elektronický podpis (ak nejde o kvalifikovaný elektronický podpis podľa čl. 3 ods. 12 nariadenia) sa na prihláške nachádza. Zo strany zdravotnej poisťovne má byť možné prijať prihlášku podpísanú elektronickým podpisom len v prípade, ak ide o kvalifikovaný elektronický podpis, ktorý jediný je garanciou toho, že skutočne ide o elektronický podpis osoby, ktorá prihlášku podáva a ktorý jediný je ekvivalentom vlastnoručného podpisu.			
ÚDZS	K bodu 19 (§ 8 ods. 4 zákona č. 580.2004 Z.z.) Zmenu navrhovanú v § 8 ods. 4 navrhujeme vypustiť. Odôvodnenie: Vypustenie navrhujeme v nadväznosti na pripomienku úradu uvádzanú k bodu 15. Inštitút akceptačného listu považujeme, v prípade prijatia ostatných navrhovaných zmien súvisiacich so sprísnením procesu podávania prihlášok na zmenu zdravotnej poisťovne, za nadbytočný a z pohľadu úradu bude v aplikačnej praxi tento inštitút predstavovať nielen zbytočnú záťaž pre poisťovne, ale aj pre zdravotné poisťovne, pre ktoré môže byť administratívna záťaž spojená s vydávaním akceptačných listov najmä na konci prepoisťovacieho obdobia veľmi ťažko zvládnuteľná, čo môže v konečnom dôsledku mať za následok až odňatie zákonného práva poisťencov na zmenu zdravotnej poisťovne.	Z	A	
ÚDZS	K bodu 19 (§ 8d ods. 5 zákona č. 581.2004 Z.z.) V § 8d ods. 5 navrhujeme za slová „na žiadosť úradu“ doplniť slová „zúčtovacie dávky a“. Odôvodnenie: Pre účely výkonu dohľadu nad verejným zdravotným poistením je potrebné, aby zdravotné poisťovne zasielali úradu na vyžiadanie aj zúčtovacie dávky, nakoľko samotné dávky o výsledku zúčtovania (spätné dávky) by nepostačovali na výkon dohľadu vzhľadom na ich veľmi oklieštený obsah a nadväznosť na zúčtovacie dávky (napr. odvolávky na konkrétne čísla riadkov zúčtovacích dávok).	O	A	Ustanovenie bolo vypustené.
ÚDZS	K bodu 20 (§ 8a ods. 2 zákona č. 580.2004 Z.z.) V § 8a ods. 2 navrhujeme vypustiť slová „do pätnástich dní odo dňa podania prihlášky do zdravotnej poisťovne“. Odôvodnenie: Uvedenú zmenu navrhujeme z dôvodu ochrany záujmov poisťencov. Poisťenci k zmene zdravotnej poisťovne pristupujú najmä za účelom čerpania benefitov, ktoré jednotlivé zdravotné poisťovne ponúkajú. Z praxe je zrejmé, že zdravotné poisťovne počas prepoisťovacieho obdobia často upravujú nimi ponúkané benefity, resp. vytvárajú a ponúkajú nové. Zároveň je z praxe zrejmé, že zdravotné poisťovne sústreďujú najväčšie úsilie smerujúce k získaniu poisťencov práve na koniec prepoisťovacieho obdobia, teda najmä na obdobie august a september. Ak by bola do zákona zapracovaná predkladateľom navrhovaná úprava, podľa ktorej by poisťenci boli oprávnení vziať prihlášku na zmenu zdravotnej poisťovne späť len do 15 dní od jej podania, poisťenci, ktorí podali prihlášku na zmenu zdravotnej poisťovne na začiatku prepoisťovacieho obdobia a túto by do 15 dní nevzali späť, by už nemali možnosť prejsť do tej zdravotnej poisťovne, ktorá by napr. ku koncu prepoisťovacieho obdobia predstavila nové benefity, o ktoré by mali dotknutí poisťenci záujem. Predkladateľom navrhovaná právna úprava, ktorá by umožňovala poisťencovi vziať prihlášku na zmenu zdravotnej poisťovne späť len do 15 dní od jej podania, sa javí ako riziková pre poisťovne aj vzhľadom na režim zazmluvňovania poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. V režime zazmluvňovania, ktorý aktuálne na strane zdravotných poisťovní a poskytovateľov zdravotnej starostlivosti funguje, totiž nie je vylúčené, že po podaní prihlášky by mohlo dôjsť k ukončeniu zmluvného vzťahu medzi poisťovňou, do ktorej prihlášku poisťenec podal a jeho poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, pričom poisťenec by už nemal možnosť prihlášku podať do inej poisťovne,	O	A	

	ktorá by napr. bola s jeho poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v zmluvnom vzťahu, alebo by mohla na strane poistenca vzniknúť potreba poskytnutia zdravotnej starostlivosti u poskytovateľa, s ktorým zdravotné poisťovňa, do ktorej pôvodne podal prihlášku, nie je v zmluvnom vzťahu, ale iná áno. Navrhujeme preto zväziť vypustenie vyššie uvádzaného textu a ponechať poistencovi možnosť vziať prihlášku na zmenu zdravotnej poisťovne späť až do konca prepoisťovacieho obdobia, bez ohľadu na to, kedy v rámci prepoisťovacieho obdobia bola prihláška podaná.			
ÚDZS	K bodu 20 (§ 8a ods. 3 písm. a) zákona č. 580.2004 Z.z.) V § 8a ods. 3 písm. a) navrhujeme za slovo „osobne“ doplniť slová „na pracovisku zdravotnej poisťovne uvedenom v registri zdravotných poisťovní vedenom podľa osobitného predpisu, 18aac“. Odôvodnenie: Navrhujeme sprísnenie režimu podávania späťvzatí prihlášok na zmenu zdravotnej poisťovne tak, aby späťvzatia prihlášok bolo možné podať len spôsobom, akým možno podať prihlášku, t.j. aby aj späťvzatia prihlášok podané osobne boli podané v priestoroch zdravotnej poisťovne. V prepoisťovacom období 10/2020 – 9/2021 totiž úrad zaznamenal enormný nárast späťvzatí prihlášok na zmenu zdravotnej poisťovne, pričom značná časť z nich bola podaná v zdravotnej poisťovni, ktorej dotknutý poistenec vôbec nepodával prihlášku. Vzhľadom na uvedené vznikli dôvodné pochybnosti, či sú späťvzatia prihlášok realizované poistencami, ktorých údaje sú uvádzané na prihláške, alebo došlo k zneužitiu ich osobných údajov.	Z	N	Obmedzenie miesta podania prihlášky by mohlo byť vyhodnotené ako neprímeraná byrokratická prekážka.
ÚDZS	K bodu 20 (§ 8a ods. 3 písm. b) zákona č. 580.2004 Z.z.) V § 8a ods. 3 písm. b) navrhujeme za slová „úradne osvedčených podpisom alebo“ doplniť slovo „kvalifikovaným“. Odôvodnenie: Navrhujeme úpravu režimu podávania späťvzatí prihlášok na zmenu zdravotnej poisťovne tak, aby späťvzatia prihlášok bolo možné podať len spôsobom, akým možno podať prihlášku. V zmysle čl. 3 ods. 10 nariadenia EP a Rady č. 910/2014 elektronickým podpisom sú údaje v elektronickej forme, ktoré sú pripojené alebo logicky pridružené k iným údajom v elektronickej forme a ktoré podpisovateľ používa na podpisovanie. Uvedené ustanovenie nariadenia si zdravotné poisťovne vykladajú tak, že môže ísť o akýkoľvek elektronický podpis poistenca, t.j. aj podpis prstom či špeciálnym perom na podpisovom tablete, či dokonca sa vyskytli tak extenzívne výklady tohto ustanovenia, že elektronickým podpisom je aj len elektronicky vpísané meno a priezvisko na listine. Akýkoľvek elektronický podpis, ktorý nemá formu kvalifikovaného elektronického podpisu v zmysle čl. 3 ods. 12 nariadenia, nevytvára dostatočnú garanciu toho, že späťvzatie prihlášky bolo skutočne podané osobu, ktorej elektronický podpis (ak nejde o kvalifikovaný elektronický podpis podľa čl. 3 ods. 12 nariadenia) sa na späťvzatí prihlášky nachádza. Zo strany zdravotnej poisťovne má byť možné prijať späťvzatie prihlášky podpísané elektronickým podpisom len v prípade, ak ide o kvalifikovaný elektronický podpis, ktorý jediný je garanciou toho, že skutočne ide o elektronický podpis osoby, ktorá späťvzatie prihlášky podáva a ktorý jediný je ekvivalentom vlastnoručného podpisu.	Z	A	
ÚDZS	K bodu 20 (§ 8a ods. 5 písm. b) zákona č. 580.2004 Z.z.) V § 8a ods. 5 písm. b) navrhujeme odstrániť slová „rodné priezvisko“. Odôvodnenie: V nadväznosti na bod 18, ktorým sa vypúšťa z obligatórnych náležitostí prihlášky údaj o rodnom priezvisku poistenca, navrhujeme tento údaj vypustiť aj z obligatórnych náležitostí späťvzatia prihlášky. Ak nie je potrebné uvádzať údaj o rodnom priezvisku v prihláške, nie je dôvodné tento údaje uvádzať v jej späťvzatí. Rozsah osobných údajov uvádzaných na	O	A	

	späťvzati prihlášky by mal zodpovedať rozsahu osobných údajov uvádzaných na prihláške.			
ÚDZS	<p>K bodu 21 (§ 9 ods. 2 zákona č. 580.2004 Z.z.)</p> <p>Navrhujeme ponechať súčasnú úpravu, podľa ktorej poistenec, ktorý je dlžníkom, má právo len na úhradu neodkladnej zdravotnej starostlivosti vrátane v súčasnosti platných výnimiek. Odôvodnenie: Úrad nepovažuje za dôvodné, ale najmä za spravodlivé, aby dlžníci na poistnom mali rovnaký prístup k rovnakému rozsahu zdravotnej starostlivosti, ako osoby, ktoré si svoje zákonné odvodové povinnosti voči zdravotnej poisťovni riadne plnia. Uvedené by nielenže mohlo navádzať aj ostatných poistencov k tomu, aby neplatili poistné na zdravotné poistenie, keďže by aj napriek tomu mali prístup k plnej zdravotnej starostlivosti, ale zároveň to vytvára priestor pre vznik sociálneho napätia, nakoľko osoby, ktoré riadne platia poistné do zdravotnej poisťovne by mohli vnímať veľmi negatívne to, že napriek tomu, že oni si riadne plnia svoje zákonné odvodové povinnosti, nemajú v porovnaní s osobami, ktoré si tieto povinnosti neplnia žiadne zvýhodnenie. Uvedený návrh by tiež mohol mať výrazne negatívny dopad na príjmy a na výdavky zdravotných poisťovní. Nakoľko aj poistenci (najmä samoplatelia a SZČO, keďže zamestnancom je poistné strhnuté automaticky z ich príjmu), ktorí v súčasnosti riadne a včas platia poistné už nebudú mať motiváciu v riadnom platení poistného pokračovať, keďže bez ohľadu na to, či poistné uhradia alebo nie budú mať nárok na plnú zdravotnú starostlivosť a na druhej strane, zdravotné poisťovne budú zrazu povinné uhrádzať plnú zdravotnú starostlivosť aj osobám, ktoré poistené riadne a včas neplatia. Uvedený legislatívny návrh si teda z pohľadu úradu, vzhľadom na aktuálnu finančnú situáciu v zdravotníctve, vyžadoval dôslednú a podrobnú analýzu a prepočty, ktoré však nie sú súčasťou predloženého materiálu. Pokiaľ je v súčasnej dobe potrebné istej skupine ľudí, ktorí spadajú medzi dlžníkov, zabezpečiť väčší prístup k zdravotnej starostlivosti ako len k neodkladnej, je možné to zrealizovať aj inými spôsobmi bez toho, aby mali plošne všetci neplatiči prístup k plnej zdravotnej starostlivosti, teda nielen tí, ktorí sa mohli stať neplatičmi v minulosti nedopatrením (ako sa uvádza v dôvodovej správe), ale aj tí, ktorí dlhodobo, systematicky, úmyselne a vedome neplatia poistné.</p>	Z	ČA	<p>Obmedzenie nároku na zdravotnú starostlivosť pri dlžníkovi iba na neodkladnú je zrejme najtvrdšie v EU; veľká väčšina členských štátov EU (vrátane Českej republiky) takéto obmedzenie vôbec nemá a napriek tomu v týchto krajinách nie je evidovaný žiaden pokles úspešnosti výberu poistného v porovnaní so SR. Zdravotným poisťovniam naďalej ostáva k dispozícii celé spektrum nástrojov na vymáhanie, vrátane exekučných konaní. Pokiaľ ide o šetrenie prostriedkov na zdravotnú starostlivosť, veľmi často je práve akútna zdravotná starostlivosť drahšia, ako prevencia a odkladná zdravotná starostlivosť. Ustanovenie prepracované.</p>
ÚDZS	<p>K bodu 21 (§ 9 ods. 4 zákona č. 580.2004 Z.z.)</p> <p>V § 9 ods. 4 navrhujeme vypustiť slová „nie je zdravotne poistená v inom členskom štáte a má bydlisko v Slovenskej republike“ a zároveň preformulovať definíciu „bezdomovca“.</p> <p>Odôvodnenie: Za bezdomovca, tak ako je definovaný v navrhovanom ustanovení § 9 ods. 4 by bolo nutné považovať aj osobu, ktorá na území SR napr. vlastní niekoľko nehnuteľností, pričom v niektorej z nich môže mať aj riadne nahlásený pobyt. Podľa predkladateľom navrhovanej definície bezdomovca je totiž rozhodujúca len absencia poistného vzťahu. Nejaví sa terminologicky správne aj osobu, ktorá má na území SR pobyt (ktorý môže mať napr. aj riadne prihlásený vo vlastnej nehnuteľnosti) označovať za bezdomovca len na základe absencie poistného vzťahu tejto osoby. Hoci ide o definíciu bezdomovca pre potreby zákona č. 580/2004 Z.z., táto definícia nezodpovedá všeobecnému chápaniu osoby so statusom bezdomovca (spravidla ide o osoby, ktoré nemajú viazaný, resp. ohlásený trvaný alebo prechodný pobyt v konkrétnej nehnuteľnosti). Z uvedeného dôvodu navrhujeme zväziť preformulovanie predkladateľom navrhovanej definície bezdomovca, a to za účelom predchádzania interpretačných rozdielov v aplikačnej praxi. V prípade ponechania definície bezdomovca tak, ako je navrhnutá v § 9 ods. 4 totiž vzniká pochybnosť o tom, kedy sa bude aplikovať § 9 ods. 4 a kedy § 9 ods. 2 v spojení s ods. 3. V oboch prípadoch totiž môže ísť o</p>	O	ČA	<p>definícia je iba na účely zákona č. 580/2004 Z. z. a vystihuje situáciu, kedy má byť poskytnutie zdravotnej starostlivosti riešené formou refundácie cez poisťovňu s najväčším počtom poistencov. V súčasnom znení zákona akákoľvek definícia tohto pojmu absentuje, pričom pre účely aplikačnej praxe sa javí ako potrebná. Ustanovenie prepracované.</p>

	osoby s pobytom na území SR, u ktorých absentuje existencia poistného vzťahu. V súvislosti s definíciou bezdomovca zároveň poukazujeme na to, že preukazovanie poistenosti bezdomovca v inom členskom štáte EU a v niektorých prípadoch aj naplnenie podmienky bydliska, bude pre zdravotnú poisťovňu alebo poskytovateľa zdravotnej starostlivosti administratívne a časovo náročné bez garancie na jednoznačné preukázanie požadovaných skutočností. Nezdá a reálne pri každom poskytovaní neodkladnej zdravotnej starostlivosti overovať existenciu poistného vzťahu osoby so statusom bezdomovca v každom štáte EÚ. Dotknuté subjekty budú navyše konfrontované aj so sťažnou komunikáciou s fyzickou osobou, ktorej sa bude neodkladná zdravotná starostlivosť poskytovať.			
ÚDZS	K bodu 22 (§ 13 ods. 5 písm. b) zákona č. 581.2004 Z.z.) V § 13 ods. 5 písm. b) navrhujeme za slová „čestné vyhlásenie“ doplniť slová „podľa § 4 ods. 4“. Odôvodnenie: Za účelom odstránenia rizika interpretačných nejasností navrhujeme doplniť odkaz na § 4 ods. 4, aby bolo zrejmé o aké čestné vyhlásenie v danom prípade ide.	O	A	
ÚDZS	K bodu 22 (§ 13 ods. 5 písm. c) zákona č. 581.2004 Z.z.) V § 13 ods. 5 písm. c) navrhujeme za slová „nastal konflikt záujmov“ doplniť slová „podľa § 4“. Odôvodnenie: Za účelom odstránenia rizika interpretačných nejasností navrhujeme doplniť odkaz na § 4, aby bolo zrejmé o aký konflikt záujmov ide.	O	A	
ÚDZS	K bodu 25 (§ 15 ods. 1 písm. an) zákona č. 581.2004 Z.z.) V § 15 ods. 1 písm. an) navrhujeme slová „do 30. apríla“ nahradiť slovami „do 31. marca“. Odôvodnenie: Vzhľadom na veľké množstvo údajov, ktoré bude musieť úrad overiť a skontrolovať pri vydávaní rozhodnutia o plnení kritérií kvality, úrad požaduje upraviť lehotu pre zdravotné poisťovne na zaslanie predmetných podkladov, a to do 31. marca.	O	A	
ÚDZS	K bodu 27 (§ 15 ods. 7 zákona č. 581.2004 Z.z.) V § 15 ods. 7 navrhujeme v prvej vete slová „do 31. decembra“ nahradiť slovami „do 31. októbra“. Odôvodnenie: Pokiaľ by mal byť spôsob rozpočtovania a štruktúra výdavkov zdravotných poisťovní stanovená až koncom decembra, pre zdravotné poisťovne to predstavuje neprimerane krátky čas na úpravu ich finančno-obchodných plánov a na rokovania s poskytovateľmi a zapracovanie potrebných zmien do zmlúv s poskytovateľmi.	O	N	V tej dobe ešte nie je známy štátny rozpočet.
ÚDZS	K bodu 30 (§ 9h ods. 2 zákona č. 580.2004 Z.z.) V § 9h ods. 2 navrhujeme vypustiť slová „nie je zdravotne poistený v inom členskom štáte“. Odôvodnenie: Preukazovanie poistenosti cudzinca v inom členskom štáte EU bude pre zdravotnú poisťovňu alebo poskytovateľa zdravotnej starostlivosti administratívne a časovo náročné bez garancie na jednoznačné preukázanie požadovaných skutočností. Dotknuté subjekty budú konfrontované aj so sťažnou komunikáciou s fyzickou osobou, ktorej sa bude neodkladná zdravotná starostlivosť poskytovať.	O	N	Ustanovenie zákona má riešiť úhradu zdravotnej starostlivosti; pokiaľ je osoba zdravotne poistená v inom členskom štáte, je potrebné riešiť úhradu zdravotnej starostlivosti v tomto inom členskom štáte, nie formou refundácie zo štátneho rozpočtu.
ÚDZS	K bodu 31 (§ 16 ods. 2 písmeno g) zákona č. 581.2004 Z.z.) V § 16 ods. 2 písmeno g) navrhujeme vypustiť bod 11. Odôvodnenie: Nie je zrejmý dôvod, prečo by počet medicínskych služieb v rámci plánovanej starostlivosti, ktorú je prevádzkovateľ nemocnice schopný poskytnúť v nemocnici v priebehu nasledujúceho kalendárneho roka v rámci plánovanej starostlivosti mal byť uvedený v účte poistenca, t.j. nie je zrejmé, za akým účelom má byť na účte poistenca uvedená ročná kapacita nemocnice na plánovanú zdravotnú starostlivosť. Takýto údaj nemá pre poistenca výpovednú hodnotu, skôr by bola žiaduca informácia o predpokladanom dátume, kedy mu bude môcť byť plánovaná zdravotná starostlivosť u daného poskytovateľa poskytnutá.	O	A	

ÚDZS	K bodu 33 (§ 16 ods. 6 zákona č. 581.2004 Z.z.) V § 16 ods. 6 prvá veta navrhujeme za slová „v rozsahu podľa § 15 ods. 1 písm. w)“ doplniť slová „dátum úmrtia, miesto narodenia, miesto úmrtia“. Odôvodnenie: Navrhujeme doplniť predmetné údaje, ktoré sú dôležité pre potreby vedenia centrálného registra poistencov. Zdravotná poisťovňa je častokrát prvá, ktorá sa dozvie o úmrtí poistencov v zahraničí.	Z	ČA	V nadväznosti na rozporové rokovanie z dňa 8. septembra, uvedené bolo doplnené o slová „ak nimi zdravotná poisťovňa disponuje“ tak, aby bolo ustanovenie vykonateľné.
ÚDZS	K bodu 36 (§ 10 ods. 8 až 11 zákona č. 580.2004 Z. z.) Navrhujeme vypustiť celý bod 36 (§ 10 ods. 8 až 11). V prípade, že tento návrh nebude akceptovaný, je potrebné v § 10 ods. 10 zdefinovať priemerné sadzby za SR. Odôvodnenie: Zákonom ustanovenú lehotu (15 pracovných dní odo dňa prijatia žiadosti) na rozhodnutie o žiadosti o preplatenie nákladov nebude možné zo strany zdravotných poisťovní dodržať, najmä v prípadoch, ak poistenec požiada o refundáciu podľa ustanovenia čl. 25 ods. 5 a nasl. nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (ES) č. 987/2009, ktorým sa vykonáva nariadenie. Poistenec má právo požiadať o preplatenie nákladov za zdravotnú starostlivosť poskytnutú v inom členskom štáte EÚ svoju príslušnú inštitúciu. Príslušná zdravotná poisťovňa preplatí dotknutej osobe vynaložené náklady podľa sadzieb náhrad uplatňovaných inštitúciou v mieste pobytu (v štáte poskytnutia zdravotnej starostlivosti). Odchylné môže príslušná zdravotná poisťovňa preplatiť poistencovi vynaložené náklady v rozsahu a podľa sadzieb, ktoré ustanovujú právne predpisy príslušného štátu, za predpokladu, že s touto skutočnosťou poistenec súhlasí. V prípade, ak poistenec požiada o refundačné sadzby platné v štáte poskytnutia zdravotnej starostlivosti, jeho príslušná zdravotná poisťovňa vystaví SED S 067 a požiada inštitúciu v inom členskom štáte o ich oznámenie. Koordinačnými nariadeniami nie je stanovená lehota na doručenie odpovede dožiadaného členského štátu prostredníctvom SEDu S 068, nie je možné zaručiť dodržanie lehoty 15 pracovných dní. Upozorňujeme na skutočnosť, že vzhľadom na absenciu priemerných sadzieb na národnej úrovni by aj úrad pri posudzovaní odvolania mohol vychádzať len z rovnakých sadzieb, aké použije zdravotná poisťovňa v prvom stupni. Za nevyhnutný predpoklad objektívneho posudzovania odvolaní na úrade by bolo nevyhnutné mať definované jednotné priemerné sadzby za SR.	Z	A	
ÚDZS	K bodu 37 (§ 18 odsek 1 písm. d) zákona č. 581.2004 Z.z.) Navrhujeme upraviť znenie § 18 odsek 1 písm. d) nasledovne: „d) vykonáva dohľad nad poskytovaním ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnej pomoci, ktoré sú vedené v registri zariadení sociálnej pomoci poskytujúcich ošetrovateľskú starostlivosť [(§ 20 odsek 1 písm. e) desiaty bod)], tým, že dohliada na správne poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti,40a) a na dodržiavanie povinností podľa osobitného predpisu,40aaaa) a za podmienok ustanovených týmto zákonom (§ 50 odsek 4 a 8) 1. ukladá sankcie, 2. ukladá opatrenia na odstránenie zistených nedostatkov alebo ukladá povinnosť prijať opatrenia na odstránenie zistených nedostatkov,“. Odôvodnenie: Znenie ustanovenia navrhujeme preformulovať z dôvodu, aby bolo gramaticky správne.	O	A	
ÚDZS	K bodu 37 (§ 18 odsek 1 písm. d) zákona č. 581.2004 Z.z.) Navrhujeme upraviť znenie poznámky pod čiarou 40aaaa) nasledovne: „40aaaa) § 10a odsek 2 písm. c) a d) zákona č. 576/2004 Z.z.“. Odôvodnenie: Formálna úprava, poznámka pod čiarou má správne odkazovať na § 10a, nie § 40a.	O	A	
ÚDZS	K bodu 39 (§ 10b ods. 5 zákona č. 580.2004 Z.z.) V § 10b ods. 5 navrhujeme slová „vydania rozhodnutia o priznaní dôchodku“ nahradiť slovami „priznania dôchodku uvedenom v rozhodnutí o priznaní dôchodku“. Odôvodnenie:	Z	N	bezpredmetné; ustanovenie bolo vypustené

	Na účely koordinačných nariadení sa osoba považuje za dôchodcu odo dňa priznania dôchodku a nie odo dňa vydania rozhodnutia o priznaní dôchodku – rozsudok ESD C-543/13 (Fischer-Lintjens).			
ÚDZS	K bodu 39 (§ 20 ods. 1 písm. e) bod 1 zákona č. 581.2004 Z.z.) V § 20 ods. 1 písm. e) bod 1 navrhujeme za slová „v rozsahu podľa § 15 ods. 1 písm. w)“ doplniť slová „dátum úmrtia, miesto narodenia, miesto úmrtia“. Odôvodnenie: Navrhujeme doplniť predmetné údaje, ktoré sú dôležité pre potreby vedenia centrálného registra poistencov. Zdravotná poisťovňa je častokrát prvá, ktorá sa dozvie o úmrtí poistencov v zahraničí.	Z	ČA	V nadväznosti na rozporové rokovanie z dňa 8. septembra, uvedené bolo doplnené o slová „ak nimi zdravotná poisťovňa disponuje“ tak, aby bolo ustanovenie vykonateľné.
ÚDZS	K bodu 4 (§ 3 ods. 12 zákona č. 580.2004 Z.z.) V § 3 ods. 12 navrhujeme na konci doplniť vetu „Uvedené neplatí, ak medzinárodná zmluva, ktorou je Slovenská republika viazaná, ustanovuje inak“. Odôvodnenie: Poukazujeme na skutočnosť, že v prípadoch osôb z tretích krajín je potrebné overiť ich situáciu z pohľadu uplatniteľnej legislatívy aj s ohľadom na znenie bilaterálnych zmlúv, ktorými je SR viazaná a ktoré majú prednosť pred národnou legislatívou.	O	A	
ÚDZS	K bodu 40 (§ 20 ods. 1 písm. s) zákona č. 581.2004 Z.z.) V § 20 ods. 1 písm. s) navrhujeme slová „z listu o prehliadke mŕtveho a štatistické hlásenie o úmrtí“ nahradiť slovami „z hlásenia o úmrtí“. Odôvodnenie: Zjednodušenie a zjednotenie názvu výstupného dokumentu aj z pohľadu legislatívnych úprav v ďalších zákonoch. Predmetná zmena dokumentu bola odsúhlasená Štatistickým úradom SR ako vlastníkom dokumentu na základe komunikácie medzi ÚDZS a ŠÚ SR v rámci realizácie projektu ePrehliadky.	O	A	
ÚDZS	K bodu 41 (§ 12 ods. 4 zákona č. 580.2004 Z.z.) V § 12 ods. 4 navrhujeme upraviť nasledovne: „(4) Ak skutočnosťou rozhodujúcou na posúdenie zárobkovej činnosti je priznanie dôchodku, právne účinky priznania dôchodku na účel posúdenia zárobkovej činnosti nastávajú dňom priznania dôchodku uvedenom v rozhodnutí o priznaní dôchodku.“. Odôvodnenie: Na účely koordinačných nariadení sa osoba považuje za dôchodcu odo dňa priznania dôchodku a nie odo dňa vydania rozhodnutia o priznaní dôchodku – rozsudok ESD C-543/13 (Fischer-Lintjens).	Z	N	bezpredmetné; ustanovenie bolo vypustené
ÚDZS	K bodu 42 (§ 20b ods. 2 zákona č. 581.2004 Z.z.) V § 20b ods. 2 navrhujeme slová „do 15. júna“ nahradiť slovami „do 30. septembra“. Odôvodnenie: Vzhľadom na veľké množstvo údajov, ktoré bude potrebné overiť a skontrolovať pred vydaním rozhodnutia o splnení kritérií kvality, je pôvodné navrhnutá lehota (od 30.4. do 15.6.) neprimerane krátka. Navyše samotné vyhodnotenie VMS pre VAS má úrad zverejňovať do 30.6. (§ 5c ods. 3 zákona č. 578/2004 Z.z.), preto samotné vyhodnotenie kritérií kvality, medzi ktoré je zaradené aj vyhodnotenie siete, nemôže byť zrealizované skôr, ako bude zverejnené vyhodnotenie naplnenia siete.	Z	A	
ÚDZS	K bodu 46 (§ 31 ods. 1 písm. h) zákona č. 581.2004 Z.z.) Navrhujeme upraviť odkaz v zátvorke na § 43b ods. 1 písm. b). Odôvodnenie: Formálna úprava.	O	N	Úhrada za podnet na výkon dohľadu bola z návrhu vypustená, vzhľadom na zásadné pripomienky povinne pripomienkujúcich subjektov (MSSR, MPSVaR).
ÚDZS	K bodu 46 (§ 31 ods. 2 zákona č. 581.2004 Z.z.) V § 31 navrhujeme upraviť znenie ods. 2 nasledovne: „(2) Ak sa úhrada podľa odseku 1 písm. a), b) c), e) a g) nezaplatila v čase jej splatnosti (§ 32 ods. 3), úrad konanie zastaví. Ak sa úhrada podľa odseku 1 písm. h) nezaplatila v čase jej splatnosti (§ 32 ods. 2), úrad podnet	Z	ČA	Úhrada za podnet na výkon dohľadu bola z návrhu vypustená, vzhľadom na zásadné pripomienky povinne pripomienkujúcich subjektov (MSSR, MPSVaR).

	na výkon dohľadu nad zdravotnou starostlivosťou odmietne. Ak sa úhrada podľa odseku 1 písm. d) ani na základe písomnej výzvy úradu na jej úhradu (§ 32 ods. 3) nezaplatila, úrad pristúpi k jej vymáhaniu.“. Odôvodnenie: V prípade, 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.			
ÚDZS	K bodu 46 (§ 32 ods. 7 zákona č. 581.2004 Z.z.) V § 32 ods. 7 navrhujeme slová „bol podnet odmietnutý (§ 43a odsek 9 a 10)“ nahradiť slovami „došlo k zastaveniu výkonu dohľadu podľa ustanovenia § 43b odsek 5 písmeno a) a c)“. Odôvodnenie: Situácia, aby bolo potrebné vrátiť úhradu pri odmietnutí podnetu, nemôže nastať. Úrad po doručení podnetu najskôr preverí, či je úplný a či nie je iný dôvod na jeho odmietnutie (§ 43a odsek 9 a 10). Ak podnet neodmietne, vyzve podávateľa na úhradu. Ak podávateľ neuhradí úhradu, úrad podnet odmietne. Ak bola úhrada uhradená, môže nastať situácia, ktorá je dôvodom na zastavenie dohľadu (§ 43b odsek 5), vtedy však už nie je možné podnet odmietnuť. V tomto prípade považujeme za korektné úhradu vrátiť podávateľovi.	O	N	Úhrada za podnet na výkon dohľadu bola z návrhu vypustená, vzhľadom na zásadné pripomienky povinne pripomienkujúcich subjektov (MSSR, MPSVaR).
ÚDZS	K bodu 47 (§ 13a zákona č. 580.2004 Z.z.) Navrhujeme ustanovenie upraviť tak, aby neboli postihnutí poistenci s nízkym príjmom, ktorým by sa zvýšili preddavky na poistné. Odôvodnenie: Uvedená úprava minimálneho základu zamestnanca a minimálnej výšky preddavku na poistné zamestnanca neprímerane zvýši odvodové zaťaženie zamestnancov s nižšou mzdou ako je výška minimálnej mzdy a takýmto klesne ich reálny príjem. Vláda SR by mala práve znižovať odvodové zaťaženie nízkopríjmových skupín obyvateľstva.	Z	ČA	Minimálny vymeriavací základ zamestnanca upravený tak, aby bol vo výške životného minima pre 1 osobu, zároveň ponechané ustanovenia o uplatnení odpočítateľnej položky bez zmeny. Minimálny základ vo výške životného minima zabezpečí, aby nízkopríjmové osoby s reálnym príjmom nižším ako životné minimum neboli postihnuté negatívnymi dopadmi, nakoľko tieto osoby majú možnosť byť poistencami štátu (dávka v hmotnej núdzi a pod.), pričom na poistencov štátu sa minimálny základ zamestnanca vzťahovať nebude. Samotné zachovanie minimálneho základu zamestnanca sa predkladateľovi javí ako správne a potrebné.
ÚDZS	K bodu 48 (§ 33 ods. 3 písm. e) zákona č. 581.2004 Z.z.) V § 33 ods. 3 navrhujeme upraviť znenie písm. e) nasledovne: „e) nebola štatutárnym orgánom, členom štatutárneho orgánu alebo spoločníkom v obchodnej spoločnosti, ktorá má za obdobie, v ktorom táto osoba vykonávala funkciu štatutárneho orgánu, člena štatutárneho orgánu alebo spoločníka 1. evidovaný nedoplatok voči daňovému úradu podľa osobitného predpisu49), 2. evidované nedoplatky na poistnom na sociálne poistenie, evidované nedoplatky voči zdravotnej poisťovne podľa osobitných predpisov49a) ani táto osoba nebola samostatne zárobkovo činnou osobou, ktorá má evidované uvedené nedoplatky.“.	Z	ČA	Predkladateľ dospel ku kompromisu a zohľadnil aj pripomienky zdravotných poisťovní, ktoré navrhli ponechať aspoň určitú hranicu sumy pri posudzovaní výšky nedoplatkov.

	Odôvodnenie: Predkladateľom navrhovaný odkaz na ods. 1 písm. d) nepokrýva činnosti a funkcie uvádzané v úvodnej časti vety (nepokrýva samostatnú zárobkovú činnosť, ani pôsobenie v pozícií štatutára akejkoľvek obchodnej spoločnosti, pokrýva len pôsobenie v orgánoch zdravotnej poisťovne). Odkaz na ods. 1 písm. d) teda nezodpovedá úvodnej časti vety. V zmysle úvodnej časti vety je totiž potrebné zohľadňovať pôsobenie navrhovaného kandidáta v pozícií štatutára akejkoľvek obchodnej spoločnosti (nielen zdravotnej poisťovne), ako aj jeho pôsobenie ako SZČO. Navrhujeme preto uvedené ustanovenie preformulovať.			
ÚDZS	K bodu 5 (§ 6 ods. 4 písm. a) zákona č. 580.2004 Z.z.) V § 6 ods. 4 písm. a) navrhujeme za slová „na základe“ doplniť slovo „právoplatného“. Odôvodnenie: Spresnenie textu za účelom predchádzania rizika interpretačných rozdielov v aplikačnej praxi.	O	A	
ÚDZS	K bodu 52 (§ 16a zákona č. 580.2004 Z.z.) Navrhujeme ustanovenie upraviť tak, aby neboli postihnutí poistenci s nízkym príjmom, ktorým by sa zvýšili preddavky na poistné. Odôvodnenie: Uvedená úprava minimálneho základu zamestnanca a minimálnej výšky preddavku na poistné zamestnanca neprímerane zvýši odvodové zaťaženie zamestnancov s nižšou mzdou ako je výška minimálnej mzdy a takýmto klesne ich reálny príjem. Vláda SR by mala práve znižovať odvodové zaťaženie nízkopríjmových skupín obyvateľstva.	Z	ČA	Minimálny vymeriavací základ zamestnanca upravený tak, aby bol vo výške životného minima pre 1 osobu, zároveň ponechané ustanovenia o uplatnení odpočítateľnej položky bez zmeny. Minimálny základ vo výške životného minima zabezpečí, aby nízkopríjmové osoby s reálnym príjmom nižším ako životné minimum neboli postihnuté negatívnymi dopadmi, nakoľko tieto osoby majú možnosť byť poistencami štátu (dávka v hmotnej núdzi a pod.), pričom na poistencov štátu sa minimálny základ zamestnanca vzťahovať nebude. Samotné zachovanie minimálneho základu zamestnanca sa predkladateľovi javí ako správne a potrebné.
ÚDZS	K bodu 55 (§ 19 ods. 19 zákona č. 580.2004 Z.z.) Navrhujeme vypustiť predkladateľom navrhovanú zmenu § 19 ods. 19 a súčasné znenie § 19 ods. 19 navrhujeme doplniť tak, že na konci prvej vety sa dopĺňajú slová „a rozdiel vo výsledku ročného zúčtovania poistného bude najmenej 5 eur.“ Odôvodnenie: Navrhujeme ponechať povinnosť zdravotnej poisťovne zrušiť oznámenie o výsledku ročného zúčtovania poistného alebo výkaz nedoplatkov, ak dodatočne zistí skutočnosti podstatné pre zmenu výsledku ročného zúčtovania poistného, nakoľko rozdiely vo výsledku môžu byť v niektorých prípadoch relatívne vysoké. V tejto súvislosti však zároveň navrhujeme, aby sa povinnosť zdravotnej poisťovne zrušiť oznámenie o výsledku ročného zúčtovania poistného alebo zrušiť výkaz nedoplatkov vzťahovala len na prípady, kedy by bol rozdiel medzi novým a pôvodným výsledkom ročného zúčtovania minimálne vo výške 5 eur, ak by rozdiel medzi novým a pôvodným výsledkom ročného zúčtovania túto výšku nedosiahol, zdravotná poisťovňa by nebola povinná oznámenie o výsledku ročného zúčtovania alebo výkaz nedoplatkov zrušiť.	O	N	Jedná sa iba o postup zdravotnej poisťovne bez existencie podnetu od poistenca. V prípade existencie podnetu povinnosť ostáva naďalej.
ÚDZS	K bodu 56 (§ 21 ods. 1 zákona č. 580.2004 Z.z.) V § 21 ods. 1 v prvej vete navrhujeme slovo „piatich“ nahradiť slovom „troch“ a poslednú vetu navrhujeme preformulovať nasledovne: „Právo zdravotnej poisťovne uplatniť si nárok na úroky z omeškania (§ 18) sa premlčí uplynutím piatich rokov od márneho uplynutia	O	N	5 rokov je lehota, používaná v zákone pri premlčení nároku vo všeobecnosti

	lehoty splatnosti preddavku na poistné alebo nedoplatku na poistnom.“. Odôvodnenie: Cieľom je motivovať zdravotnú poisťovňu na priebežnú kontrolnú činnosť a efektívne zisťovanie platiteľa poistného u poistencov, u ktorých zdravotná poisťovňa eviduje nepokryté obdobie. Za účelom odstránenia rizika interpretačných rozdielov v aplikačnej praxi navrhujeme v poslednej vete upresniť deň začiatku plynutia premlčacej doby na uplatnenie nároku zdravotnej poisťovne na úroky z omeškania v zmysle § 18 (t.j. na úroky z omeškania na poistné a na preddavky na poistné).			
ÚDZS	K bodu 57 (§ 42 ods. 2 zákona č. 581.2004 Z.z.) V § 42 ods. 2 navrhujeme vypustiť poslednú vetu. Odôvodnenie: Hoci predkladateľom navrhované znenie v porovnaní so súčasným právnym stavom predlžuje lehotu úradu na rozhodovanie z 15 kalendárnych na 15 pracovných dní, ani táto úprava však v kontexte rozsahu podkladov a informácií, ktoré musia byť pred vydaním predchádzajúceho súhlasu preverené a posúdené, nie je dostatočná. Podklady predložené zdravotnými poisťovňami v niektorých prípadoch nebývajú úplné a úrad vyzýva na ich doplnenie, pričom na doplnenie podkladov je potrebné zdravotnej poisťovni určiť primeranú lehotu, rovnako tak musí úrad často v procese rozhodovania o žiadosti zdravotnej poisťovne o vydanie predchádzajúceho súhlasu žiadať o súčinnosť rôzne inštitúcie (napr. sociálnu poisťovňu, daňové úrady a pod.), ktorým je tiež potrebné vytvoriť časový priestor na poskytnutie súčinnosť (v súčasnosti musí úrad tieto inštitúcie po odoslaní žiadosti o súčinnosť kontaktovať telefonicky s prosbou o prednostné vybavenie dožiadania, nakoľko ak aj úrad určí týmto inštitúciám v dožiadaní lehotu na poskytnutie súčinnosti, tieto inštitúcie oznamujú úradu, že na vybavenie dožiadania majú 15 alebo 30 dní). Z uvedeného dôvodu preto navrhujeme lehotu na vydanie rozhodnutia o žiadosti zdravotnej poisťovne o vydanie predchádzajúceho súhlasu v zmysle § 13 ods. 1 písm. c) osobitne neupravovať a ponechať ju tak na znenie správneho poriadku tak, ako predkladateľ aj uvádza v dôvodovej správe. V tejto súvislosti poukazujeme na to, že dôvodová správa v tejto časti nezodpovedá obsahu vlastného materiálu.	O	A	
ÚDZS	K bodu 58 (§ 43 ods. 4 zákona č. 581.2004 Z.z.) V § 43 ods. 4 navrhujeme v druhej vete za slová „poverenie na výkon dohľadu“ doplniť slová „pre zamestnancov úradu“. Odôvodnenie: Pri výkone dohľadu na diaľku nad verejným zdravotným poistením je potrebné písomné poverenie pre prizvanú osobu, ktorá nie je zamestnancom úradu.	O	A	
ÚDZS	K bodu 58 (§ 43 ods. 6 písm. a) zákona č. 581.2004 Z.z.) V poznámke pod čiarou 61ab) navrhujeme doplniť odkaz na § 269 ods. 2 Obchodného zákonníka. Odôvodnenie: Ak je prizvanou osobou - konzultantom právnická osoba, bude sa s ním uzatvárať zmluva podľa Obchodného zákonníka.	O	A	
ÚDZS	K bodu 58 (§ 43a ods. 10 písm. a) zákona č. 581.2004 Z.z.) V § 43a ods. 10 písm. a) navrhujeme za slová „práva alebo právom chráneného záujmu“ doplniť slová „dotknutej osoby“. Odôvodnenie: Spresnenie textu za účelom predchádzania rizika interpretačných rozdielov v aplikačnej praxi.	O	A	
ÚDZS	K bodu 58 (§ 43a ods. 3 zákona č. 581.2004 Z.z.) V § 43a ods. 3 navrhujeme slová „vykonávaný podľa § 43a odsek 1 písm. c) alebo d)“ nahradit' slovami „vykonávaný podľa § 43b odsek 1 písm. c) alebo d)“. Odôvodnenie: Formálna úprava. Správny má byť odkaz na § 43b.	O	A	
ÚDZS	K bodu 58 (§ 43a ods. 4 písm. c) zákona č. 581.2004 Z.z.)	O	A	

	V § 43a ods. 4 navrhujeme upraviť znenie písm. c) nasledovne: „c) údaje umožňujúce jednoznačnú identifikáciu poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, zariadenia sociálnej pomoci, školy alebo detenčného ústavu, v ktorom má byť vykonaný dohľad nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti,“. Odôvodnenie: Navrhujeme doplniť výpočet zariadení, nad ktorými sa v súčasnej dobe vykonávajú dohľady. Dohľad možno vykonávať aj nad detenčným ústavom alebo školou.			
ÚDZS	K bodu 58 (§ 43a ods. 4 písm. g) a ods. 5 písm. e) zákona č. 581.2004 Z.z.) V § 43a ods. 4 písm. g) a ods. 5 písm. e) navrhujeme slovo „poplatok“ nahradiť slovom „úhradu“ a odkaz v zátvorke na § 32 ods. 7 navrhujeme nahradiť odkazom na § 31 odsek 1 písm. h). Odôvodnenie: Formálna úprava.	O	A	
ÚDZS	K bodu 58 (§ 43a ods. 5 písm. c) zákona č. 581.2004 Z.z.) V § 43a ods. 5 písm. c) navrhujeme za slová „práva alebo právom chráneného záujmu“ doplniť slová „dotknutej osoby“. Odôvodnenie: Spresnenie textu za účelom predchádzania rizika interpretačných rozdielov v aplikačnej praxi.	O	A	
ÚDZS	K bodu 58 (§ 43e ods. 2 písm. a) zákona č. 581.2004 Z.z.) V § 43e ods. 2 písm. a) navrhujeme odkaz na § 45 ods. 1 nahradiť odkazom na § 43d ods. 1. Odôvodnenie: Formálna úprava.	O	A	
ÚDZS	K bodu 59 (§ 25 ods. 1 písm. b) zákona č. 580.2004 Z.z.) V § 25 ods. 1 písm. b) navrhujeme za slová „ak poistenec podáva prihlášku“ doplniť slová „alebo späťvzatie prihlášky“. Odôvodnenie: V nadväznosti na navrhovanú zmenu spočívajúcu v zavedení povinnosti zdravotnej poisťovne overovať totožnosť poistenca nielen pri osobnom podávaní prihlášky, ale aj pri osobnom podávaní späťvzatia prihlášky, je potrebné zodpovedajúcim spôsobom tejto zmene prispôbiť aj záverečnú časť ustanovenia § 25 ods. 1 písm. b).	O	A	
ÚDZS	K bodu 60 (§ 25 ods. 1 písm. c) zákona č. 580.2004 Z.z.) V § 25 ods. 1 navrhujeme upraviť znenie písm. c) nasledovne: „c) pri zmene zdravotnej poisťovne podľa § 7 ods. 2 oznámiť príslušnej zdravotnej poisťovni poistenca elektronickou formou potvrdenie prihlášky na zmenu zdravotnej poisťovne; oznámenie zdravotná poisťovňa zasiela v elektronickej forme raz mesačne za predchádzajúci kalendárny mesiac, a to do desiateho dňa nasledujúceho kalendárneho mesiaca, oznámenie musí obsahovať údaje uvedené v § 8 ods. 1 písm. b) a d)“. Odôvodnenie: Navrhovateľom predložené znenie § 25 ods. 1 písm. c) obsahuje viacero nepresností, ktoré majú potenciál vyvolať v aplikačnej praxi viacero interpretačných rozdielov. Nemôže ísť o oznámenie vzniku poistných vzťahov, nakoľko poistný vzťah medzi poistencom a zdravotnou poisťovňou vzniká na základe prihlášky na zmenu zdravotnej poisťovne až 1.1. nasledujúceho kalendárneho roka, navyše zdravotná poisťovňa, v ktorej je poistenec poistený v čase podania prihlášky na zmenu zdravotnej poisťovne, je jeho aktuálne príslušnou zdravotnou poisťovňou, nie „predchádzajúcou príslušnou zdravotnou poisťovňou“. Z uvedeného dôvodu navrhujeme znenie § 25 ods. 1 písm. c) spresniť, aby v praxi nedochádzalo k nedorozumeniam o tom, aké údaje a ktorej zdravotnej poisťovni je potrebné oznamovať.	O	A	
ÚDZS	K bodu 60 (§ 47c zákona č. 581.2004 Z.z.) V § 47c navrhujeme doplniť nový odsek 4, ktorý znie: „(4) Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti, ktorý má vydané povolenie na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia ústavnej zdravotnej starostlivosti, vytvorí podmienky na splnenie povinnosti prehládajúceho	Z	A	

	lekára podľa § 47b v tomto zdravotníckom zariadení.“. Odôvodnenie: V zákone je potrebné zabezpečiť realizáciu projektu ePrehliadky v ústavných zdravotníckych zariadeniach. Od 1.12.2022 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.			
ÚDZS	K bodu 61 (§ 25b ods. 1 zákona č. 580.2004 Z.z.) V § 25b ods. 1 navrhujeme vypustiť poslednú vetu. Odôvodnenie: Z obsahu návrhu, ako ani z dôvodovej správy nie je zrejmé, prečo sa má zdravotná poisťovňa považovať za správny orgán na účely konania vo veciach vymáhania pohľadávok. Z obsahu predloženého návrhu nie je zrejmé, že by mala zdravotná poisťovňa v procese vydávania rozhodnutí postupovať v zmysle správneho poriadku (zákon č. 580/2004 Z. z. na správny poriadok v tejto súvislosti neodkazuje). Ak by tomu tak bolo, proces vydávania rozhodnutí zdravotnej poisťovne by bol pomerne komplikovaný, keďže v procese vydávania rozhodnutí v zmysle správneho poriadku je pred vydaním rozhodnutia nutné vykonať množstvo úkonov, ako napr. vyzvať účastníka konania na nahliadnutie do spisu, aby mal garantované právo vyjadriť sa k podkladu pre vydanie rozhodnutia, zabezpečiť postup v úzkej súčinnosti s účastníkom konania a pod. Rozhodovacia činnosť zdravotnej poisťovne v tejto oblasti by sa teda z pohľadu úradu nemala spravovať zložitým procesom správneho konania, ale osobitným predpisom, ktorým by v tejto súvislosti mal byť zákon č. 580/2004 Z.z.	Z	A	Ustanovenie bolo v celom rozsahu vypustené.
ÚDZS	K bodu 61 (§ 25e ods. 6 zákona č. 580.2004 Z.z.) V § 25e navrhujeme upraviť ods. 6 nasledovne: „(6) Proti rozhodnutiu o odložení vymáhania pohľadávok podľa odseku 1 a odseku 2 a proti rozhodnutiu, ktorým zdravotná poisťovňa rozhodla o žiadosti dlžníka o odložení vymáhania pohľadávok podľa odseku 3 nie sú prípustné námietky.“. Odôvodnenie: Navrhujeme upraviť znenie § 25e ods. 6 tak, aby bolo zrejmé, že námietky nemožno podať nielen proti pozitívnemu rozhodnutiu, t. j. rozhodnutiu, ktorým zdravotná poisťovňa rozhodne o odložení vymáhania, ale ani proti rozhodnutiu, ktorým zdravotná poisťovňa rozhodne o žiadosti dlžníka o odloženie vymáhania negatívne, t. j. tak, že žiadosti dlžníka nevyhoví, a teda nerozhodne o odložení vymáhania. Na pozitívne rozhodnutie o návrhu dlžníka nie je právny nárok (zdravotná poisťovňa môže, nie musí návrhu vyhovieť), preto nie je dôvodné, aby v prípade, že zdravotná poisťovňa žiadosti dlžníka nevyhoví, bolo dlžníkovi umožnené podať námietky.	O	A	Ustanovenie bolo v celom rozsahu vypustené.
ÚDZS	K bodu 61 (§ 25g ods. 5 zákona č. 580.2004 Z.z.) V nadväznosti na znenie § 25g ods. 5 navrhujeme do § 18 ods. 1 písm. a) zákona č. 581/2004 Z.z. doplniť nový bod 10, ktorý znie: “ 10. rozhoduje o námietkach dlžníka proti rozhodnutiam zdravotnej poisťovne vydaným v konaní vo veciach vymáhania pohľadávok podľa osobitného predpisu37) a proti upovedomeniu o začatí vymáhania pohľadávok podľa osobitného predpisu, ak námietkam nevyhovela zdravotná poisťovňa.“. Zároveň je potrebné v zákone č. 581/2004 Z.z. upraviť proces rozhodovania úradu o námietkach proti rozhodnutiam zdravotných poisťovní vo veciach vymáhania pohľadávok a proti upovedomeniu o začatí vymáhania pohľadávok. Odôvodnenie: V prípade, ak má úrad rozhodovať o námietkach dlžníka proti upovedomeniu o začatí vymáhania pohľadávok a proti rozhodnutiam zdravotných poisťovní vydaným v procese vymáhania pohľadávok	Z	N	Ustanovenie bolo v celom rozsahu vypustené.

	<p>zdravotnými poisťovňami, musí byť v zákone definovaný proces rozhodovania úradu, podobne ako je ustanovený proces rozhodovania úradu o námietkach poistencov/platiteľov poistného v § 77a zákona č. 580/2004 Z.z. Strohé uvedenie, že námietky zdravotná poisťovňa predloží úradu, ak im čo i len v časti nevyhovie, nie je postačujúce a je potrebné určenie postupu úradu pri rozhodovaní o námietkach. Nie je upravená kompetencia úradu v § 18 ods. 1, príp. v § 20 zákona č. 581/2004 Z.z.</p>			
ÚDZS	<p>K bodu 61 (§ 25h ods. 1 zákona č. 580.2004 Z.z.) Navrhujeme doplniť doručovanie fyzickej osobe a doručovanie do zahraničia nasledovne: Doručovanie fyzickej osobe: “Ak nie je možné doručiť upovedomenie o začatí vymáhania pohľadávok dlžníkovi, ktorý je fyzickou osobou, na adresu trvalého pobytu alebo na kontaktnú adresu, a iná adresa tohto dlžníka nie je zdravotnej poisťovni známa, upovedomenie sa považuje za doručené po uplynutí troch dní od vrátenia nedoručenej zásielky zdravotnej poisťovni, a to aj vtedy, ak sa dlžník o tom nedozvie.” Doručovanie do zahraničia: “Ak sa má upovedomenie o začatí vymáhania pohľadávok doručiť na adresu v cudzine a nepodarí sa ho doručiť na adresu sídla, miesta podnikania, trvalého pobytu alebo kontaktnú adresu, doručuje sa verejnou vyhláškou. Doručenie verejnou vyhláškou sa vykoná tak, že oznámenie o mieste uloženia písomnosti s jej presným označením a uvedením mena, priezviska, trvalého pobytu a roku narodenia fyzickej osoby alebo názvu, sídla a identifikačného čísla právnickej osoby, ak je pridelené, sa vyvesí na vývesnej tabuli vo verejne prístupných priestoroch príslušnej pobočky zdravotnej poisťovne, ktorá písomnosť doručuje a zároveň na webovom sídle zdravotnej poisťovne po dobu 15 dní. Posledný deň tejto lehoty sa považuje za deň doručenia.” Odôvodnenie: V ustanovení je upravené doručovanie iba fyzickej osobe – podnikateľom; nie je upravené doručovanie do zahraničia, pokiaľ má dlžník bydlisko/miesto podnikania/sídlo mimo územia SR.</p>	Z	N	Ustanovenie bolo v celom rozsahu vypustené.
ÚDZS	<p>K bodu 64 (§ 38ezc zákona č. 580.2004 Z.z.) V § 38ezc navrhujeme doplniť ods. 2 v nasledovnom znení: „(2) Zdravotná poisťovňa, ktorá do 31.12.2022 prijala prihlášku na zmenu zdravotnej poisťovne od 1.1.2024 a prihláška nespĺňa podmienky podľa § 8 ods. 1 tohto zákona, je povinná najneskôr do 31.3.2023 písomne vyzvať poistenca, alebo osobu, ktoré za poistenca prihlášku podala, aby najneskôr do 30.9.2023 podal prihlášku na zmenu zdravotnej poisťovne podľa § 8 ods. 1 tohto zákona. Na prihlášku na zmenu zdravotnej poisťovne od 1.1.2024, ktorá bola podaná do 31.12.2022 a ktorá nespĺňa náležitosti podľa § 8 ods. 1 tohto zákona sa neprihliada. O tejto skutočnosti je zdravotná poisťovňa povinná poistenca, alebo osobu, ktorá za poistenca prihlášku podala upovedomiť vo výzve zaslanej podľa prvej vety.“ Odôvodnenie: Prepoisťovacie obdobie prebieha vždy na prelome rokov, vždy je to obdobie od októbra do septembra. Nasledujúce prepoisťovacie obdobie (na vznik poistného vzťahu od 1.1.2024) bude prebiehať od októbra 2022 do septembra 2023. Účinnosť novely zákona č. 580/2004 Z. a zákona č. 581/2004 Z. z., ktorá zavádza zmeny do procesu podávania prihlášok na zmenu zdravotnej poisťovne, sa však navrhuje až od 1.1.2023. V dôsledku uvedeného vzniknú dve rôzne kategórie prihlášok (aj ich späťvzati) a dva rôzne režimy ich podávania (prihlášky podané v zmysle legislatívy účinnej do 31.12.2022 a prihlášky podané v zmysle legislatívy účinnej od 1.1.2023). Uvedené má značný potenciál spôsobiť v aplikačnej praxi problémy spočívajúce nielen v tom, že pri každej prihláške sa bude musieť zohľadňovať iná právna úprava, a to nielen z hľadiska ich náležitostí, ale aj z hľadiska procesu ich spracovania (nový režim výmeny</p>	Z	A	

	<p>údajov medzi zdravotnými poisťovňami a úradom, medzi zdravotnými poisťovňami navzájom a pod.), ale zároveň vznikne riziko snahy prihlášky antidatovať, nakoľko režim ich podávania do 31.12.2022 bude podstatne miernejší ako režim ich podávania od 1.1.2023. Z uvedeného dôvodu úrad navrhuje, aby sa na prihlášky podané od 1.10.2022 do 31.12.2022, na základe ktorých by malo dôjsť k vzniku poisťného vzťahu od 1.1.2024 neprihliadalo, ak tieto nespĺňajú náležitosti zákona č. 580/2004 Z.z. v znení účinnom od 1.1.2023. Úrad si je vedomý, že uvedený návrh z istého pohľadu pôsobí retroaktívne, avšak nakoľko je vyššie uvádzaným návrhom odseku 2 vytvorený legislatívny priestor na to, aby poistenec podal prihlášku, ktorá bude v súlade s novou právnou úpravou, pričom poisťovňa bude povinná na takéto podanie prihlášky poistenca vyzvať, a teda poistencovi nebude odňaté jeho zákonné právo na zmenu zdravotnej poisťovne od 1.1.2024, nejde z pohľadu úradu o pravú retroaktivitu, ktorá ako jediná je ústavnoprávne neakceptovateľná.</p>			
<p>ÚDZS</p>	<p>K bodu 7 (§ 6 ods. 9 zákona č. 581.2004 Z.z.) V § 6 navrhujeme upraviť znenie ods. 9 nasledovne: „(9) Zdravotná poisťovňa nesmie pri vykonávaní náboru poistencov spolupracovať s osobami, ktoré nie sú so zdravotnou poisťovňou v pracovnom pomere založenom pracovnou zmluvou podľa osobitného predpisu(18aaa). Fyzická osoba vykonávajúca nábor poistencov pre zdravotnú poisťovňu nesmie vykonávať žiadnu zárobkovú činnosť pre inú zdravotnú poisťovňu a nesmie byť fyzickou osobou zapísanou Národnou bankou Slovenska v registri podľa osobitného zákona(18aab) alebo zamestnancom tejto osoby.“. Poznámka pod čiarou k odkazu 18aaa) a 18aab) znie: 18aaa) § 42 zákona č. 311/2001 Z.z. Zákonník práce v znení neskorších predpisov 18aab) § 13 a nasl. zákona č. 186/2009 Z. z. o finančnom sprostredkovaní a finančnom poradenstve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov Odôvodnenie: Prvú vetu aktuálne účinného znenia § 6 ods. 9 zákona č. 581/2004 Z. z. navrhujeme nahradiť vetou znení „Zdravotná poisťovňa nesmie pri vykonávaní náboru poistencov spolupracovať s osobami, ktoré nie sú so zdravotnou poisťovňou v pracovnom pomere založenom pracovnou zmluvou podľa osobitného predpisu“. Predkladateľom navrhované znenie totiž precízne nevyrieši problémy, s ktorými sa úrad a aj poistenci každoročne stretávajú v rámci prepoisťovacej kampane. Ako problematické sa totiž javia nielen osoby, ktoré vykonávajú činnosti spojené s náborom poistencov pre viacero zdravotných poisťovní súčasne a osoby, ktoré zároveň pracujú ako finanční agenti či poradcovia, ale rovnako problematické sa javia aj bežné fyzické osoby (dôchodcovia, študenti, nezamestnaní, mamičky na materskej dovolenke a pod.), s ktorými zdravotné poisťovne v procese náboru poistencov tiež na základe dohody spolupracujú. Aj v tomto prípade totiž ide zväčša o osoby bez bazálnej znalosti vzniku a fungovania verejného zdravotného poistenia, v dôsledku čoho sú poistenci zavádzaní a sú im poskytované nepravdivé informácie. Úrad pre dohľad preto navrhuje, aby akékoľvek činnosti spojené s náborom poistencov mohli vykonávať výlučne len osoby, ktoré sú so zdravotnou poisťovňou v pracovnoprávnom vzťahu založenom pracovnou zmluvou. Navrhovanou právnou úpravou sa zabezpečí, že pri podávaní prihlášky bude poistenec komunikovať s riadnym zamestnancom zdravotnej poisťovne, u ktorého sa primárne predpokladá určitý stupeň odbornej spôsobilosti v oblasti vykonávania verejného zdravotného poistenia, čo by malo byť garanciou toho, že potenciálnym poistencom nebudú podávané nekvalifikované, zavádzajúce, či nepravdivé informácie.</p>	<p>Z</p>	<p>ČA</p>	<p>Doplnená prvá veta.</p>

<p>ÚDZS</p>	<p>K bodu 72 (§ 67b ods. 1 písm. m) a n) zákona č. 581.2004 Z.z.) Keďže na základe návrhu novely zákona č. 581/2004 Z.z. už Centrum pre klasifikačný systém nebude vykonávať odbornú prípravu na získanie odbornej spôsobilosti a ďalšie vzdelávanie pre klasifikačný systém, ani nebude viesť zoznam odborne spôsobilých osôb pre klasifikačný systém, ktoré získali odbornú spôsobilosť, úrad navrhuje v zákone ustanoviť, akým iným spôsobom budú uvedené činnosti zabezpečované.</p>	<p>O</p>	<p>N</p>	<p>Na základe analýz a diskusií s užívateľmi klasifikačného systému došlo k zisteniam, že pôvodne definovaná rola Odborne spôsobilej osoby neplní svoj účel, keďže nemocnica zabezpečujú činnosti spojené s klasifikačným systémom širším počtom zamestnancov na rôznych pozíciách (zamestnanci pre styk so ZP, ekonomickí pracovníci, kóderi). Toto spektrum činností nedokáže pokryť jedna osoba, preto je funkcia odborne spôsobilých osôb čisto formálna. Školenie zamestnancov vykonávajúcich činnosti spojené s vykazovaním pre klasifikačný systém prebieha v réžii nemocnice a máme za to, že nemusí byť regulované o nič viac než zaškoľovanie pre vykazovanie ambulantných výkonov alebo iných činností.</p>
<p>ÚDZS</p>	<p>K bodu 8 (§ 6 ods. 12 zákona č. 581.2004 Z.z.) V § 6 ods. 12 navrhujeme slová „za získanie jedného poistenca“ nahradiť slovami „za získanie jednej prihlášky na verejné zdravotné poistenie, na základe ktorej dôjde k vzniku poistného vzťahu“ a slová „v ktorom sa nábor poistencov vykonáva“ navrhujeme nahradiť slovami „v ktorom na základe získanej prihlášky na verejné zdravotné poistenie vznikne poistný vzťah“. Odôvodnenie: Osoby vykonávajúce nábor poistencov preberajú od poistencov prihlášky a odmena je viazaná na získanie prihlášky, ktorá bude prijatá a potvrdená. Formulácia, že odmena je uhrádzaná za získanie poistenca pôsobí nevhodne (vo vzťahu k poistencov dehonestujúco). Zároveň navrhujeme maximálnu výšku odmeny viazať na priemernú mesačnú mzdu v hospodárstve Slovenskej republiky vykázanú Štatistickým úradom Slovenskej republiky za kalendárny rok, ktorý dva roky predchádza kalendárnemu roku, v ktorom na základe získanej prihlášky dôjde k vzniku poistného vzťahu. Prepoisťovacie obdobie totiž vždy prebieha na prelome rokov, a to od októbra do septembra (napr. do 10/2021 – 9/2022). Navrhovateľom predložené znenie by tak malo za následok, že maximálna výška odmeny za prihlášky prijaté od októbra do decembra by bola iná ako za prihlášky prijaté od januára do septembra.</p>	<p>O</p>	<p>A</p>	
<p>ÚDZS</p>	<p>K bodu 8 (§ 6 ods. 9 písm. a) bod 3 zákona č. 580.2004 Z.z.) V § 6 ods. 9 písm. a) bod 3 navrhujeme za slová „elektronicky podpísaná“ doplniť slovo „kvalifikovaným“. V poznámke pod čiarou k odkazu 13aab navrhujeme odstrániť odkaz na čl. 3 ods. 10 Nariadenia EP a Rady č. 910/2014. Odôvodnenie: V zmysle čl. 3 ods. 10 nariadenia EP a Rady č. 910/2014 elektronickým podpisom sú údaje v elektronickej forme, ktoré sú pripojené alebo logicky pridružené k iným údajom v elektronickej forme a ktoré podpisovateľ používa na podpisovanie. Uvedené ustanovenie nariadenia si zdravotné poisťovne vykladajú tak, že môže ísť o akýkoľvek elektronický podpis poistenca, t. j. aj podpis prstom či špeciálnym perom na podpisovom tablete, či dokonca sa vyskytli tak extenzívne výklady tohto ustanovenia, že elektronickým podpisom je aj len elektronicky vpísané meno a priezvisko na listine. Akýkoľvek elektronický podpis, ktorý nemá formu kvalifikovaného elektronického podpisu v zmysle čl. 3 ods. 12 nariadenia nevytvára dostatočnú garanciu toho, že prihláška bola skutočne podaná osobu, ktorej elektronický podpis (ak nejde o kvalifikovaný elektronický podpis podľa čl. 3 ods. 12 nariadenia) sa na</p>	<p>Z</p>	<p>A</p>	

	<p>prihláške nachádza. Z uvedeného dôvodu navrhujeme odstrániť v poznámke pod čiarou k odkazu 13aab odkaz na čl. 3 ods. 10 nariadenia a ponechať len odkaz na čl. 3 ods. 12 tak, aby bolo možné zo strany zdravotnej poisťovne prijať prihlášku podpísanú elektronickým podpisom len v prípade, ak ide o kvalifikovaný elektronický podpis, ktorý jediný je garanciou toho, že skutočne ide o elektronický podpis osoby, ktorá prihlášku podáva, a ktorý jediný je ekvivalentom vlastnoručného podpisu. Ak má byť prihláška podaná v listinnej podobe opatrená vlastnoručným podpisom, ktorý v zmysle predloženého návrhu má byť navyše ešte aj úradne osvedčený, tak aj jedinou akceptovateľnou formou elektronického podpisu by mal byť kvalifikovaný elektronický podpis.</p>			
ÚDZS	<p>K Prílohe č. 1 k časti Ukazovateľ kapitálovej primeranosti Vyhlášky Ministerstva zdravotníctva SR, ktorou sa ustanovujú kritériá kvality zdravotnej poisťovne Navrhujeme upraviť v zmysle pripomienky úradu k § 51 ods. 1 zákona 581/2004 Z.z. Odôvodnenie: V rámci pripomienok k novele zákona č. 581/2004 Z.z. úrad navrhol úroveň kapitálovej primeranosti vo výške 10% - vid' pripomienka úradu k § 51 ods. 1 zákona č. 581/2004 Z.z.</p>	Z	A	
ÚDZS	<p>K Prílohe č. 1 K časti Ukazovateľ likvidity Vyhlášky Ministerstva zdravotníctva SR, ktorou sa ustanovujú kritériá kvality zdravotnej poisťovne Ako alternatívu 1 navrhujeme vo výpočte upraviť menovateľ – krátkodobé záväzky na súčet Záväzkov (číslo riadku 081 na strane pasív v účtovnej závierke zdravotnej poisťovne) a Technických rezerv (číslo riadku 067 na strane pasív v účtovnej závierke zdravotnej poisťovne). Ako alternatívu 2 navrhujeme namiesto ukazovateľa likvidity použiť ukazovateľ, ktorý by vyjadroval na koľko dní prevádzky postačuje zostatok finančných prostriedkov v pokladnici a na bankovom účte. Odôvodnenie: Ukazovateľ likvidity vyjadruje solventnosť a schopnosť zdravotnej poisťovne hradiť všetky svoje krátkodobé záväzky, pričom je potrebné sem zahrnúť aj technické rezervy, kde zdravotné poisťovne vykazujú aj záväzky z prerozdelenia, keď ešte nemajú k dispozícii rozhodnutie úradu, alebo náklady na poskytnutú zdravotnú starostlivosť, ku ktorým ešte nebol do zdravotnej poisťovne doručený účtovný doklad.</p>	Z	A	
ÚDZS	<p>K Prílohe č. 1 k časti Ukazovateľ naplnenosti siete Vyhlášky Ministerstva zdravotníctva SR, ktorou sa ustanovujú kritériá kvality zdravotnej poisťovne Úrad zásadne nesúhlasí, aby sa pri súčasnom nastavení normatífov verejnej minimálnej siete určovala hodnota ukazovateľa pri naplnenosti siete nad minimálnu sieť “ako pomer počtu poskytovateľov, ktorí sú zazmluvnení k počtu poskytovateľov v minimálnej sieti (príklad: pri rozsahu minimálnej siete 100 poskytovateľov a zazmluvnení 120 poskytovateľov má parameter hodnotu $120/100 = 1,2$)“. Odôvodnenie: Ako už úrad opakovaně prezentoval, nastavenie normatífov v segmente ŠAS a spôsob ich výpočtu v ich súčasnom znení (nezohľadňujú sa úväzky lekárov podľa podielu zdravotnej poisťovne, ale každá poisťovňa si počíta vo výpočte VMS celý úväzok lekára len pre seba; chýbajúce normatívy na menšie územné celky, t.j. okresy, atď.) absolútne nezohľadňuje dostupnosť zdravotnej starostlivosti, ktorá je napriek formálne deklarovanej naplnenosti siete v mnohých odbornostiach a lokalitách v praxi pre poistencov takmer nedostupná. Z uvedeného dôvodu nie je možné pri súčasnom znení nariadenia vlády č. 640/2008 Z.z. o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov pre stanovenie verejnej minimálnej siete v segmente ŠAS, súhlasiť s navyšovaním hodnoty ukazovateľa</p>	Z	A	

	naplnenosti siete. Uvedený návrh navyšovania hodnoty ukazovateľa by bolo možné aplikovať až po komplexnej revízií nariadenia vlády č. 640/2008 Z.z. pre segment ŠAS.			
ÚDZS	K Prílohe č. 1 k časti Ukazovateľ zabezpečenia úhrady plánovanej zdravotnej starostlivosti Vyhlášky Ministerstva zdravotníctva SR, ktorou sa ustanovujú kritériá kvality zdravotnej poisťovne Navrhujeme preformulovať za účelom zabezpečenia úhrady plánovanej zdravotnej starostlivosti cez tvorbu technických rezerv. Odôvodnenie: Úhrada plánovanej zdravotnej starostlivosti by nemala byť zabezpečená cez tvorbu rezervného fondu, ale cez tvorbu technických rezerv.	Z	A	
ÚDZS	K Prílohe č. 10 - Prehľad o čakacích zoznamoch Vyhlášky Ministerstva zdravotníctva SR, ktorou sa ustanovujú kritériá kvality zdravotnej poisťovne Navrhujeme doplniť tak, aby boli stanovené kritériá a hraničné hodnoty. Odôvodnenie: Ide o prehľad. Nie sú vôbec stanovené kritériá ani hraničné hodnoty.	O	A	
ÚDZS	K Prílohe č. 6 Ukazovateľ stav naplnenosti verejnej minimálnej siete v ambulantnej zdravotnej starostlivosti Vyhlášky Ministerstva zdravotníctva SR, ktorou sa ustanovujú kritériá kvality zdravotnej poisťovne K tomu, aby tento ukazovateľ mohol byť zahrnutý ako objektívne kritérium, je nevyhnutné komplexne zrevidovať nariadenie vlády č. 640/2008 Z.z. o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov z hľadiska verejnej minimálnej siete v segmente ŠAS. V opačnom prípade budú vyhodnocovania tohto kritéria čisto formálne, bez reálnej výpovednej hodnoty o skutočnej dostupnosti zdravotnej starostlivosti pre poistencov.	Z	A	
ÚDZS	K Prílohe č. 8 Hlásenie - zoznam PZS zaradených medzi neefektívne zariadenia Vyhlášky Ministerstva zdravotníctva SR, ktorou sa ustanovujú kritériá kvality zdravotnej poisťovne Úrad nesúhlasí so zverejňovaním poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí by mali byť podľa tohto návrhu zaradovaní medzi neefektívne zariadenia. Odôvodnenie: Nie je jasné, za akým účelom majú byť poskytovatelia takto v negatívnom svetle prezentovaní. Otázna je tiež miera, v akej budú môcť poskytovatelia voči zaradeniu do zoznamu neefektívnych zariadení namietat'. Pokiaľ majú zdravotné poisťovne identifikovaných neefektívnych poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, mali by byť tieto hodnotenia zohľadňované pri zazmluvňovaní poskytovateľov a pri stanovovaní podmienok úhrady za zdravotnú starostlivosť. Nie je absolútne jasný dôvod zavádzania kategórie „neefektívnych poskytovateľov zdravotnej starostlivosti“ a ich zverejňovania a rovnako nie je známe opodstatnenie zverejňovania takéhoto zoznamu a jeho opora v zákone.	Z	A	
ÚMS	k čl. VIII, bodom 40, 44, 45, 47, 48, 50, 51, 52, 54 a 55 (§ 12 ods. 1 písm. g), § 13 ods. 5, § 13 ods. 10 a 11, § 13a, § 16 ods. 8 písm. f), § 16a, § 19 ods. 1, § 13 ods. 4, § 16 ods. 2 písm. c), § 16 ods. 16 a 18) Znenie pripomienky: V čl. VIII navrhujeme v celom rozsahu vypustiť body 40, 44, 45, 47, 48, 50, 51, 52, 54 a 55. Odôvodnenie: návrh zákona v čl. VIII mení aj zákon č. 580/2044 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „zákon o zdravotnom poistení“), zavádza minimálny vymeriavací základ pre zamestnanca vo výške minimálnej mesačnej mzdy, bez ohľadu na rozsah pracovného úväzku. Zároveň ruší odpočítateľnú položku. Navrhovaná	Z	ČA	Minimálny vymeriavací základ zamestnanca upravený tak, aby bol vo výške životného minima pre 1 osobu, zároveň ponechané ustanovenia o uplatnení odpočítateľnej položky bez zmeny. Minimálny základ vo výške životného minima zabezpečí, aby nízkopríjmové osoby s reálnym príjmom nižším ako životné minimum neboli postihnuté negatívnymi dopadmi, nakoľko tieto osoby majú možnosť byť poistencami štátu (dávka v hmotnej núdzi

	<p>zmena zhorší príjmovú situáciu zamestnancov, ktorí dnes pracujú v náročných, neviditeľných a finančne neatraktívnych pozíciách, na čiastočné úväzky a zhorší zamestnávateľom - samosprávam už aj tak zložitú situáciu na zabezpečenie týchto pracovných pozícií (pomocné sily v školskej kuchyni, upratovačky, pomocné sily v škôlke, v zariadeniach sociálnych služieb) kde už dnes s obrovskými ťažkosťami hľadajú zamestnancov. Toto sa súčasne dotkne aj zamestnancov pracujúcich na čiastočné úväzky z akýchkoľvek osobných alebo rodinných dôvodov. Povedie k to k ďalšiemu zníženiu motivácie jednotlivca zabezpečiť si akýkoľvek príjem vlastnou aktivitou. Podľa dôvodovej správy je cieľom takejto úpravy zabrániť špekulatívnym uzatváraniam pracovných pomerov, pri ktorých osoby platia minimálne mesačné poistné ale majú zabezpečené verejné zdravotné poistenie. Pokiaľ je identifikované takéto delikventné správanie u jednotlivca, je potrebné nájsť individuálny sankčný mechanizmus na odstránenie a nie celoplošné potrestanie zamestnancov, ktorí s týmto správaním nemajú nič spoločné. Za neprijateľné považujeme takéto celoplošné trestanie aj v súvislosti s tým, že štát sám sa správa špekulatívne a za poistencov štátu platí neprimerane nízke poistenie a pritom má vedomosť o tom, že práve poistenci štátu sú pre poistný systém najdrahšími poistencami. Zavedenie minimálneho vymeriavacieho základu a zrušenie odpočítateľnej položky, tak ako je uvedené v tomto návrhu zákona, vo väzbe na hore uvedené považujeme za neprípustné a až neetické a navrhujeme vypustiť všetky body týkajúce sa tejto úpravy.</p>			<p>a pod.), pričom na poistencov štátu sa minimálny základ zamestnanca vzťahovať nebude. Samotné zachovanie minimálneho základu zamestnanca sa predkladateľovi javí ako správne a potrebné.</p>
Union ZP	<p>Čl I bod 46 § 31 ods. 1 Vo vzťahu k § 31 ods. 1 písm. h) a ods. 5 Union ZP neodporúča zavedenie úhrady za podanie podnetu na výkon dohľadu nad zdravotnou starostlivosťou. Navrhované môže spôsobiť sťaženie prístupu k uplatneniu práv najmä niektorým skupinám obyvateľov (napr. dôchodcovia). Ustanovenie § 43a ods. 1 písm. b) neexistuje. Pravdepodobne má ísť o ustanovenie § 43a ods. 2 písm. b)</p>	O	A	
Union ZP	<p>Čl I. bod 42, §20b ods. 2 Pre odstránenie akýchkoľvek pochybností navrhujeme doplniť druhú vetu v znení: "Rozhodnutie úradu je preskúmateľné súdom"</p>	O	A	
Union ZP	<p>Čl. I bod 10 § 6a Union ZP nesúhlasí s navrhovanou úpravou § 6a, ktorá síce ruší limit na prevádzkové náklady, ale zavádza minimálny limit výdavkov na zdravotnú starostlivosť za účelom regulácie zisku. Ako sme sa už viackrát vyjadrili, Union ZP je ochotná akceptovať snahy regulovať zisk zdravotných poisťovní, ale máme za to, že takáto regulácia má byť v prvom rade ústavne konformná, spravodlivá, predvídateľná a stabilná. Zásadne preto nesúhlasíme s navrhovanou úpravou podľa § 6a ods. 2, ktorý úplne popiera efektívnosť v zdravotníctve, tým že určuje sumu, ktorá sa má minúť z verejného zdravotného poistenia na zdravotnú starostlivosť. Nezohľadňuje neistotu na príjmovej strane (vrátane ročného zúčtovania so štátom, tiež skúsenosti s častými a nepredvídateľnými zmenami v platbe za poistencov štátu za rok 2021), a ani neistotu na výdavkovej strane (zmluvy s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti sú uzatvárané na rok, návrh nezohľadňuje chorobnosť poistného kmeňa, zmeny legislatívy, ad hoc rozhodnutia Ministerstva zdravotníctva a iné aspekty ovplyvňujúce vynakladanie prostriedkov verejného zdravotného poistenia v priebehu roka) a tak bude mať za dôsledok jeho nerealizovateľnosť. Zároveň navyše máme za to, že pokiaľ bude limitovaný zisk zdravotných poisťovní, nemá navrhovaný mechanizmus žiadne reálne opodstatnenie.</p>	Z	ČA	Ustanovenie prepracované.

Vyššie uvedené kritéria pre reguláciu zisku čiastočne môže spĺňať podľa nášho názoru alternatíva 2, pokiaľ bude upravená, a na ktorej bol už v minulosti (v zime 2021) konsenzus medzi zdravotnými poisťovňami a Ministerstvom zdravotníctva. S reguláciou zisku podľa alternatívy 1 zásadne nesúhlasíme, ide o nejasný návrh, ktorý spája zisk so základným či vlastným imaním, pričom medzi nimi neexistuje žiadny logický vzťah, najmä pri spoločnostiach, ktoré sú na trhu dlhšie. Vlastné imanie (zo zdrojov akcionára) hovorí o histórii financovania firmy zo strany akcionára a nemá žiaden priamy vzťah so ziskovosťou. Okrem toho použitý pojem „hodnota kapitálu vloženého do vlastného imania“ je legislatívne nejednoznačný a nelogický. Pokiaľ je teda snaha regulovať zisk zdravotných poisťovní, je podľa nášho názoru akceptovateľná nasledujúca úprava: „§ 6aa Fond kvality zdravia Ak zdravotná poisťovňa dosiahne v účtovnom období kladný výsledok hospodárenia, ktorý je po zdanení a po vykonaní povinného doplnenia rezervného fondu do minimálnej výšky určenej podľa Obchodného zákonníka (ďalej len „upravený výsledok hospodárenia“) vyšší ako je súčet súm určených podľa odseku 2 písm. a) a b) (ďalej len „optimálny výsledok hospodárenia“) rozdiel medzi upraveným výsledkom hospodárenia a optimálnym výsledkom hospodárenia použije zdravotná poisťovňa na tvorbu alebo doplnenie fondu kvality zdravia podľa § 6 ods. 3 písm. e). Optimálny výsledok hospodárenia je súčet sumy 1,5% z predpísaného poistného v hrubej výške a sumy určenej ako výsledok plnenia kritérií kvality zdravotnej poisťovne (ďalej len „kritérium kvality“) podľa § 6ab; takto určená suma nesmie byť vyššia ako 0,5% z predpísaného poistného v hrubej výške.18jc) Predpísané poistné v hrubej výške podľa odseku 2 je úhrn predpísaného poistného zaúčtovaného v účtovnom období, v ktorom sa kladný výsledok hospodárenia vytvoril, podľa auditovanej účtovnej závierky. Ak bol v ktoromkoľvek z predchádzajúcich účtovných období rozdiel medzi optimálnym výsledkom hospodárenia a upraveným výsledkom hospodárenia kladný, zdravotná poisťovňa môže v príslušnom účtovnom období znížiť sumu pre doplnenie fondu kvality zdravia až do výšky každého takéhoto rozdielu, nie však viac ako 1,5 % zo sumy predpísaného poistného v hrubej výške, pričom už raz takto odpočítanú sumu nemožno použiť na zníženie sumy pre doplnenie fondu kvality zdravia opakovane. Fond kvality zdravia zdravotná poisťovňa použije na úhradu - poskytnutej zdravotnej starostlivosti, - nákladov spojených s realizáciou činností a aktivít pri preventívnych programoch na zlepšenie zdravia poistencov, alebo na zabránenie zhoršovaniu zdravia poistencov, alebo podporujúcich zdravý spôsob života poistencov alebo zameraných na zvyšovanie kvality a efektivity poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Všeobecne záväzným právnym predpisom ministerstvo zdravotníctva ustanoví činnosti a aktivity podľa odseku 5 písm. b). Zároveň spolu s tým navrhujeme upraviť vzorec (príloha č. 1 k zákonu č. 581/2004 Z. z.) pre výpočet limitu pre prevádzkové náklady nasledovne: „Limit (v %) = 2,0 + 3 000 000/PPZP“ Ak by našej pripomienke nebolo vyhovené, alternatívne požadujeme úpravu znenia ods. 2 a 3 §6a nasledovne: „(2) Súčet položiek z účtovnej závierky zdravotnej poisťovne z výkazu ziskov a strát, ktorými sú náklady na zdravotnú starostlivosť, zmena stavu technickej rezervy na poistné plnenia v hrubej výške, zmena stavu iných technických rezerv a ostatné technické náklady okrem prijatých a zaplatených úrokov, znížený o ostatné technické výnosy okrem prijatých a zaplatených úrokov, musí byť vo výške najmenej rozdielu medzi 98% z predpísaného poistného v hrubej výške za účtovné obdobie, za ktoré sa určuje výsledok hospodárenia a koeficientu podľa odseku 3 (ďalej len „náklady na zdravotnú starostlivosť“).

	Náklady na zdravotnú starostlivosť podľa prvej vety sa znižujú o optimálny výsledok hospodárenia vypočítaný podľa odseku 4. Predpísané poistné v hrubej výške je úhrn predpísaného poistného zaúčtovaného v účtovnom období, v ktorom sa kladný výsledok hospodárenia vytvoril, podľa auditovanej účtovnej závierky. (3) Koeficient je percento, ktoré sa vypočíta ako podiel, v ktorého čitateli je číslo tri milióny a v menovateli počet poistencov zdravotnej poisťovne k 1. januáru kalendárneho roka, za ktorý sa určuje výsledok hospodárenia.“ Vyššie uvedené návrhy na zmenu vzorca pre limit prevádzkových nákladov alebo zmenu % a koeficientu navrhujeme 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). Zároveň, súčasne nastavený limit znemožňuje vstup novým zdravotným poisťovňami na trh.			
Union ZP	Čl. I bod 11 § 6aa Pripomienka: vzhľadom na náš návrh na ponechanie §6a v pôvodnom znení a doplnenie § 6aa, navrhujeme toto ustanovenie prečíslovať na § 6ab. Zároveň súhlasíme s úpravou uvedenou ako alternatíva 2, teda, že po splnení kritérií kvality je suma pre účely výpočtu možného zisku 0.5 %.	Z	ČA	Ustanovenie prepracované.
Union ZP	Čl. I bod 20 §10 ods. 4 Nesúhlasíme. Ustanovenie rozširuje právomoc úradu na situácie a subjekty, ktoré žiadnym spôsobom nesúvisia s predmetom zákona č. 581/2004 Z. z. Uvedenú právomoc má Úrad pre dohľad nad výkonom auditu.	O	ČA	Ustanovenie bolo čiastočne upravené aj v nadväznosti na rokovanie s ÚDVA k ich zásadnej pripomienke. Informácie, ktoré úrad získa bude môcť využiť výlučne na výkon dohľadu nad VZP.
Union ZP	Čl. I bod 22 § 13 ods. 7 v § 13 ods. 7 navrhujeme vypustiť „a osoba vo vzťahu, ku ktorej bol prechádzajúci súhlas vydaný.“ Odôvodnenie: nepovažujeme za dôvodné, aby táto osoba bola účastníkom konania o odňatí predchádzajúceho súhlasu, keďže nie je účastníkom konania ani v konaní o udelení predchádzajúceho súhlasu.	O	N	Je nevyhnutné, aby účastníkom konania o odňatí predchádzajúceho súhlasu bola aj osoba, vo vzťahu ku ktorej bol predchádzajúci súhlas vydaný. Vo veci žiadosti zdravotnej poisťovne o vydanie predchádzajúceho súhlasu koná úrad len so zdravotnou poisťovňou, nakoľko zákon v tejto veci zaväzuje k povinnosti podať žiadosť o vydanie predchádzajúceho súhlasu a predložiť k žiadosti legislatívou definované prílohy zdravotnú poisťovňu (v procese konania o žiadosti zdravotnej poisťovne úrad ešte nemôže skúmať konflikt záujmov na strane navrhovanej osoby), zatiaľ čo k povinnosti predložiť čestné vyhlásenie podľa § 4 ods. 4 a k povinnosti nebyť v konflikte záujmov podľa § 4 zaväzuje zákon osobu, vo vzťahu ku ktorej bol predchádzajúci súhlas vydaný (nie zdravotnú poisťovňu), je preto nevyhnutné, aby účastníkom konania o odňatí predchádzajúceho súhlasu bola nielen zdravotná poisťovňa, na žiadosť ktorej bol predchádzajúci súhlas vydaný, ale aj osoba, vo vzťahu ku ktorej bol predchádzajúci súhlas vydaný, nakoľko v konaní o odňatí predchádzajúceho súhlasu bude úrad riešiť porušenie povinnosti, ku ktorej bola zákonom zaviazaná práve táto osoba (povinnosť predložiť čestné

				vyhlásenie podľa § 4 ods. 4, povinnosť nebyť v konflikte záujmov), nie zdravotná poisťovňa.
Union ZP	Čl. I bod 66, §67a ods. 3 Pripomienka: zásadne nesúhlasíme s úpravou § 67a ods. 3 a navrhujeme, aby zloženie riadiaceho výboru nasledovne: „Riadiaci výbor pre úhradové mechanizmy a reguláciu cien má 9 členov, ktorých vymenúva a odvoláva minister zdravotníctva, z toho dvoch členov na návrh MZSR, jedného člena na návrh úradu, troch členov na návrh zdravotných poisťovní a troch členov na návrh združení zastupujúcich poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.“ Odôvodnenie: Riadiaci výbor (RV), či už pre ústavnú alebo ambulatnú starostlivosť má byť zložený z užívateľov systému, čo určite nie je SLK a po presune CKS na MZ ani UDZS, pričom však nami navrhovaná úprava nevylučuje, aby jedným z troch možných zastupujúcich PZS bol napr. člen Slovenskej lekárskej komory. Aby bol RV efektívny, navrhujeme obvyklý počet členov nemeniť.	Z	N	Členovia boli doplnení po rokovaníach s uvedenými organizáciami.
Union ZP	Čl. I, bod § 6aa ods. 2 písm. b) Pripomienka: v § 6aa ods. 2 navrhujeme písm. b) zmeniť nasledovne: b) viesť zoznam a plniť povinnosti v súvislosti s vedením zoznamu [§6 ods. 1 písm. o)] Odôvodnenie: Zdravotná poisťovňa nie je podľa príslušných zákonov zodpovedná za dodržanie časovej dostupnosti ZS, táto zodpovednosť je v prvom rade na PZS. Navrhujeme preformulovať v súlade s povinnosťami ZP pri vedení zoznamu.	Z	ČA	Ustanovenie prepracované.
Union ZP	Čl. I, bod 11., § 6aa ods. 3, ALT 1. Nesúhlasíme s alternatívou 1, vzhľadom na pripomienku k bodu 10	Z	A	
Union ZP	Čl. I, Bod 11., § 6aa ods. 4 a 7 Plnenie, resp. neplnenie kritérií kvality ovplyvní možnú výšku optimálneho výsledku hospodárenia, preto by mali byť určované ústavne komfortným procesom. Máme za to, že toto nie je možné dosiahnuť navrhovaným spôsobom. Iné (ďalšie) kritériá kvality by mali byť zavádzané zákonom.	Z	A	
Union ZP	Čl. I, bod 15. § 8a a bod 16. § 8b Pripomienka: §8a a §8b navrhujeme vypustiť. Union ZP nesúhlasí s navýšením sadzby pre výpočet príspevku na činnosť operačných stredísk tiesňového volania záchranej zdravotnej služby a na správu a rozvoj národného zdravotníckeho informačného systému. Odôvodnenie: Podľa dôvodovej správy má byť dôvodom skutočnosť, že 12 rokov sa % nemenilo. Príspevok sa však ráta z celkovej sumy z ročného prerozdelenia poisťného uvedenej v rozhodnutí o ročnom prerozdeľovaní poisťného. Celková výška poisťného medziročne rastie. Neplatí preto argument, že tým, že sa % 12 rokov nezvyšovalo, nezvyšovala sa ani výška príspevku, pretože báza (celkové poisťné), z ktorej sa príspevok vypočítava, z roka na rok rastie, preto sa zvyšuje aj samotný príspevok. Zvýšenie % preto nie je dôvodné ani opodstatnené.	Z	N	Pokiaľ ide o zvyšovanie percenta na OS ZZS a pre NCZI, aj napriek zvýšenému objemu zdrojov verejného zdravotného poistenia, ani tieto zvýšené prostriedky nepokrývajú náklady týchto inštitúcií, zvýšené prostriedky majú slúžiť na nové činnosti. (viac v dôvodovej správe osobitnej a analýze verejnej správy). Aj keď sa stotožňujeme s myšlienkou, aby všetky zdroje verejného zdravotného poistenia boli použité na poskytovanie zdravotnej starostlivosti, ak by boli tieto organizácie príspevkovými organizáciami, malo by to vplyv na štátne verejné zdroje, s čím nebude súhlasiť MFSR, nakoľko by sa prehľboval dlh SR.
Union ZP	Čl. I. bod 10 § 6a ods. 7 Navrhujeme vypustiť vzhľadom na našu pripomienku k bodu 10 ako celku.	Z	A	
Union ZP	Čl. I. bod 10 § 6a ods. 8 V spojení s pripomienkou k bodu 10 ako celku nesúhlasíme. Odôvodnenie: Zdravotné poisťovne by mali mať možnosť sami určiť spôsob a formu realizácie činností podľa tohto ustanovenia bez regulácie zo strany MZSR.	Z	A	

<p>Union ZP</p>	<p>Čl. I. bod 11 § 6aa ods. 2 písm. b) Pripomenka: v § 6aa ods. 2 navrhujeme písm. b) zmeniť nasledovne: b) viesť zoznam a plniť povinnosti v súvislosti s vedením zoznamu [§6 ods. 1 písm. o)] Odôvodnenie: Zdravotná poisťovňa nie je podľa príslušných zákonov zodpovedná za dodržanie časovej dostupnosti ZS, táto zodpovednosť je v prvom rade na PZS. Navrhujeme preformulovať v súlade s povinnosťami ZP pri vedení zoznamu.</p>	<p>Z</p>	<p>A</p>	
<p>Union ZP</p>	<p>Čl. I. bod 22. § 13 ods. 9 V § 13 navrhujeme odsek 9 upraviť nasledovne: „Úrad rozhodne o odňatí predchádzajúceho súhlasu vydaného podľa odseku 1 písm. c), ak sa v konaní o odňatí predchádzajúceho súhlasu začatého podľa odseku 5 preukáže existencia konfliktu záujmov v čase vzniku funkcie osoby (§ 4) alebo počas výkonu funkcie.“ Odôvodnenie: Zjednodušenie ustanovenia vzhľadom na to, že pre rozhodnutie o odňatí predchádzajúceho súhlasu je relevantné preukázanie existencie konfliktu záujmov v čase vzniku funkcie osoby alebo počas jej výkonu, a to bez ohľadu na to, či čestné vyhlásenie bolo dodatočne zaslané alebo nie.</p>	<p>O</p>	<p>A</p>	
<p>Union ZP</p>	<p>Čl. I. bod 23 § 15 ods. 1 písm. e) doplnenie v § 15 ods. 1 písm. e) navrhujeme vypustiť. Odôvodnenie: ide o vážne a ťažko realizovateľné ustanovenie, pričom časť o účelnosti, efektívnosti a hospodárnosti je stanovená v už teraz platnom a účinnom ustanovení. Navyše, ministerstvo nezvolilo korektné slovné spojenie („distribúcia prostriedkov VZP“) pri navrhovanej úprave. Zdravotné poisťovne nie sú distribútorom týchto prostriedkov ale zabezpečujú a zastrešujú celý rad činností spojených s poskytovaním a čerpaním zdravotnej starostlivosti, predovšetkým dojednávajú podmienky zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, kontrolujú efektívnosť vynakladania týchto prostriedkov zo strany poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a pod., čím výraznou mierou prispievajú k efektívnemu vynakladaniu prostriedkov v systéme verejného zdravotného poistenia. Ak by našej pripomienke nebolo vyhovené, alternatívne navrhujeme vypustiť zo súčasného znenia § 15 ods. 1 písm. e) časť: „účelne, efektívne a hospodárne vynakladať finančné prostriedky z verejného zdravotného poistenia podľa štruktúry výdavkov schválenej v rozpočte podľa § 11 ods. 12,“, alebo navrhujeme ponechať súčasné znenie, bez navrhovaného doplnenia.</p>	<p>Z</p>	<p>A</p>	
<p>Union ZP</p>	<p>Čl. I. bod 24 § 15 ods. 1 písm. t) Nesúhlasíme s takouto úpravou. Pripomenka súvisí s pripomienkou k §6a. Je neprijateľné zaviazat' zdravotné poisťovne, aby bez ohľadu na aktuálny stav a podmienky meniace sa v čase, uhradila, resp. použila poistné na úhradu zdravotnej starostlivosti v stanovenom rozsahu. Uvedené je v rozpore s predchádzajúcim bodom pojednávajúcim o účelnosti, efektívnosti a hospodárnosti vynakladania prostriedkov v systéme verejného zdravotného poistenia. V prípade, že pripomenka nebude akceptovaná, navrhujeme upraviť pojem vykázané poistné na uhradené poistné, keďže použiť sa dá len to poistné, ktoré bolo skutočne aj vybraté.</p>	<p>Z</p>	<p>ČA</p>	<p>Ustanovenie prepracované.</p>
<p>Union ZP</p>	<p>Čl. I. bod 27 § 15 ods. 7 Pripomenka: navrhujeme upraviť znenie § 15 ods. 7 nasledovne: „Zdravotná poisťovňa je povinná vykazovať výdavky určené na zdravotnú starostlivosť ministerstvu zdravotníctva, ministerstvu financií a úradu za predchádzajúci kalendárny rok do 22. februára nasledujúceho kalendárneho roka spôsobom a v štruktúre podľa typov zdravotnej starostlivosti, ktoré ustanoví všeobecne záväzný právny predpis, ktorý vydá ministerstvo</p>	<p>Z</p>	<p>ČA</p>	<p>Ustanovenie prepracované.</p>

	zdravotníctva do 31. decembra kalendárneho roka po prerokovaní so zdravotnými poisťovňami a zástupcami poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.“ Odôvodnenie: V zmysle dôvodovej správy má toto ustanovenie slúžiť na zjednotenie výkazníctva. Nami navrhované znenie zodpovedá účelu, na ktorý má dané ustanovenie slúžiť.			
Union ZP	Čl. I. bod 27 §15 ods. 7 Pripomenka: v súvislosti s úpravou § 15 ods. 7 navrhujeme upraviť ustanovenie § 6 ods. 1 písm. h), tak, že sa vypustí „v súlade s vykonávacím predpisom vydaným podľa § 15 ods. 8.“	Z	N	Vzhľadom na prijatú novelu 363/2011 Z. z. je nutné mať nástroj ako určiť maximálnu sumu pre lieky na výnimky.
Union ZP	Čl. I. bod 49 §33 ods. 3 písm. e) Sme za ponechanie spodnej hranice nedoplatku. Odôvodnenie: Môže nastať situácia, že v prípade zanedbateľného nedoplatku v minimálnej výške, ktorý mohol vzniknúť nedopatrením by takáto osoba bola pre účely zákona nedôveryhodná.	O	A	V nadväznosti na rozporové rokovanie dňa 9. septembra a v zmysle dohody s ostatnými zdravotnými poisťovňami bola vybraná hranica vo výške 1 000 eur, a to v oboch prípadoch.
Union ZP	Čl. I. bod 53, § 38 ods. 1 Pripomenka: Nesúhlasíme s navrhovanou úpravou v § 38 ods. 1. Odôvodnenie: Zmena sídla alebo obchodného mena nie je zmenou povolenia, preto navrhujeme ponechať povinnosť tieto zmeny oznamovať a § 38 podľa tohto primerane upraviť (názov, ods. 2 a vypustiť ods. 3).	O	A	
Union ZP	Čl. I. bod 58, § 43b ods. 8 Pripomenka: V § 43b ods. 8 navrhujeme vypustiť druhú vetu. Odôvodnenie: nesúhlasíme s takýmto (potenciálnym) predlžovaním lehoty. Teoreticky môže byť tento inštitút využitý na umelé predlžovanie lehoty na skončenie dohľadu.	O	N	Uvedené ustanovenie plne koreluje s aplikačnou praxou. Aj v iných procesoch, napr. v správnom konaní, ak je pokračovanie závislé na inom subjekte než je správny orgán sa konanie preruší (a lehota spočíva). Spočívanie lehoty má v tomto prípade obdobný zmysel, iba je administratívne jednoduchšie. Aplikácia tohto inštitútu je kedykoľvek kontrolovateľná a prípadné prieťahy v konaní sú postihovateľné. Ak je spoločenský konsenzus na tom, že existuje maximálna lehota na prešetrenie podnetu (čo v ostatných procesoch nie je), spočívanie lehoty je vzhľadom na 18-ročnú aplikačnú prax úradu nevyhnutné, nakoľko sú prípady, ktorých šetrenie trvá dlhšie.
Union ZP	Čl. I. bod 58, § 46a ods. 8 Pripomenka: V § 46a ods. 8 navrhujeme slovo „prijaté“ nahradiť slovom „odoslané“.	O	A	
Union ZP	Čl. I. bod 7, §6 ods. 9 Navrhujeme upraviť znenie ustanovenia § 6 ods. 9 nasledovne: „Fyzická osoba vykonávajúca nábor poistencov pre zdravotnú poisťovňu nesmie vykonávať žiadnu zárobkovú činnosť pre inú zdravotnú poisťovňu, čo fyzická osoba preukazuje zdravotnej poisťovni čestným prehlásením“. Odôvodnenie: Nesúhlasíme s návrhom obmedzenia vykonávať nábor osobami zároveň zapísanými v registri podľa osobitného zákona alebo ich zamestnancami. Ide o obmedzenie ústavného práva na slobodné podnikanie, resp. základného ľudského práva na slobodný výber povolania. Na takéto obmedzenie nevidíme objektívny dôvod. Podľa dôvodovej správy má byť cieľom tohto obmedzenia predchádzanie konfliktu záujmov, čo vo vzťahu k zamestnaniu v inej zdravotnej poisťovni akceptujeme a súhlasíme. Avšak pri osobe zapísanej v osobitnom registri NBS nemôže vzniknúť žiaden	Z	ČA	Obmedzenie pre finančných sprostredkovateľov vypustené. Povinnosť pracovnej zmluvy zachovaná.

	konflikt záujmu, preto ani nie je objektívny dôvod pre zavádzanie takéhoto obmedzenia, čo má za následok, že ide o neproporcionálny zásah do práv fyzických osôb. Naopak, osoby zapísané v registri NBS sú skúsení a školení profesionáli, ktorí môžu prispieť k transparentnému a zákonnému náboru. Zároveň navrhujeme doplniť povinnosť predkladať čestné prehlásenie, ktorým FO preukáže, že nevykonáva zárobkovú činnosť pre inú ZP.			
Union ZP	Čl. I. bod 84 Pripomenka: V súvislosti s našim návrhom na ponechanie pôvodného znenia § 6a navrhujeme ponechať a upraviť Prílohu č. 1 k zákonu č. 581/2004 Z. z. v zmysle našej pripomienky k § 6a	Z	ČA	Ustanovenie prepracované.
Union ZP	Čl. I., § 6aa ods. 3 ALT. 2 Pripomenka: v § 6aa ods. 3 navrhujeme ponechať alternatívu č. 2 s nasledovnou úpravou znenia tretej vety: „Ak nie sú splnené všetky kritériá kvality určené podľa odsekov 1 a 2, suma podľa § 6a ods. 4 písm. b) sa zníži pomerne podľa miery plnenia kritérií kvality.“ Odôvodnenie: navrhujeme, aby sa percento podľa §6a ods. 4 písm. b) určovalo v závislosti od plnenia kritérií kvality, aj s prihliadnutím na možnosť znižovať mieru plnenia kritérií podľa odseku 1.	Z	A	
Union ZP	Čl. I., bod 11. § 6aa ods. 1 Pripomenka: V § 6aa ods. 1 navrhujeme upraviť v druhej vete váhu kritérií na 25 %. Zároveň navrhujeme doplniť poslednú vetu, ktorá znie: „Predchádzajúca veta sa neuplatní, ak k nesplneniu kritéria kvality podľa prvej vety najmenej na 90 % za každé spádové územie alebo za každé príslušné územie (8jc) a najmenej na 90 % normatív určený pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v osobitnom predpise, (8jd) došlo z dôvodu na strane poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí na návrh zdravotnej poisťovne neuzatvorili zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.“ Odôvodnenie: pokiaľ majú mať všetky kritéria rovnakú váhu, jedno kritérium musí mať váhu 25%. Zároveň navrhujeme doplniť, aby sa miera plnenia kritérií neznižovala v prípade, ak nenaplnenie VMS nebolo zapríčinené z dôvodov na strane zdravotnej poisťovne, ale na strane PZS, keďže plnenie tohto kritéria nezávisí výlučne len od zdravotnej poisťovne.	Z	A	
Union ZP	Čl. I., bod 19 § 8d Union ZP nesúhlasí s navrhovanou úpravou podľa § 8d. Revízne pravidlá je pojem, ktorý nie je zadaný a každá zdravotná poisťovňa, či poskytovateľ ho chápe inak. Zároveň považujeme za objektívne nemožné uverejniť každú revíziu činnosť na našom webovom sídle. Revízna činnosť je do veľkej miery individualizovaná, vychádza aj z pravidiel vykazovania daných zákonom a zmluvou, ale aj z medicínskej logiky aplikovanej pri realizácii revíznej činnosti. Revízne pravidlá nikdy neobsiahnu všetky situácie revíznej činnosti. Zdravotná poisťovňa sa týmto ustanovením tak dostane do situácie, že pokiaľ niektoré pravidlo nebude uverejnené na webe, aj keď bude pri revízií aplikované správne a objektívne, bude musieť uhradiť vykázanú zdravotnú starostlivosť, aj keď nebude opodstatnená. To môže viesť k zvýšeným nákladom na zdravotnú starostlivosť. Naopak, takto rigidné definovanie pravidiel by mohlo negatívne ovplyvniť aj poskytovateľov, ktorým by v odôvodnených prípadoch, napr. pri zmene zmluvných podmienok, zdravotná poisťovňa nemohla uhrádzať výkony, ktoré by boli v rozpore so zverejnenými pravidlami. Union ZP by považovalo za prínosnejšie tak pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti ako aj pre zdravotné poisťovne, ak by ministerstvo zdravotníctva vydalo katalóg zdravotných	Z	ČA	Odsek 2 určujúci možnosť meniť pravidlá raz ročne bol vypustený. Odsek 3 je koncipovaný tak, aby zdravotnej poisťovni umožnil vybrať si spôsob akým bude informovať poskytovateľa o zmene. Odsek 5 bol vypustený aj vzhľadom na diskusie s poskytovateľmi, pre ktorých by (opakované) zasielanie predstavovalo neprimeranú administratívnu záťaž. Účinnosť navrhovaného § 8d bude upravená a navrhovaná od 1. júla 2023. Od povinnosti zverejňovať pravidlá revíznej činnosti predkladateľ neustúpi z dôvodov uvedených v dôvodovej správe k predmetnému ustanoveniu.

	<p>výkonov, v ktorom je pri výkone uvedený jeho dôkladný popis a za akých podmienok sa vykazuje. Podľa našich informácií je tento stále v procese prípravy. Namiesto povinnosti uverejňovať revízne pravidlá, Union ZP navrhuje v § 8d upraviť povinnosť zdravotnej poisťovne uverejniť na svojom webovom sídle zásady kontrolnej činnosti podľa § 9. Zdravotná poisťovňa by na webe uverejnila zásady, na základe ktorých vykonáva svoju revíziu činnosť. Prispelo by to k predvídateľnosti a transparentnosti tejto činnosti.</p> <p>Navrhujeme vypustiť odsek 5 - nadbytočné ustanovenie, práva a povinnosti dohliadaných subjektov aj súčinnosť tretích osôb sú upravené v § 43. Podľa dôvodovej správy: V súčasnosti si úrad v rámci výkonu dohľadu vyžiada od zdravotných poisťovní zúčtovacie dávky a spätné dávky, avšak nie vždy je vyhovené požiadavkám úradu v potrebnom rozsahu. Ak by tomu tak bolo, úrad má prostriedky postihovať dohliadaný subjekt za marenie výkonu dohľadu. Navrhované ustanovenie nie je účelné. Zároveň však, ak by našej pripomienke nebolo vyhovené, navrhujeme -vypustiť odsek 2. Ak by bola legislatívne stanovená povinnosť uverejňovať revízne pravidlá, možnosť ich zmeny raz ročne je obmedzujúca nie len pre zdravotnú poisťovňu ale aj poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, malo by to vplyv na možnosť zazmluvňovať nové výkony počas roka a efektívne reagovať na rôzne situácie a potreby v súvislosti so zazmluvňovaním a úhradou zdravotných výkonov. -v odseku 3 navrhujeme vypustiť zvyšnú časť druhej vety nasledujúcej za „webovom sídle zdravotnej poisťovne“. -Navrhujeme vypustiť odsek 5 - nadbytočné ustanovenie, práva a povinnosti dohliadaných subjektov aj súčinnosť tretích osôb sú upravené v § 43. Podľa dôvodovej správy: V súčasnosti si úrad v rámci výkonu dohľadu vyžiada od zdravotných poisťovní zúčtovacie dávky a spätné dávky, avšak nie vždy je vyhovené požiadavkám úradu v potrebnom rozsahu. Ak by tomu tak bolo, úrad má prostriedky postihovať dohliadaný subjekt za marenie výkonu dohľadu. Navrhované ustanovenie nie je účelné. - Posunúť účinnosť tejto povinnosti minimálne na 01.06.2023.</p>			
<p>Union ZP</p>	<p>Čl. I., bod 38, § 18 ods. 1 písm. x) Pripomienka: v § 18 ods. 1 písm. x) navrhujeme preformulovať: „rozhoduje o splnení kritérií kvality“. Odôvodnenie: legislatívno-technický pripomienka</p>	<p>O</p>	<p>A</p>	
<p>Union ZP</p>	<p>Čl. I., bod 80, § 76 ods. 5 písm. a) bod 13. Pripomienka: § 76 ods. 5 písm. a) 13. bod navrhujeme vypustiť. Odôvodnenie: Týmto doplnením MZ prekračuje svoje kompetencie, keď na seba fakticky preberá kompetencie kontrolného orgánu dohliadajúceho na činnosť ZP. Táto kompetencia je však zákonom zverená ÚDZS. Pokiaľ sú MZ doručované podnety súvisiace s výkonom verejného zdravotného poistenia, tieto by malo MZ postupovať na vybavenie ÚDZS, ako vecne príslušnému orgánu verejnej správy.</p>	<p>Z</p>	<p>N</p>	<p>Ministerstvo nepreberá touto formuláciou kompetencie dozorného orgánu. Máme za to, že navrhovaná formuláciu neumožní ministerstvu vykonávať dohľad nad VZP, a to pri koncipovaní § 76 ods. 5 písm. a) trinásteho bodu ani nebolo našim zámerom, nakoľko táto právomoc patrí ÚDZS. Ministerstvo pravidelne informuje poisťencov zasielajúcich sťažnosti/podnety/listy o ich právach a o kompetenciách vo vzťahu k iným subjektom v zdravotníctve. Spravidla platí, že takíto poisťenci sa na úrad už obrátili ale hľadajú vysvetlenie aj od ministerstva, ktorý je v pozícii regulátora. Už v súčasnosti sú zdravotné poisťovne ochotné poskytovať takúto súčinnosť (napr. odôvodnenie prečo zdravotná poisťovňa neposkytla predchádzajúci súhlas pri cezhraničnej zdravotnej starostlivosti).</p>

				V zmysle rozporového rokovania dňa 8. septembra, si ministerstvo bude od poistencov pýtať súhlas so zverejnením osobných údajov. Žiadosť o spoluprácu/súčinnosť z MZ na zdravotné poisťovne bude tento súhlas obsahovať.
Union ZP	Čl. I., bod 82, § 76 ods. 10 Pripomienka: §76 ods. 10 navrhujeme vypustiť. Odôvodnenie: S navrhovaným doplnením nesúhlasíme. Úrad má už teraz iné a dostatočné nástroje na to, ako informovať verejnosť o tom, v akom stave je systéme verejného zdravotného poistenia – napr. správa o činnosti vykonávania verejného zdravotného poistenia.	Z	N	Návrh novely ustanovuje, že porušením povinnosti zachovávať mlčanlivosť nie je zverejnenie informácií o -hospodárení zdravotnej poisťovne -plnenie povinností zdravotnej poisťovne, určených zákonom -zdravotnej poisťovni v rozsahu, v akom ich má UDZS povinnosť zverejňovať. Zverejňovanie takýchto informácií úradom (alebo inými subjektami, ktoré tieto informácie získajú od Úradu) je z pohľadu charakteru prostriedkov zdravotného poistenia a potreby verejnej kontroly žiadúce a nie je možné na takéto informácie vziať povinnosť mlčanlivosti.
Union ZP	Čl. IX § 2 ods. 9 zákona č. 540.2021 pripomienka: v § 2 ods. 9 navrhujeme nahradiť slovo „nesmie“ slovným spojením „nemala by“. Zároveň navrhujeme doplniť novú, tretiu vetu, ktorá znie: „Lekár nemôže odmietnuť vystaviť poistencovi návrh na plánovanú ZS s určeným predpokladaným termínom iba na základe dôvodu, že táto lehota prekročí časovú dostupnosť medicínskej služby.“ Odôvodnenie: 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. Zákon by mal umožňovať so súhlasom poistenca plánovať zdravotnú starostlivosť aj ak by prekročila lehotu časovej dostupnosti. Zároveň navrhujeme doplniť tretiu vetu z dôvodu, aby sme predchádzali situáciám, že PZS odmietne vystaviť návrh iba preto, že nevie garantovať časovú dostupnosť medicínskej služby. prevádzkovateľ nemocnice by mal byť garantom, že poistenec sa dostane k plánovanej zdravotnej starostlivosti v intenciách časovej dostupnosti ústavnej ZS stanovenej kategorizáciou ústavnej ZS a za týmto účelom prijať také organizačno-technické opatrenia aby časovú dostupnosť vedel garantovať	Z	ČA	Ustanovenie prepracované.
Union ZP	Čl. IX bod 1 § 39 ods. 1 písm. d) bod 1 Pripomienka: V § 39 ods. 1 písm. d) bod 1 navrhujeme vypustiť rodné číslo, telefonický kontakt a emailovú adresu poistenca. Odôvodnenie: V záujme zachovania zásad ochrany osobných údajov nepovažujeme za zákonné zasielať osobné údaje poistencov, ale iba anonymizované údaje.	O	ČA	Vypustené telefonický kontakt a emailovú adresu poistenca.
Union ZP	Čl. IX bod 1, § 39 ods. 1 písm. d) bod 4 a 6 Pripomienka: v § 39 ods. 1 písm. d) 4. a 6. bod navrhujeme upresniť, čo sa má namysli pod pojmom indikácia a indikujúci lekár, Nie je jasné, či má ísť o lekára v zariadení ústavnej ZS alebo o lekára ŠAS.	O	A	
Union ZP	Čl. IX bod 1., § 39 ods. 1 písm. d) bod 5 Pripomienka: v § 39 ods. 1 písm. d) 5. bod navrhujeme vypustiť slovo „alebo“	O	A	

Union ZP	Čl. IX bod 2 § 40 pripomenka: V § 40 doplniť nový odsek, ktorý znie: Zdravotná poisťovňa návrh na plánovanú starostlivosť odmietne ak: a) zistí, že nie je príslušnou zdravotnou poisťovňou poistenca, b) je poistenec vedený v zozname dlžníkov s nárokom len na neodkladnú zdravotnú starostlivosť podľa osobitného predpisu, c) prevádzkovateľ nemocnice nemôže poskytovať medicínsku službu uvedenú v návrhu alebo ju zdravotná poisťovňa nemá zazmluvnenú.“	Z	ČA	
Union ZP	Čl. IX bod 2 § 40 a § 42 Pripomenka: Navrhujeme posunúť účinnosť novelizačných bodov 2 a 3 v Čl. IX (§40 a §42 zákona č. 540/2021 Z.z.) na 1.4.2023. Odôvodnenie: Vzhľadom na predpokladaný reálny termín nadobudnutia platnosti návrhu novely publikovaním v zbierke zákonov v priebehu mesiaca december a vzhľadom na technickú implementačnú náročnosť všetkých v návrhu novely predpokladaných zmien bude legisvakačná doba do 1.1.2023 neadekvátne. Minimálny časový posun na implementáciu technického riešenia sú 3 mesiace (bežne potrebujeme na implementáciu technických zmien min 6 mesiacov, v tomto prípade počítame s tým, že veľa vecí si vieme predpripraviť na základe existujúceho zákona. Finálne riešenie však potrebuje aspoň tie 3 mesiace od schválenia definitívneho znenia).	Z	A	
Union ZP	Čl. IX bod 2 § 40 a 42 Pripomenka: všeobecne k § 40 a 42 – z novelizovaných ustanovení nie je zrejmé, či sa zoznam poistencov čakajúcich na zdravotnú starostlivosť týka aj jednodňovej zdravotnej starostlivosti, spomína sa len prevádzkovateľ nemocnice, ktorý je podľa definície prevádzkovateľom všeobecnej alebo špecializovanej nemocnice. Podľa zámeru MZ však predmetom OSN a tým aj „čakačiek“ mala byť aj jednodňová zdravotná starostlivosť. Navrhujeme preto ustanovenia upravujúce zoznam čakajúcich poistencov a násl. primerane upraviť tak, aby bolo jednoznačne zrejmé, či sa čakacie zoznamy týkajú aj jednodňovej zdravotnej starostlivosti,	Z	A	
Union ZP	Čl. IX bod 2 § 40 ods. 10 Pripomenka: do § 40 ods. 10 navrhujeme doplniť písm. h) a i), ktoré znejú: „h) došlo k takej zmene zdravotného stavu poistenca, ktorá vyžaduje poskytnutie neodkladnej zdravotnej starostlivosti vylučujúcej plánovanú starostlivosť, i) poskytnutie plánovanej starostlivosti už nie je potrebné.“	Z	A	
Union ZP	Čl. IX bod 2 § 40 ods. 10 písm. a) Pripomenka: v § 40 ods. 10 písm. a) navrhujeme vypustiť odkaz 28) definujúci kontrolnú činnosť. Odôvodnenie: zdravotná poisťovňa sa o skutočnostiach podľa písm. a) môže dozvedieť aj z vlastného interného šetrenia, napr. pri kontrole vykazanej ZS, ktorá sa nerealizovala postupom podľa § 9 zákona č. 581/2004 Z. z., teda pri revíznej činnosti ako ju definuje toto ustanovenia. Preto navrhujeme ponechať kontrolnú činnosť bez odkazu na zákon č. 581/2004 Z. z.	Z	A	
Union ZP	Čl. IX bod 2 § 40 ods. 10 písm. f) Pripomenka: v § 40 ods. 10 písm. f) navrhujeme vypustiť časť vety za bodkočiarkou. Odôvodnenie: vzhľadom na to, že následkom nedostavenia sa na poskytnutie plánovanej starostlivosti je vyradenie zo zoznamu, nenachádzame zmysel pre stanovenie 10 dňovej ochrannej lehoty, nie je jasné čo je jej účelom.	O	ČA	Ustanovenie prepracované.
Union ZP	Čl. IX bod 2 § 40 ods. 11	O	A	

	Pripomenka: v § 40 ods. 11 navrhujeme slovo „schválených“ nahradiť slovom „potvrdených“ a slovné spojenie „do 24 hodín od schválenia“ nahradiť „nasledujúci pracovný deň po potvrdení“.			
Union ZP	<p>Čl. IX bod 2 § 40 ods. 13</p> <p>Pripomenka: V § 40 ods. 13 navrhujeme slovo „zabezpečiť“ nahradiť slovom „umožniť a uhradiť“. Ďalej navrhujeme zmeniť znenie písm. a) nasledovne: „plánovanú starostlivosť bez uplatnenia postupu podľa osobitného predpisu 29) u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, s ktorým nemá zdravotná poisťovňa uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti6) (ďalej len „nezmluvný poskytovateľ“) podľa výberu poistenca.“</p> <p>Poznámka pod čiarou 29) znie § 42 ods. 1 a 2 zákona č. 577/2004 Z. z. “ Zároveň navrhujeme doplniť povinnosť pre poistenca v dostatočnom časovom predstihu oznámiť zdravotnej poisťovni svoj záujem o uhradenie plánovanej ZS u nezmluvného poskytovateľa ZS z dôvodu prekročenia lehoty časovej dostupnosti. Odôvodnenie: 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 požadujeme, aby náklady u nezmluvného lekára podľa tohto odseku boli uhrádzané v súlade s osobitným predpisom, prípadne navrhujeme určiť primeraný limit, ktorý takéto náklady nemôžu prekročiť. Návrh uhrádzať celú sumu u nezmluvného PZS považujeme za nesprávny a taký, ktoré môže neopodstatnene zvýšiť výdavky na zdravotnú starostlivosť.</p>	Z	A	
Union ZP	<p>Čl. IX bod 2 § 40 ods. 18</p> <p>pripomenka: v § 40 navrhujeme doplniť odsek 18, ktorý znie: „Zdravotná poisťovňa nie je povinná postupovať podľa odseku 12 v prípade, ak lehota časovej dostupnosti medicínskej služby, ktorá je plánovanou starostlivosťou, je menej ako 30 dní. Zdravotná poisťovňa nie je povinná postupovať podľa odseku 13 v prípade, ak prevádzkovateľ nemocnice nevyhotovil a nezaslal návrh na plánovanú starostlivosť bezodkladne po indikácii plánovanej starostlivosti.“</p> <p>Odôvodnenie: V prípade plánovanej starostlivosti s lehotou časovej dostupnosti kratšou ako 30 dní je vysoká pravdepodobnosť, že akékoľvek kroky zdravotnej poisťovne by nevedli k skráteniu predpokladaného termínu poskytnutia plánovanej ZS.</p>	Z	A	
Union ZP	<p>Čl. IX bod 2 § 40 ods. 3</p> <p>Pripomenka: v § 40 ods. 3 navrhujeme slovo „schváli“ nahradiť slovom „potvrdí“. Poslednú vetu odseku navrhujeme preformulovať nasledovne: „Ak existuje už iný návrh na plánovanú starostlivosť zaslaný iným prevádzkovateľom nemocnice a ide o tú istú plánovanú starostlivosť, zdravotná poisťovňa potvrdí tento návrh a skôr doručený návrh na plánovanú starostlivosť zamietne o čom upovedomí prevádzkovateľa nemocnice a poistenca. Za rovnakú zdravotnú starostlivosť v zmysle návrhu na plánovanú starostlivosť sa považuje návrh na rovnakú medicínsku službu s výnimkou medicínskej služby párového orgánu. V prípade, že nový návrh na plánovanú starostlivosť má neskorší predpokladaný dátum ako pôvodný návrh, povinnosť zdravotnej poisťovne podľa § 42 ods. 12 a 13 sa neuplatňuje“</p> <p>Odôvodnenie: Navrhujeme uprednostniť neskôr doručený návrh, keďže je dôvodné predpokladať, že týmto si poistenec zabezpečil skoršie poskytnutie ZS. Zároveň navrhujeme nepotvrdiť návrh, z ktorého je zrejmé, že časová dostupnosť nebola dodržaná, napr. ak by PZS dodatočne poslal návrh, už po poskytnutí plánovanej ZS.</p>	Z	A	

Union ZP	Čl. IX bod 2 § 40 ods. 5 Pripomienka: V § 40 ods. 5 Navrhujeme vypustiť druhú vetu. Odôvodnenie: K situácii, že poistenec je pre rovnakú ZS zaradený na zozname by nemalo dochádzať vzhľadom na poslednú vetu ods. 3, ktorá rieši duplicity návrhov, Ak by sa však aj chybou dostal poistenec s tou istou plánovanou zdravotnou starostlivosťou dvakrát do zoznamu, mal by sa uplatniť rovnaký princíp ako v ods. 3 posledná veta.	Z	A	
Union ZP	Čl. IX bod 2 § 40 ods. 7 písm. b) Pripomienka: § 40 ods. 7 písm. b) navrhujeme preformulovať nasledovne: „informovať poistenca prostredníctvom elektronickej komunikácie, krátkej textovej správy alebo v listinnej podobe o jeho vyradení zo zoznamu čakajúcich poistencov z dôvodov podľa odseku 10 písm. b), f) alebo písm. i); pri vyradení zo zoznamu čakajúcich poistencov sa uvedie aj dôvod vyradenia a informácia o vyradení sa uvedie aj v účte poistenca,“	O	A	
Union ZP	Čl. IX bod 2 § 40 ods. 7 písm. c) Pripomienka: v § 40 ods. 7 navrhujeme vypustiť písm. c) Odôvodnenie: navrhujeme vypustiť povinnosť uverejňovať naše zoznamy čakajúcich poistencov na webe, namiesto toho navrhujeme, aby ZP boli povinné zverejniť odkaz / link na celkový zoznam čakajúcich poistencov vedený NCZI. Pre poistencov je podľa nášho názoru relevantná informácia o celkovom poradí, poradie v rámci konkrétnej ZP nemá výpovednú hodnotu.	O	A	
Union ZP	Čl. IX bod 2 § 40 ods. 7 písm. d) Pripomienka: v § 40 ods. 7 písm. d) navrhujeme „do 24 hodín“ nahradiť „nasledujúci pracovný deň“. Odôvodnenie: lehotu 24 hodín nemusí byť niekedy z objektívnych príčin zachovaná (víkend, sviatok), preto považuje za vhodnejšie stanoviť lehotu na splnenie celý nasledujúci pracovný deň.	O	A	
Union ZP	Čl. IX bod 2 § 40 ods. 8 Pripomienka: § 40 ods. 8 navrhujeme vypustiť Odôvodnenie: navrhujeme vypustiť povinnosť uverejňovať naše zoznamy čakajúcich poistencov na webe, namiesto toho navrhujeme, aby ZP boli povinné zverejniť odkaz / link na celkový zoznam čakajúcich poistencov vedený NCZI. Pre poistencov je podľa nášho názoru relevantná informácia o celkovom poradí, poradie v rámci konkrétnej ZP nemá výpovednú hodnotu Ak by našej pripomienke nebolo vyhovené, alternatívne navrhujeme úpravu v § 40 ods. 8 tak, že sa vypustí: „dátum nástupu na poskytnutie plánovanej starostlivosti“. Odôvodnenie: Zdravotná poisťovňa dňom nástupu na plánovanú ZS poistenca zo zoznamu vyradí.	O	A	
Union ZP	Čl. IX bod 3 § 42 Pripomienka: v § 42 navrhujeme doplniť novú povinnosť prevádzkovateľa nemocnice, ktorá znie: „Prevádzkovateľ nemocnice je povinný vyvinúť maximálne úsilie, aby zabezpečil poistencovi poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti v lehote časovej dostupnosti medicínskej služby, ak bola kategorizáciou ústavnej zdravotnej starostlivosti stanovená.“	O	ČA	Ustanovenie prepracované.
Union ZP	Čl. IX bod 3 § 42 ods. 2 Pripomienka: v § 42 ods. 2 navrhujeme doplniť: „prevádzkovateľ nemocnice vyhotoví bezodkladne po indikácii plánovanej starostlivosti návrh na plánovanú starostlivosť a prideli návrhu identifikátor návrhu...“ Vzhľadom na to, že lehota časovej dostupnosti sa ráta odo dňa indikácie plánovanej starostlivosti a s plynutím lehoty sú spojené aj určité povinnosti pre ZP (ods. 12 a 13), je potrebné zabezpečiť, aby poskytovateľ vyhotovil návrh bezprostredne po indikácii. Alternatívne navrhujeme upraviť počítanie plynutia časovej dostupnosti odo	Z	A	

	dňa doručenia návrhu do zdravotnej poisťovne.			
Union ZP	Čl. IX bod 3 § 42 ods. 4 písm. a) Pripomienka: v § 42 ods. 4 písm. a) navrhujeme „do 24 hodín od vyhotovenia“ nahradiť: „nasledujúci pracovný deň po vyhotovení“.	O	A	
Union ZP	Čl. IX bod 3 § 42 ods. 4 písm. e) Pripomienka: v § 42 ods. 4 písm. e) navrhujeme pred bodku doplniť: „celkovo a pre každú zdravotnú poisťovňu zvlášť“. Odôvodnenie: navrhujeme, aby PZS nahlasoval celkovú kapacitu pre poskytovanie plánovanej ZS, ale aj pre každú zdravotnú poisťovňu zvlášť.	O		
Union ZP	Čl. IX bod 3 § 42 ods. 5 Pripomienka: V § 42 navrhujeme prvú vetu odseku 5 preformulovať nasledovne: „Prevádzkovateľ nemocnice pri určovaní predpokladaného dátumu poskytnutia plánovanej starostlivosti zohľadňuje súhrnný zoznam čakajúcich poistencov uverejnený národným centrom podľa osobitného zákona ³⁴) s prihliadnutím na aktuálny zdravotný stav poistenca. Prevádzkovateľ nemocnice môže zohľadniť požiadavku na zmenu zo strany poistenca, ktorá nemá za následok zvýhodnenie poradia na čakacej listine.“ Odôvodnenie: V individuálnych prípadoch môže aktuálny zdravotný stav poistenca vyžadovať poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti skôr, PZS by preto mal mať možnosť zvážiť najmä zdravotné potreby pri navrhovaní plánovanej ZS	Z	A	
Union ZP	Čl. IX bod 9 § 45 ods. 16 Pripomienka: v § 45 ods. 16 navrhujeme vypustiť „po vzájomnej dohode zdravotnej poisťovne a prevádzkovateľa nemocnice.“ Namiesto toho navrhujeme doplniť novú vetu, ktorá nie: „Zoznam poistencov zaradených do zoznamu čakajúcich poistencov podľa právnych predpisov účinných do 31. decembra 2022 zašle prevádzkovateľ a nemocnice zdravotnej poisťovni najneskôr do 31.01.2023.“	O	A	
Union ZP	Čl. VII., Pripomienka nad rámec MPK k § 19 ods. 5 zákona č. 578.2004 Z. z. pripomienka nad rámec MPK: § 19 ods. 5 zákona č. 578/2004 Z. z. navrhujeme upraviť nasledovne Orgán príslušný na vydanie povolenia preruší konanie o zrušení povolenia podľa odseku 1 písm. a), ak sa voči držiteľovi povolenia vykonáva dohľad nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti podľa osobitného predpisu ^{60b}), vedie konanie o uložení pokuty podľa tohto zákona alebo podľa osobitného predpisu ^{22a}), alebo vykonáva kontrolnú činnosť podľa osobitného predpisu 4). Orgán príslušný na vydanie povolenia v konaní o zrušení povolenia pokračuje po skončení dohľadu nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti podľa osobitného predpisu ^{60b}), po právoplatnom skončení konania o uložení pokuty podľa tohto zákona alebo podľa osobitného predpisu ^{22a}), alebo po skončení kontrolnej činnosti. Odôvodnenie: pri výkone kontroly sa stáva, že PZS požiada o zrušenie povolenia a následne aj o zrušenie právnickej osoby, aby sa vyhol dôsledkom revíznej kontroly v podobe povinnosti vrátiť sumu zistenej neoprávnene vykázananej ZS.	O	N	Pripomienka je nad rámec návrhu zákona. Návrh bol postúpený vecnej sekcii na ministerstve.
Union ZP	Čl. IX bod 1 § 39 ods. 1 písm. d) bod 1 Pripomienka: V § 39 ods. 1 písm. d) bod 1 navrhujeme vypustiť rodné číslo, telefonický kontakt a emailovú adresu poistenca. Odôvodnenie: V záujme zachovania zásad ochrany osobných údajov nepovažujeme za zákonné zasielať osobné údaje poistencov, ale iba anonymizované údaje.	O	ČA	Ustanovenie prepracované.
Union ZP	Čl. VIII bod 10, § 6 ods. 10 písm. b) Pripomienka: § 6 ods. 10 písm. b) v bod 1 navrhujeme vypustiť. Odôvodnenie: nevidíme	Z	N	Priebežné oznamovanie údajov o prihláškach zníži chybovosť, umožní priebežné riešenie zistených chýb

	opodstatnenie na priebežné oznamovanie prijatých prihlášok, považujeme to za zbytočnú administratívnu a časovú záťaž. Ak by našej požiadavke nebolo vyhovené, navrhujeme slovo „piatich“ nahradiť slovom „desiatich“ dní a dátum do „5. októbra“ nahradiť do „10. októbra“; a v bode 4 taktiež dátum do „5. októbra“ nahradiť do „10. októbra“.			v prihláškach a zníži jednorazový nápor na spracovanie údajov v CRP a v jednotlivých zdravotných poisťovniach na konci septembra.
Union ZP	Čl. VIII bod 12, § 6 ods. 11 písm. h) Pripomienka: §6 ods. 11 písm. b) navrhujeme preformulovať: „do piatich dní odo dňa oznámenia zdravotnej poisťovne o prijatej prihláške informáciu o dátume prijatia prihlášky v inej zdravotnej poisťovni, dátume podania prihlášky, dátume prijatia späťvzatia prihlášky a dátume podania späťvzatia prihlášky pri zmene zdravotnej poisťovne, informáciu o zdravotnej poisťovni, ktorá bude príslušnou zdravotnou poisťovňou poistenca a informáciu o aktuálne príslušnej zdravotnej poisťovni.“ Odôvodnenie: navrhovaná formulácia bola zmätočná a zložitá, preto navrhujeme zrozumiteľnejšiu formuláciu	O	A	
Union ZP	Čl. VIII bod 13, § 6 ods. 11 písm. c) Pripomienka: § 6 ods. 11 písm. c) navrhujeme vypustiť v súvislosti s návrhom na vypustenie § 6 ods. 4 písm. a) . Môže narušat' výkon rodičovských práv. Zverením dieťaťa do starostlivosti inej FO alebo PO nestráca rodič svoje rodičovské práva, pokiaľ o tom súd samostatne nerozhodol. Týmto ustanovením by sme obmedzili výkon rodičovský práv zákonných zástupcov dieťaťa.	O	ČA	text upravený tak, aby bolo zrejmé, že sa týka iba situácie, kedy sa rozsah náhradnej starostlivosti vzťahuje aj na možnosť podania prihlášky za maloletého poistenca
Union ZP	Čl. VIII bod 15 § 7 ods. 4 Pripomienka: zásadne nesúhlasíme a navrhujeme vypustiť. Odôvodnenie: ide o výrazne znemožnenie realizácie práva poistencov na zmenu zdravotnej poisťovne sťaženie realizácie povinnosti podať prihlášku pri vzniku zdravotného poistenia a napokon zasahuje do súťaže medzi zdravotnými poisťovňami, a podľa nášho názoru jednoznačne smeruje k preferovaniu Všeobecnej zdravotnej poisťovne. Takéto obmedzenia vnímame ako neproporcionálne vo vzťahu k tomu, čo sa má týmto ustanovením dosiahnuť, K akceptačnému listu: - v rozpore s aktivitami štátu na zníženie administratívnej záťaže (občanov), - prakticky znemožní zdravotnej poisťovne, po zavedení tejto (nadbytočnej) administratívne záťaže pre poistenca, - akceptačný list nemá žiadnu pridanú hodnotu pre poistenca alebo zdravotnú poisťovňu (či pôvodnú alebo novú), je to len byrokratická záťaž, - praktické znemožnenie vstupu nových investorov na trh verejného zdravotného poistenia (zdravotných poisťovní) na trh, vzhľadom na § 39 ods. 1 písm. i), - zvýšenie prevádzkových nákladov zdravotnej poisťovne, bez adekvátnej hodnoty - zdravotná poisťovňa môže účelovo opomínať svoju povinnosť vydávať akceptačné listy a tým znemožniť právo poistenca na zmenu ZP. K úradne osvedčenému podpisu/kvalifikovanému elektronickému: - uvedené ustanovenie nemá obdobu v podobných službách, považujeme ho preto za byrokratickú nezmyselnosť - príklady, sociálna poisťovňa (žiadosti o niektoré dávky je možné podať cez elektronický formulár bez potreby podpisu), DDS (zmluva môže byť podpísaná "jednoduchým" podpisom), - byrokratická a finančná záťaž pre poistenca, ktorý chce zmeniť zdravotnú poisťovňu alebo splniť svoju povinnosť podať prihlášku do ZP, - znemožnenie vstupu nových hráčov na trh, - sťaženie prístupu k právu poistenca na výber zdravotnej poisťovne, - de facto tak dôjde k zrušeniu konkurencie/ súťaže medzi zdravotnými poisťovňami, čo v konečnom dôsledku bude viesť k zhoršeniu kvality služieb pre poistenca.	Z	A	
Union ZP	Čl. VIII bod 21 § 25a V súvislosti s našou pripomienkou k bodu 21 navrhujeme: 1.V § 25a ods. 2 písm. a)	Z	N	Pripomienka nad rámec rozsahu novely. Bod 21 neotvára znenie § 25a

	<p>navrhujeme za text „ak je pridelené“ doplniť text „meno, priezvisko, trvalý alebo prechodný pobyt samostatne zárobkovo činnnej osoby, ak sú tieto údaje odlišné od obchodného mena, sídla alebo miesta podnikania“ 2.V § 25a ods. 2 písm. b) navrhujeme upraviť nasledovne „u právnickej osoby obchodné meno, sídlo alebo miesto podnikania, identifikačné číslo, meno, priezvisko, trvalý alebo prechodný pobyt štatutárneho orgánu alebo členov štatutárneho orgánu a členov dozorného orgánu, údaj o tom, či má štatutárny orgán alebo členovia štatutárneho orgánu a členovia dozorného orgánu právo len na úhradu zdravotnej starostlivosti podľa § 9 ods. 3 a výšku pohľadávky. Odôvodnenie: V súvislosti s navrhnutou úpravou §9 ods. 3 je potrebné rozšíriť údaje uvádzané v zozname dlžníkov vo vzťahu k právnickým osobám o údaje osôb v pozícii štatutárneho orgánu, resp. v pozícii členov štatutárneho orgánu (navrhovaného doplnenie § 25a ods. 2 písm. b) a dozorného orgánu. Zároveň navrhujeme doplniť v § 25a ods. 2 písm. a) o údaje o mene priezvisku a bydlisku SZČO, nakoľko v prípade, ak má SZČO obchodné meno odlišné od jej mena a priezviska, nie je možné pri overovaní nároku na zdravotnú starostlivosť odhaliť existenciu dlhu SZČO (ako zamestnávateľa), nakoľko táto je v zozname dlžníkov vedená pod obchodným menom.</p>			
Union ZP	<p>Čl. VIII bod 23, § 9 ods. 7 písm. e) Navrhujeme znenie § 9 ods. 7 písm e) nahradiť nasledovne: neodkladnú starostlivosť poistencovi podľa odseku 3 a 4 voči fyzickej osobe alebo právnickej osobe, ktorá porušila povinnosť uhradiť náklady vzniknuté pri jej ďalšom poskytnutí podľa odseku 5. Odôvodnenie: Legislatívno-technická pripomienka v súvislosti s pripomienkou k bodu 21.</p>	Z	N	Pripomienka k bodu 21 nebola akceptovaná
Union ZP	<p>Čl. VIII bod 41, § 12 ods. 5 Pripomienka: v § 12 navrhujeme doplniť nový odsek 5, ktorý znie: V prípade nesplnenia si oznamovacej povinnosti poistenca podľa §23 ods.1, písm. e), sa znížená sadzba uplatní až v kalendárnom mesiaci, kedy si poistenec oznamovaciu povinnosť splnil, ak v odseku 4 nie je uvedené inak. Odôvodnenie: v praxi sa bežne stáva, že poistenec oznámi zamestnávateľovi aj dva roky spätne, že má nárok na zníženú sadzbu, a ten musí opravovať spätne mesačné výkazy.</p>	O	A	na zváženie; pripomienka je logická (aj keď nad rámec rozsahu novely) a v prípade všeobecného súhlasu ZP by sa mohla akceptovať
Union ZP	<p>Čl. VIII bod 47 § 13a Upozorňujeme na riziko návrhu pri poistencoch, ktorí sú zamestnanci so skráteným úväzkom, či už z dôvodu, že si nevedia nájsť prácu na plný úväzok, alebo im okolnosti neumožňujú vykonávať prácu na plný úväzok. Prijatie takto navrhovanej novely by spôsobilo ešte väčšie finančné zaťaženie skupiny zamestnancov so skráteným úväzkom čím by sa mohla prehĺbiť ich sociálna odkázanosť na pomoc štátu. Pre detailnejšie vysvetlenie, poistenec, ktorého výška mzdy nedosiahne minimálny VZ, bude musieť rozdiel medzi skutočnou výškou mzdy a minimálnym VZ doplatiť sadzbou 14 %.</p>	O	A	Minimálny vymeriavací základ zamestnanca upravený tak, aby bol vo výške životného minima pre 1 osobu, zároveň ponechané ustanovenia o uplatnení odpočítateľnej položky bez zmeny. Minimálny základ vo výške životného minima zabezpečí, aby nízko príjmové osoby s reálnym príjmom nižším ako životné minimum neboli postihnuté negatívnymi dopadmi, nakoľko tieto osoby majú možnosť byť poistencami štátu (dávka v hmotnej núdzi a pod.), pričom na poistencov štátu sa minimálny základ zamestnanca vzťahovať nebude.
Union ZP	<p>Čl. VIII bod 61 § 25b Pripomienka: Union ZP nesúhlasí s návrhom konania vo veciach vymáhania pohľadávok podľa §25b a násl. a navrhuje ho vypustiť. Odôvodnenie: Máme za to, že zdravotným poisťovním by nemala byť štátom zverená právomoc pri vymáhaní pohľadávok ako je navrhované v bode 61, keďže tieto sú obchodnými spoločnosťami založenými podľa Obchodného zákonníka. Navyše navrhovaná zmena by viedla k zvýšeniu prevádzkových</p>	Z	A	

	<p>nákladov zdravotných poisťovní. Ak by našej požiadavke nebolo vyhovené, navrhujeme Zadefinovať trovy konania ako paušálnu náhradu nákladov s pevnou sumou, podobne, ako je to v zákone o zastavení starých exekúcií, V § 25c doplniť pred „výkaz nedoplatkov“ „právoplatný a vykonateľný“ Posunúť účinnosť povinnosti postupovať podľa §25b od 1.1.2024 s tým, že v roku 2023 by vymáhanie pohľadávok podľa § 25b a následne bolo možnosťou zdravotnej poisťovne Pripomienka: V §179a ods. 1 zákona č. 233/1995 Z. z. o súdnych exekútoroch a exekučnej činnosti (Exekučný poriadok) a o zmene a doplnení ďalších zákonov navrhujeme nasledovné znenie: „(1) Exekútor môže vydať príkaz na zadržanie vodičského preukazu tomu, kto nesplní výživné stanovené rozhodnutím súdu alebo kto neuhradí pohľadávku zdravotnej poisťovne z výkazu nedoplatkov*) alebo právoplatného a vykonateľného rozhodnutia úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou podľa osobitného zákona*).*“ *) §17a zákona č. 580/2004 Z. z. *) zákon č. 581/2004 Z. z. alternatívne V §25i navrhujeme doplniť nové písm. c), ktoré znie „c) príkazom na zadržanie vodičského preukazu.“ Odôvodnenie: Za účelom zvýšenia úspešnosti vymáhania pohľadávok zdravotnej poisťovne na poistnom navrhujeme rozšírenie spôsobov výkonu exekúcie, konkrétne aby ju bolo možné vykonať príkazom na zadržanie vodičského preukazu. Tento spôsob výkonu exekúcie pomôže motivovať dlžníkov plniť ich zákonné povinnosti. Zároveň by tento spôsob vymáhania dlžného poistného nepostihoval skupinu ľudí bez domova, čo je cieľom predkladateľa novely. Dáta ukazujú, že najväčšou skupinou dlžníkov sú muži od 20-30 rokov, ktorí by mohli byť efektívne zasiahnutí týmto spôsobom vymáhania. V prípade, že vymáhanie pohľadávok bude v zmysle tohto legislatívneho návrhu zverené zdravotným poisťovňam, navrhujeme aby bol tento spôsob vymáhania pohľadávok doplnený do zákona č. 580/2004 Z.z. navrhovaným § 25b a nasl., ktoré upravujú konanie vo veciach vymáhania pohľadávok.</p>			
<p>Union ZP</p>	<p>Čl. VIII bod 7 § 6 ods. 5 Pripomienka: nesúhlasíme s doplnením § 6 ods. 5, navrhujeme vypustiť. Odôvodnenie: diskriminuje zdravotnú poisťovňu s najmenším poistným kmeňom, v ktorej podľa tohto pravidla nikdy nebude poistený poistenec s viac ako jednou podanou prihláškou. Navrhujeme ponechať pôvodnú úpravu duplicity prihlášok (§ 7 ods. 5 a 6) .</p>	<p>Z</p>	<p>N</p>	<p>Ustanovenie rieši iba špecifickú situáciu, kedy poistenec podal viacero prihlášok a nie je možné zistiť, ktorá z prihlášok bola podávaná ako prvá.</p>
<p>Union ZP</p>	<p>Čl. VIII bod 8 § 6 ods. 9 Pripomienka: zásadne nesúhlasíme s úpravou § 6 ods. 9 písm. a) body 2 a 3, navrhujeme vypustiť. Odôvodnenie: ide o výrazne znemožnenie realizácie práva poistencov na zmenu zdravotnej poisťovne sťaženie realizácie povinnosti podať prihlášku pri vzniku zdravotného poistenia a napokon zasahuje do súťaže medzi zdravotnými poisťovňami, a podľa nášho názoru jednoznačne smeruje k preferovaniu Všeobecnej zdravotnej poisťovne. Takéto obmedzenia vnímame ako neproporcionálne vo vzťahu k tomu, čo sa má týmto ustanovením dosiahnuť, K akceptačnému listu: - v rozpore s aktivitami štátu na zníženie administratívnej záťaže (občanov), - prakticky znemožní zmenu zdravotnej poisťovne, po zavedení tejto (nadbytočnej) administratívne záťaže pre poistenca, - akceptačný list nemá žiadnu pridanú hodnotu pre poistenca alebo zdravotnú poisťovňu (či pôvodnú alebo novú), je to len byrokratická záťaž, - praktické znemožnenie vstupu nových investorov na trh verejného zdravotného poistenia (zdravotných poisťovní) na trh, vzhľadom na § 39 ods. 1 písm. i), - zvýšenie prevádzkových nákladov zdravotnej poisťovne, bez adekvátnej hodnoty - zdravotná poisťovňa môže účelovo opomínať svoju povinnosť vydávať akceptačné listy a tým</p>	<p>Z</p>	<p>ČA</p>	<p>Bod 2 vypustený. Nutnosť identifikácie poistenca sa javí ako potrebná a v návrhu ostala zachovaná.</p>

	znemožniť právo poistenca na zmenu ZP. K úradne osvedčenému podpisu/kvalifikovanému elektronickému: - uvedené ustanovenie nemá obdobu v podobných službách, považujeme ho preto za byrokratickú nezmyselnosť - príklady, sociálna poisťovňa (žiadosti o niektoré dávky je možné podať cez elektronický formulár bez potreby podpisu), DDS (zmluva môže byť podpísaná "jednoduchým" podpisom), - byrokratická a finančná záťaž pre poistenca, ktorý chce zmeniť zdravotnú poisťovňu alebo splniť svoju povinnosť podať prihlášku do ZP, - znemožnenie vstupu nových hráčov na trh, - sťaženie prístupu k právu poistenca na výber zdravotnej poisťovne, - de facto tak dôjde k zrušeniu konkurencie/ súťaže medzi zdravotnými poisťovňami, čo v konečnom dôsledku bude viesť k zhoršeniu kvality služieb pre poistenca.			
Union ZP	Čl. VIII bod. 16, § 7 ods. 5 a 6 Pripomienka: v § 7 navrhujeme ponechať odseky 5 a 6. Odôvodnenie súvisí s našou pripomienkou k § 6 ods. 5.	Z	N	Pripomienka k § 6 ods. 5 akceptovaná nebola.
Union ZP	Čl. VIII, bod 14, § 6 ods. 15 Pripomienka: zásadne nesúhlasíme s povinnosťou podľa § 6 ods. 15 zdravotnej poisťovne informovať poistenca, ktorý zmenil ZP o tejto informácii, navrhujeme vypustiť. Odôvodnenie: považujeme za nelogické, administratívne zbytočné a finančne nákladné oznamovať poistencovi, ktorý sám prejavil vôľu zmeniť zdravotnú poisťovňu a vykonal za týmto účelom potrebné úkony, aby sme mu túto skutočnosť oznamovali. Táto povinnosť nemá žiaden zmysel ani účel.	Z	N	Vzhľadom k problémom z aplikačnej praxe z minulosti a sporom ohľadne podvodných podaní prihlášok sa javí ako účelné a správne, aby mal poistenec k dispozícii informáciu o vzniku poistného vzťahu v novej poisťovni čo najskôr.
Union ZP	Čl. VIII, bod 21 § 9 ods. 4 až 7 Pripomienka: § 9 ods. 2 a 4 - Union ZP nesúhlasí s návrhom zrušenia obmedzenia zdravotnej starostlivosti plošne pre všetkých dlžníkov. Práve obmedzenie zdravotnej starostlivosti je nástrojom ako motivovať dlžníka k úhrade. Myslíme si, že takýto krok bude negatívne vnímaný platiteľmi, ktorí si svoje odvody riadne platia a voči ním nespravodlivý. Jedným z preukázateľných dôvodov na pravidelnú úhradu zdravotných odvodov zo strany platiteľov je nárok na plný rozsah zdravotnej starostlivosti. Union ZP si vie predstaviť ist' cestou „nemeckého modelu“, t.j. osoby, ktoré sú dlžníkmi na verejnom zdravotnom poistení majú nárok iba na neodkladnú zdravotnú starostlivosť, avšak naďalej majú nárok aj na preventívne vyšetrenia (s dôrazom na včasné zachytenie ochorenia, najmä srdcovo-cievne a obličkové choroby, cukrovka, rakovina...) a majú nárok na kompletnú zdravotnú starostlivosť, týkajúcu sa pôrodu. Zároveň požadujeme posunutie účinnosti tejto zmeny a to aj v prípade, ak by našej požiadavke nebolo vyhovené, a to na 01.01.2024 vzhľadom na rozsiahle zmeny informačného systému, ktoré by si táto zmena vyžadovala. Zároveň navrhujeme doplniť do doterajšieho znenia § 9 nový ods. 3 v znení: „Poistenec, ktorý je štatutárnym orgánom alebo členom štatutárneho orgánu obchodnej spoločnosti, ktorá je ako platiteľ poistného dlžníkom zdravotnej poisťovne podľa § 25a ods. 1, má právo len na úhradu zdravotnej starostlivosti v rozsahu podľa § 9 ods. 2“ Doterajšie ods. 3 až 7 sa označujú ako odseky 4 až 8. Odôvodnenie: Za účelom zvýšenia úspešnosti výberu poistného zároveň navrhujeme doplnenie ustanovenia § 9 ods. 3, ktoré má za cieľ posilniť zodpovednosť členov štatutárneho orgánu a dozorného orgánu obchodných spoločností vykonávajúcich podnikateľskú činnosť v zmysle obchodného zákonníka za neplnenie povinnosti platiteľa poistného odvádzať poistné na verejné zdravotné poistenie a zároveň prispieje k ich motivácii si tieto povinnosti plniť.	Z	N	Obmedzenie nároku na zdravotnú starostlivosť pri dlžníkovi iba na neodkladnú je zrejme najtvrdšie v EU; veľká väčšina členských štátov EU (vrátane Českej republiky) takéto obmedzenie vôbec nemá a napriek tomu v týchto krajinách nie je evidovaný žiaden pokles úspešnosti výberu poistného v porovnaní so SR. Zdravotným poisťovňiam naďalej ostáva k dispozícii celé spektrum nástrojov na vymáhanie, vrátane exekučných konaní. Pokiaľ ide o šetrenie prostriedkov na zdravotnú starostlivosť, veľmi často je práve akútna zdravotná starostlivosť drahšia, ako prevencia a odkladná zdravotná starostlivosť.

Union ZP	Čl. VIII. bod 22 § 9 ods. 5 V § 9 ods. 6 prvej vete sa slová „odseku 4“ nahrádzajú slovami „odseku 5“ Odôvodnenie: legislatívno-technická pripomienka v súvislosti s pripomienkou k bodu 21.	Z	N	pripomienka k bodu 21 nebola akceptovaná
Union ZP	Čl. VIII. bod 5 § 6 ods. 4 písm. a) Pripomienka: nesúhlasíme s návrhom na úpravu § 6 ods. 4 písm. a), navrhujeme vypustiť Odôvodnenie: táto úprava môže narúšať výkon rodičovských práv. Zverením dieťaťa do starostlivosti inej FO alebo PO nestráca rodič svoje rodičovské práva, pokiaľ o tom súd samostatne nerozhodol. Týmto ustanovením by sme obmedzili výkon rodičovský práv zákonných zástupcov dieťaťa.	O	ČA	upravený text
Union ZP	Čl. VIII., bod 17., § 8 ods. 1 Pripomienka: nesúhlasíme s úpravou § 8 ods. 1 navrhujeme vypustiť. Odôvodnenie je rovnaké ako pri našej pripomienke k § 6 ods. 9 písm. a) v súvislosti s potrebou overeného podpisu.	Z	N	Overenie podpisu poistenca, ak prihláška nebola podaná osobne, sa javí ako potrebné a správne.
Union ZP	Čl. VIII., bod 19. § 8 ods. 4 Pripomienka: nesúhlasíme s úpravou § 8 ods. 4 navrhujeme vypustiť. Odôvodnenie je rovnaké ako pri našej pripomienke k § 6 ods. 9 písm. a) v súvislosti s akceptačným listom.	Z	A	
Union ZP	Čl. VIII., bod 20 §8a ods. 3 písm. b) Pripomienka: v § 8a ods. 3 písm. b) navrhujeme vypustiť požiadavku úradne osvedčeného podpisu na späťvzatie. Odôvodnenie: Vypustiť úradne osvedčený podpis navrhujeme z rovnakých dôvodov, aké sme uviedli pri odmietnutí úradne osvedčeného podpisu na prihláške (v § 6 ods. 9 písm. a) bod 3).	Z	N	Overenie podpisu poistenca, ak späťvzatie nebolo podané osobne, sa javí ako potrebné a správne.
Union ZP	Čl. VIII., bod. 20, § 8a ods. 2 Pripomienka: V § 8a ods. 2 navrhujeme lehotu na podanie späťvzatia predĺžiť z 15 dní na 30 dní. Odôvodnenie: predĺženie lehoty navrhujeme v záujme zabezpečenia dostatočného časového priestoru pre poistenca pre realizáciu svojho práva vziať prihlášku späť. Uvedené je v súlade s lehotami napr. v spotrebiteľskom práve alebo podobných službách.	Z	ČA	lehota predĺžená do konca prepoisťovacej kampane.
Union ZP	Čl. X Navrhujeme upraviť účinnosť zákona v zmysle našich predchádzajúcich pripomienok a s ohľadom na časovú náročnosť implementácie procesov súvisiacich s novými povinnosťami zdravotných poisťovní ukladanými predmetným legislatívnym návrhom.	Z	A	
Union ZP	Pripomienka nad rámec MPK navrhujeme upraviť § 4 ods. 1 písm. e), ods. 2 písm. e) a ods. 3 písm. a) zákona č. 581/2004 Z. z. nasledovne: "člen predstavenstva, člen dozornej rady, prokurista alebo zamestnanec inej tuzemskej zdravotnej poisťovne,“. Odôvodnenie: Podľa Union ZP nemôže dochádzať ku konfliktu záujmov v prípadoch, ak člen predstavenstva / dozornej rady / vedúci zamestnanec zdravotnej poisťovne má zároveň vzťah so zahraničnou zdravotnou poisťovňou. Zdravotné poisťovne vykonávajú činnosť výhradne na území Slovenskej republiky.	Z	A	
Union ZP	Pripomienka nad rámec MPK k §6 ods. 3 zákona č. 581.2004 Z. z. v súvislosti s tvorbou technických rezerv na plánovanú zdravotnú starostlivosť navrhujeme v § 6 ods. 3 zákona č. 581/2004 Z. z. vypustiť písm. c) a zároveň vypustiť odsek 4. Odôvodnenie: Tvorba rezervy na úhradu plánovanej zdravotnej starostlivosti je v konflikte so zákonom o účtovníctve. Jej implementácia v rozsahu uvedenom v zákone by ohrozila hospodárenie zdravotných poisťovní aj keď v skutočnosti by nedošlo k peňažným tokom z týchto rezerv.	Z	ČA	Ustanovenie prepracované, doplnené prechodné ustanovenia.

UNM	<p>Čl. I., bod 58, § 43a ods. 3 § 43a ods. 3 tretia veta obsahuje odkaz na neexistujúce ustanovenie "§ 43a odsek 1 písm. c) alebo d)"</p>	O	A	
UOOU SR	<p>čl. I bodu 10 K čl. I bodu 10: V § 6a požadujeme ods. 9 vypustiť. Táto pripomienka je zásadná. Odôvodnenie: Navrhovaný odsek považujeme za nezákonný, nakoľko v § 9 ods. 2 nariadenia (EÚ) 2016/679 jediný aplikovateľný právny základ na opísané účely (zabezpečenia zlepšenia zdravia poistencov, zabránenia zhoršovania zdravia poistencov, podpory zdravého spôsobu života poistencov, zvyšovania kvality a efektivity poskytovanej zdravotnej starostlivosti smie zdravotná poisťovňa poskytovať pre poistencov poradenstvo v oblasti zdravia, prevencie chorôb, zdravej životosprávy a zdravého životného štýlu) je výslovný súhlas dotknutej osoby podľa čl. 9 ods. 2 písm. a) nariadenia (EÚ) 2016/679. Vzhľadom na zásah týchto činností do vysoko citlivých osobných údajov a osobnosti konkrétneho poistenca, pri získavaní výslovného súhlasu si budú môcť slobodne rozhodnúť, či majú záujem o navrhované spracúvanie ich osobných údajov poisťovňou na tieto účely. Táto pripomienka je zásadná aj z dôvodu, že poisťovňa nemá rozsah spracúvaných osobných údajov definovaný tak ako to v súčasnosti vyžaduje čl. 6 ods. 3 nariadenia (EÚ) 2016/679 a preto, odkaz na § 16 ods. 7, ktorý uvádza: Zdravotná poisťovňa pri svojej činnosti spracúva osobné údaje35ca) dotknutých osôb v rozsahu svojej činnosti a iné údaje poistencov a ich zákonných zástupcov, tretích osôb, voči ktorým má zdravotná poisťovňa pohľadávku podľa osobitného predpisu, považujeme za nedostatočný.</p>	Z	A	
UOOU SR	<p>čl. I bodu 58 k § 43d ods. 1 písm. f) K čl. I bodu 58 k § 43d ods. 1 písm. f): Požadujeme možnosť vyžadovať sprístupnenie zdravotnej dokumentácie formou zaslania kópie v rozsahu a lehote určenej osobou oprávnenou na výkon dohľadu vypustiť alebo doplniť o konkrétne opatrenia, ktoré budú toto oprávnenie limitovať a zabezpečia dostatočné záruky pre práva dotknutých osôb. Táto pripomienka je zásadná. Odôvodnenie: Uplatnenou pripomienkou vyjadrujeme obavu, že pri výkone dohľadu nad zdravotnou starostlivosťou oprávnenou osobou môže prísť k neprimeranej žiadosti o údaje zo zdravotnej dokumentácie. Navrhované písm. f) okrem nahliadnutia pripúšťa aj sprístupnenie – formou zaslania kópie - zdravotnej dokumentácie bez akejkoľvek záruky, že nebudú sprístupnené údaje, ktoré nie sú potrebné a zaslanie kópie zo zdravotnej dokumentácie bude bezpečné.</p>	Z	ČA	<p>Podľa aktuálne platných (§ 43 ods. 5) aj navrhovaných ustanovení (§ 43b ods. 4) zákona, je podkladom na výkon dohľadu nad poskytovanou zdravotnou starostlivosťou zdravotná dokumentácia vedená podľa osobitného zákona. Okrem toho úrad dohliada aj na vedenie zdravotnej dokumentácie (§ 18 ods. 1 písm. b)). Na výkon dohľadu nie je možné požadovať iný rozsah zdravotnej dokumentácie ako úplnú. Obmedzenie prístupu oprávnených osôb k relevantnej zdravotnej dokumentácii by znamenalo nemožnosť vykonania dohľadu a zároveň zbytočnú administratívnu záťaž poskytovateľa. Opatrenia na ochranu pred zneužitím sú podľa nášho názoru dostatočne vyjadrené v rámci uvádzaného paragrafu a to konkrétne v odseku 2 písm. b). Zároveň v tejto súvislosti poukazujeme aj na ustanovenie § 76 ods. 2 zákona č. 581/2004 Z. z.</p> <p>V zmysle rozporového rokovania dňa 14. septembra bude v dôvodovej správe špecifikované, že poskytovanie zdravotnej dokumentácie formou zaslania kópie bude musieť spĺňať bezpečnostné opatrenia pri zasielaní kópie. Rozpor bol odstránený.</p>
UOOU SR	<p>čl. IV bodu 2. k § 170 ods. 27</p>	Z	A	<p>Celý článok bol vypustený, z toho dôvodu je</p>

	<p>K čl. IV bodu 2. k § 170 ods. 27: Požadujeme doplniť účel poskytovania, zoznam osobných údajov pre každý účel samostatne, ktoré bude Sociálna poisťovňa povinná poskytnúť zdravotným poisťovňiam. Požadujeme tiež doplnenie ďalších podmienok spracúvania požadovaných čl. 6 ods. 3 nariadenia (EÚ) 2016/679 Táto pripomienka je zásadná.</p> <p>Odôvodnenie: Navrhovaný text § 170 ods. 27 nezodpovedá z pohľadu ochrany osobných údajov kritériám jasnosti a predvídateľnosti ustanovenia upravujúceho spracúvanie. Sociálna poisťovňa osobné údaje získava pre jej vlastné účely. Ak sa týmto zákonom vytvára právny základ na poskytovanie osobných údajov aj iným subjektom, navrhovaná legislatívna technika nespĺňa ústavnoprávne požiadavky na určitosť jej účelu pre tieto ďalšie spôsoby použitia údajov. Popiera totiž myšlienku, že akékoľvek údaje štát zbiera, musí tak robiť pre konkrétny účel, ktorý dokáže obhájiť v rámci legitímnosti a proporcionality. Nie je možné akceptovať, že údaje zozbierané Sociálnou poisťovňou na plnenie jej účelov, možno následne voľne použiť na akékoľvek ďalšie účely bez toho, aby tieto bolo treba osobitne posúdiť a rešpektovať požiadavky nariadenia (EÚ) 2016/679 (najmä čl. 5, čl. 6 ods. 3 a pod.). Nestačí jednoduchá legislatívna poznámka s demonštratívnym výpočtom možných predpisov, poznámky pod čiarou nie sú súčasťou právneho predpisu a majú iba informatívnu povahu, a preto nesmú obsahovať údaje, ktoré majú normatívnu povahu. Súčasný návrh zákona obsahuje iba jeden relevantný odkaz na účel, pre ktorý sa majú údaje zo Sociálnej poisťovne odovzdávať - § 25j zákona č. 580/2004 Z.z. - Vymáhanie pohľadávok zrážkami zo mzdy a z iných príjmov, ktorý sa Úradu zdá ako neúčelný, nakoľko zdravotná poisťovňa disponuje základnými osobnými údajmi na účely vymáhania pohľadávok.</p>			pripomienka bezpredmetná.
UOOU SR	<p>čl. IX bodu 1 k § 39 ods. 1 písm. d) bodu 1</p> <p>K čl. IX bodu 1 k § 39 ods. 1 písm. d) bodu 1: Požadujeme minimalizovať rozsah spracúvaných identifikačných údajov o fyzických osobách. Táto pripomienka je zásadná.</p> <p>Odôvodnenie: Nevidíme dôvod, prečo by mala zdravotná poisťovňa na účely kategorizácie ústavnej starostlivosti (§ 4), kategorizácie nemocníc (§ 10) a vyhodnotenia siete (§ 9) každoročne do 30. apríla predložiť ministerstvu zdravotníctva v elektronicky spracovateľnej podobe uvedené osobné údaje zo zoznamu čakajúcich poistencov. Na odovzdanie týchto osobných údajov zo strany zdravotnej poisťovne ministerstvu absentuje nevyhnutnosť a účelnosť ich využitia v stanovených účeloch ministerstva, pravdepodobne by postačili pseudonymizované alebo anonymizované údaje.</p>	Z	ČA	Ustanovenie bolo upravené.
UOOU SR	<p>čl. IX bodu 1 k § 40 ods. 12</p> <p>K čl. IX bodu 1 k § 40 ods. 12: Požadujeme, aby sa nesúhlas poistenca s ústavnou starostlivosťou preukazoval písomným vyhlásením, príp. elektronickou formou. Formou rozhovoru s call centrom žiadame z návrhu zákona vypustiť. Táto pripomienka je zásadná.</p> <p>Odôvodnenie: Z dôvodu nesprávnosti uvádzaných osobných údajov, s ktorými má úrad prax pri zaznamenávaní osobných údajov formou telefonického rozhovoru s call centrom, žiadame aby spracúvanie zdravotných údajov poistencov v tomto prípade prebiehalo formou písomného vyhlásenia alebo formou emailovej komunikácie zabezpečenou dostatočnou autentifikáciou, že ide o emailovú adresu poistenca.</p>	Z	ČA	Ustanovenie bolo upravené.
UOOU SR	<p>čl. IX bodu 1 k § 40 ods. 6</p> <p>K čl. IX bodu 1 k § 40 ods. 6: Požadujeme aby identifikátor návrhu bol povinne odosielaný písomne, ostatné spôsoby elektronickou komunikáciou alebo textovou správou iba doplnkovo. Táto pripomienka je zásadná. Odôvodnenie: Identifikátor návrhu považujeme za</p>	Z	A	

	osobný údaj, ktorý sa podľa § 40 ods. 8 má zverejňovať na webovom sídle s ďalšími údajmi, požadujeme aby sa obligatórne doručoval písomne, čím sa zabezpečí bezpečnosť a správnosť doručenia dotknutej osobe.			
UOOU SR	čl. VIII bodu 20. k § 8a ods. 5 písm. b) K čl. VIII bodu 20. k § 8a ods. 5 písm. b): Navrhujeme z rozsahu spracúvaných osobných údajov vypustiť „rodné priezvisko. V prípade potreby v celom návrhu zákona. Odôvodnenie: V bode 18, § 8 ods. 1 písm. b) sa navrhuje rodné priezvisko vypustiť, preto žiadame túto úpravu aplikovať aj v iných častiach zákona, napr. v § 8a ods. 5 písm. b).	O	A	
UOOU SR	čl. VIII bodu 61 k § 25k ods. 19 K čl. VIII bodu 61 k § 25k ods. 19: Požadujeme vypustiť slovo „najmä so sumou vykonaných zrážok zo mzdy“ a explicitne vymenovať rozsah osobných údajov, ktoré sa majú poskytnúť novému zamestnávateľovi. Táto pripomienka je zásadná. Odôvodnenie: Úradu nie je zrejмый dôvod, prečo by mal nový zamestnávateľ poznať výšku vykonaných zrážok a zostatku pre účely vymáhania pohľadávky. Takúto informáciu považujeme za citlivý osobný údaj a nový zamestnávateľ má vedieť iba zostatok pohľadávky – akú sumu musí zrážať zo mzdy, príp. iné vhodné údaje, ktoré musia byť v zákone explicitne vymenované. Legislatívna technika za pomoci slovíčka „najmä“ z pohľadu požiadaviek ochrany osobných údajov je nesprávna z dôvodu neurčitosti rozsahu osobných údajov, ktoré sa majú poskytovať novému zamestnávateľovi.	Z	A	Ustanovenie bolo vypustené v celom rozsahu.
UOOU SR	čl. VIII bodu 61 k § 25k ods. 20 K čl. VIII bodu 61 k § 25k ods. 20: Požadujeme navrhovanú právnu úpravu zosúladiť s požiadavkami čl. 6 ods. 3 nariadenia (EÚ) 2016/679. Táto pripomienka je zásadná. Odôvodnenie: Navrhovaný odsek zavádza povinnosť dlžníka predložiť potvrdenie od predchádzajúceho zamestnávateľa - novému platiteľovi mzdy za účelom písomného potvrdenia o vymáhaní pohľadávok zo strany zdravotnej poisťovne. Žiadame do zákona doplniť rozsah údajov, ktoré má potvrdenie obsahovať, účely na ktoré sa majú údaje poskytnúť, komu ich možno poskytnúť, dobu uchovávaní, príp. iné relevantné skutočnosti, aby prevádzkovatelia, ktorí majú takéto potvrdenia vytvárať a prijímať mali predvídateľné pravidlá s nakladaním takýchto potvrdení obsahujúcich osobné údaje dlžníkov. Alternatívne uviesť vzor potvrdenia v prílohe k tomuto zákonu.	Z	A	Ustanovenie bolo vypustené v celom rozsahu.
UOOU SR	čl. VIII bodu 61 k § 25l a 25m v spojení s čl. II zákona č. 483.2001 Z.z. v § 91 ods. 4 K čl. VIII bodu 61 k § 25l a 25m v spojení s čl. II zákona č. 483/2001 Z.z. v § 91 ods. 4: Požadujeme navrhované ustanovenia vypustiť alebo upraviť tak, aby poskytovali záruky ochrany bankového tajomstva primerané na zisťovanie stavu účtu/účtov zdravotnou povinnosťou. Táto pripomienka je zásadná. Odôvodnenie: Zákon opisuje postup ako má zdravotná poisťovňa vymáhať pohľadávky z účtov u poskytovateľov platobných služieb, ale absentujú akékoľvek záruky o zabezpečení vysoko citlivých osobných údajov o stave účtov dlžníkov, ktoré sa dostanú do vedomosti zdravotných poisťovní. Z tohto dôvodu požadujeme doplniť zabezpečenie ochrany osobných údajov na úrovni požiadaviek Exekučného poriadku napr. mlčanlivosť, ako sa bude s finančnými údajmi dlžníkov narábať, kedy ich musia vymazať. Avšak, podľa nášho názoru riziká spojené s poskytovaním údajov, ktoré sú bankovým tajomstvom zdravotným poisťovniam a ich ochrana (napr. v rozsahu navrhovanom § 25m ods. 2) neprevyšujú dôvody uvedené v dôvodovej správe: „Kombinácia vlastného vymáhania, s následnou možnosťou exekúcie, zabezpečí zvýšenie príjmov	Z	A	Ustanovenie bolo vypustené v celom rozsahu.

	<p>zdravotných poisťovní, skorší výber dlžného poistného a zníženie prevádzkových nákladov na trovy exekúcií. Zároveň dôjde k „zlacneniu“ exekúcií pre dlžníkov o trovy exekúcií. Samostatné vymáhanie sa osvedčilo aj v Sociálnej poisťovni, ktorá dosahuje aktuálne úspešnosť 43 % a došlo k zásadnému skráteniu procesu vymáhania.“ S poukazom, že postavenie Sociálnej poisťovne ako štátneho orgánu je rozdielne v porovnaní s postavením zdravotným poisťovní, ktoré nemajú povinnosť konať iba v rozsahu určenom zákonom. Z tohto dôvodu ich žiadame vypustiť a naďalej v prípade vymáhania pohľadávok týmto spôsobom využiť činnosť exekútora.</p>			
UOOU SR	<p>čl. VIII bodu 64 k § 38ezc K čl. VIII bodu 64 k § 38ezc: Navrhované ustanovenie požadujeme vypustiť. Táto pripomienka je zásadná. Odôvodnenie: V dôvodovej správe sa k tomuto prechodnému ustanoveniu neuvádzajú žiadne dôvody, preto nie je možné posúdiť nevyhnutnosť jednorazového poskytnutia osobných údajov o cudzincoch do 20.1.2023 z informačných systémov Ministerstva vnútra SR najväčšej zdravotnej poisťovni na účely zabezpečenia úhrad zdravotnej starostlivosti. Predpokladáme, že osobné údaje sa najväčšia zdravotná poisťovňa dozvie od lekárov, ktorí si úhradu neodkladnej zdravotnej starostlivosti vyúčtujú. V informačných systémoch Ministerstva vnútra SR sa nachádzajú aj cudzinci, ktorí zdravotnú starostlivosť na území SR nevyhľadajú, preto na vytvorenie takejto databázy s osobnými údajmi cudzincov v najväčšej zdravotnej poisťovni nevidíme dôvod.</p>	Z	N	<i>Rozpor bol odstránený.</i>
ÚVSR	<p>Článok I. vlastného materiálu, nový novelizačný bod pre § 76 ods. 5, písm. a) bod 8 zákona č. 581.2004 Z. z. (nad rámec novely) V nadväznosti na závery rozporového konania zo dňa 26.7.2022 k zásadnej pripomienke ÚV SR k návrhu zákona, ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 580/2004 Z. z. (LP/2022/344), navrhujeme doplniť do vlastného materiálu nový novelizačný bod, ktorým sa upraví znenie § 76 ods. 5 písm. a) bod 8 zákona č. 581/2004 Z. z. tak, aby sa za porušenie mlčanlivosti nepovažovala ani taká výmena informácií medzi zdravotnou poisťovňou a orgánmi podľa osobitného predpisu (medzi ktoré patrí aj ÚV SR ako orgán zabezpečujúci ochranu finančných záujmov EÚ), ktorá je realizovaná aj prostredníctvom iného komunikačného kanála, ako je informačný systém verejnej správy podľa osobitného predpisu (napr. na základe písomnej žiadosti orgánu verejnej správy). Uvedené je potrebné primerane zohľadniť aj v rámci ďalších relevantných právnych predpisov, a to najmä v rámci zákona č. 580/2004 Z. z. (§ 25). Príkladný návrh úpravy znenia § 76 ods. 5 písm. a) bod 8 zákona č. 581/2004 Z. z.: „orgánmi podľa osobitného predpisu,95f) ktoré sú poskytované z informačných systémov zdravotnej poisťovne elektronicky prostredníctvom informačného systému verejnej správy, alebo orgánom podľa osobitného predpisu (pozn. § 24 ods. 6 zákona č. 575/2001 Z. z.) na základe žiadosti podľa osobitného predpisu (pozn. § 25 ods. 9 zákona č. 580/2004 Z. z.),“ Odôvodnenie: Úrad vlády SR plní v zmysle viacerých právnych predpisov úlohy orgánu zabezpečujúceho ochranu finančných záujmov EÚ. V rámci plnenia týchto úloh je Úrad vlády SR okrem iného aj 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 vyšetrení Európskeho úradu pre boj proti podvodom (ďalej len OLAF), zabezpečovania, koordinácie a monitorovania výmeny informácií medzi subjektmi verejnej správy a vo vzťahu k OLAF-u, ak ide o podozrenia z podvodov a ďalších protiprávných konaní pri poskytovaní príspevku.</p>	Z	A	

	<p>V prípade, ak si OLAF vyžiada v rámci týchto administratívnych vyšetrení 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 je na efektívne plnenie úloh koordinačného útvaru pre boj proti podvodom dôležité upraviť/doplniť 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. Uvedená pripomienka úzko súvisí s pripomienkou Úradu vlády SR k článku VIII. vlastného materiálu (návrh na nový novelizačný bod pre § 25 ods. 9 zákona č. 580/2004 Z. z.).</p>			
ÚVSR	<p>Článok VIII. vlastného materiálu, nový novelizačný bod pre § 25 ods. 9 zákona č. 580.2004 Z. z. (nad rámec novely)</p> <p>V nadväznosti na závery rozporového konania zo dňa 26.7.2022 k zásadnej pripomienke ÚV SR k návrhu zákona, ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 580/2004 Z. z. (LP/2022/344), navrhujeme do článku VIII. vlastného materiálu doplniť nový novelizačný bod, ktorým sa do § 25 zákona č. 580/2004 Z. z. doplní nový odsek 9, ktorým sa zavedie pre Úrad vlády SR ako orgán zabezpečujúci ochranu finančných záujmov EÚ možnosť žiadať údaje podľa § 25 ods. 4 písm. a) až c) aj prostredníctvom iného komunikačného kanála, ako je informačný systém verejnej správy podľa osobitného predpisu (napr. na základe písomnej žiadosti orgánu verejnej správy). Odôvodnenie: Úrad vlády SR plní v zmysle viacerých právnych predpisov úlohy orgánu zabezpečujúceho ochranu finančných záujmov EÚ. V rámci plnenia týchto úloh je Úrad vlády SR okrem iného aj 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 vyšetrení Európskeho úradu pre boj proti podvodom (ďalej len OLAF), zabezpečovania, koordinácie a monitorovania výmeny informácií medzi subjektmi verejnej správy a vo vzťahu k OLAF-u, ak ide o podozrenia z podvodov a ďalších protiprávnych konaní pri poskytovaní príspevku. V prípade, ak si OLAF vyžiada v rámci týchto administratívnych vyšetrení informácie, ktoré sú uvedené v § 25 ods. 4 písm. a) až c) 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 je na efektívne plnenie úloh koordinačného útvaru pre boj proti podvodom dôležité upraviť/doplniť ustanovenia § 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. Príkladný návrh znenia § 25 ods. 9 zákona č. 580/2004 Z. z.: „Zdravotná poisťovňa poskytne údaje podľa § 25 ods. 4 písm. a) až c) na základe žiadosti orgánu podľa osobitného predpisu (pozn. § 24 ods. 6 zákona č. 575/2001 Z. z.) na účely plnenia úloh podľa osobitného predpisu (pozn. napr. zákon č. 292/2014, Z. z., zákon č. 121/2022 Z. z., zákon č. 10/1996 Z. z., zákon č. 368/2021). Zdravotná poisťovňa je oprávnená poskytnúť tieto údaje aj bez súhlasu dotknutých fyzických osôb a právnických osôb.“</p>	Z	A	
ÚVSR	<p>Článok VIII. vlastného materiálu, nový novelizačný bod pre poznámky pod čiarou č.</p>	Z	A	

	<p>55a) a 55b) § 25 ods. 4 zákona č. 580.2004 Z. z. (nad rámec novely) Navrhujeme upraviť znenie poznámok pod čiarou č. 55a) a 55b) tak, aby zahŕňali aj iné osobitné právne predpisy, a to buď použitím slova „Napríklad“ pred vymenovaním samotných osobitných právnych predpisov, alebo rozšírením predmetných poznámok pod čiarou o ďalšie osobitné právne predpisy, nakoľko finančné prostriedky EÚ sa poskytujú v rámci viacerých programových období a viacerých právnych predpisov a teda vymenovanie vybraných paragrafov zákona č. 292/2014 Z. z. nie je postačujúce (napr. na programové obdobie 2021-2027 je vo vzťahu k príspevkom z fondov EÚ účinný zákon č. 121/2022 Z. z., pre mechanizmus na podporu obnovy a odolnosti zákon č. 368/2021 Z. z. a pod.). Odôvodnenie: Navrhuje sa úprava poznámok pod čiarou č. 55a) a 55b) tak, aby boli pokryté aj iné programové obdobia, počas ktorých môžu taktiež byť poskytované finančné prostriedky EÚ.</p>			
<p>ÚVSR</p>	<p>vlastnému materiálu 1. K vlastnému materiálu, čl. VIII V § 3 ods. 3 žiadame doplniť nové písmeno l), ktoré znie: „l) zdržiava sa na území Slovenskej republiky a zároveň je štipendistom v rámci programu, ktorého vytvorenie schválila vláda Slovenskej republiky, alebo v rámci programu, ktorý sa realizuje na základe medzinárodnej zmluvy, alebo v rámci programu Európskej únie, alebo v rámci programu, ktorý sa realizuje podľa osobitného predpisu8aad), v prípade ak takejto fyzickej osobe je priznané štipendium na dobu v trvaní viac ako jeden mesiac; zoznam programov, ktorých sa toto ustanovenie týka, zverejňuje Ministerstvo školstva, vedy, výskumu a športu Slovenskej republiky na svojom webovom sídle, pričom Ministerstvo školstva, vedy, výskumu a športu Slovenskej republiky v zozname uvádza aj dátum ukončenia programu, ak k tejto skutočnosti dôjde.“ Poznámka pod čiarou k odkazu 8aad znie: „8aad) § 94a zákona 131/2002 Z. z.“. 2. K vlastnému materiálu, čl. VIII V § 11 ods. 7 žiadame doplniť nové písmeno w), ktoré znie: „w) štipendistu v rámci programu, ktorého vytvorenie schválila vláda Slovenskej republiky, alebo v rámci programu, ktorý sa realizuje na základe medzinárodnej zmluvy, alebo v rámci programu Európskej únie, alebo v rámci programu, ktorý sa realizuje podľa osobitného predpisu8aad), v prípade ak takejto osobe je priznané štipendium na dobu v trvaní viac ako jeden mesiac a zároveň ak ku dňu vzniku skutočnosti zakladajúcej vznik verejného zdravotného poistenia trvá existencia programu, ktorého sa toto ustanovenie týka.“. Odôvodnenie: Cieľom navrhovaných zmien je poskytnúť zdravotné poistenie financované z verejných zdrojov štipendistom z radov študentov prvého až tretieho stupňa VŠ a z radov VŠ učiteľov a vedcov počas ich pobytu na Slovensku, ktorí prichádzajú z krajín mimo EÚ. Navrhované zmeny majú prispieť k hlavnému cieľu formulovanému v Komponente 10 Plánu obnovy a odolnosti SR (POO), ktorý znie: „Cieľom je vytvoriť účinné politiky a nástroje na úspešné zapojenie Slovenska do obehu mozgov („brain circulation“) motivujúce zahraničných pracovníkov, vrátane emigrantov zo Slovenska, študentov, či podnikateľov k príchodu na Slovensko. Cieľom politik na podporu mobility je zmierniť narastajúci demografický tlak, prilákať ľudský kapitál nevyhnutný na rast slovenskej ekonomiky a plne profitovať z európskeho trhu s talentmi.“ Začlenenie štipendistov do verejného zdravotného poistenia taktiež vyplýva zo Stratégie internacionalizácie vysokého školstva do roku 2030, ktorú schválila vláda Slovenskej republiky svojim uznesením č. 731 z 8. 12. 2021 a ktorá je zároveň jedným z hlavných míľnikov pre napĺňanie POO. Poskytnutie zdravotného poistenia počas pobytov</p>	<p>Z</p>	<p>N</p>	<p>Zásadne nesúhlasíme s pripomienkou, ktorá je nad rámec návrhu zákona. Je absolútne nevhodné používať verejné zdravotné poistenie ako benefit na prilákanie štipendistov z tretích krajín na štúdium do SR. V súčasnosti celý rezort zdravotníctva zápasí s nedostatkom finančných prostriedkov, odchodom zdravotníkov a zdravotníckych pracovníkov, rastúcimi čakacími lehotami na poskytovanie zdravotnej starostlivosti... Zaradenie ďalšej (aj keď zatiaľ málo početnej) skupiny osôb medzi osoby, ktoré budú čerpať zdravotnú starostlivosť z tohto balíka (pričom tieto osoby ani ich blízke osoby do systému v minulosti neprispievali a veľmi pravdepodobne ani v budúcnosti väčšina z nich do systému prispievať nebude) sa nám pri súčasnej kriticknej situácii nezdá veľmi vhodné. Zároveň si je potrebné uviesť, že rezort zdravotníctva v súčasnosti zabezpečuje poskytovanie zdravotnej starostlivosti aj pre veľký počet osôb, ktoré nie sú účastníkmi systému verejného zdravotného poistenia a na území SR je im poskytované dočasné útočisko (vojnový konflikt na Ukrajine), uhrádzanie tejto zdravotnej starostlivosti je realizované ako mimoriadny výdavok štátneho rozpočtu; už z tohto dôvodu sa v súčasnosti výrazne zvyšuje tlak na kapacity systému a ešte viac je zvýraznené podfinancovanie celej tejto oblasti. Uvedomujeme si, že z pohľadu ministerstva školstva ide o hľadanie benefitov, ktoré by Slovenskú republiku zatriktívili v očiach budúcich štipendistov, pričom zdravotná starostlivosť "zdarma" je z pohľadu ministerstva školstva benefit, ktorý priamo neznamená pre rezort školstva žiadne výdavky.</p>

<p>financovaných z verejných zdrojov prispieje k zvýšeniu atraktivity pobytov cudzincov v rámci štipendijných schém, ktoré sú financované aj jednostrannými štipendiami ponúkanými vládou Slovenskej republiky alebo Ministerstvom školstva, vedy, výskumu a športu Slovenskej republiky a teda ide o zrovnoprávnenie postavenia takýchto štipendistov s osobami, ktoré už v súčasnosti prichádzajú na účel štúdia na pobyty v rámci medzinárodných zmlúv a ktoré sú financované zo štátneho rozpočtu (podobne ako ostatné štipendijné programy). Vo všetkých prípadoch totiž ide o záujem Slovenskej republiky prilákať cudzincov na Slovensko, ktorý je deklarovaný aj vládou Slovenskej republiky (pozri bod B.1 uznesenia vlády Slovenskej republiky č. 731 z 8. 12. 2021). Zdravotné poistenie ako súčasť štipendijnej podpory je bežnou praxou v iných krajinách, pričom riešenia sú aplikované rôzne (napr. Maďarsko kombinuje verejné zdravotné poistenie s príspevkom na doplnkové zdravotné poistenie, Nemecko poskytuje prostredníctvom DAAD zdravotné poistenie všetkým štipendistom formou hromadnej poisťky). V súčasnosti sú naše štipendia pre študentov nekonkurencieschopné, lebo sú v prepočte na paritu kúpnej sily len polovičné oproti Česku, či Poľsku. Ak by sme k nim pridali pokrytie zdravotného poistenia, tak by sme sa aspoň priblížili Maďarsku. Inými slovami nie sme konkurencieschopní ani len v porovnaní s ostatnými štátmi V4, pričom náš problém s nedostatkom talentu je výrazne horší ako v susedných krajinách. V prípade, že podmienky pre talentovaných ľudí zo zahraničia nezatraktívime, hrozí, že nenaplníme ani ciele POO v zmysle prilákania najkvalitnejších ľudí, ktorí radšej budú smerovať do krajín s lepšou podporou. Zároveň, aby nedochádzalo k zbytočnej administrácii pri krátkych pobytoch (a to aj s prihliadnutím na existujúce zákonné lehoty pri vzniku poistenia podľa § 6), navrhujeme aplikovať toto povinné zdravotné poistenie až pri pobytoch trvajúcich dlhšie ako 1 mesiac. Pre prehľadnosť a jednoduchšie overenie toho, ktorých štipendijných programov sa zapojenie štipendistov do verejného zdravotného poistenia týka, sa v návrhu zavádza povinnosť pre Ministerstvo školstva, vedy, výskumu a športu Slovenskej republiky zverejňovať zoznam všetkých relevantných programov na svojom webovom sídle. Rovnaký prístup sa už v súčasnosti uplatňuje napr. pri vydávaní národných víz podľa uznesenia vlády Slovenskej republiky č. 731 z 8. 12. 2021, ktorý sa osvedčil ako administratívne nenáročný a rýchlo overiteľný element (pozri https://www.minedu.sk/zoznam-programov-zaujeme-slovenskej-republiky/ - existujúci zoznam by sa len rozšíril o prípadný dátum ukončenia programu, ak by k nemu došlo počas existencie zoznamu). Zahraniční štipendisti predstavujú aj ekonomický prínos pre hostujúcu krajinu. Na ilustráciu možno uviesť, že viaceré štúdie v rôznych krajinách ukazujú na ekonomické prínosy zahraničných študentov pre domácu ekonomiku, napr. Fínsko (https://www.oph.fi/en/statistics-and-publications/publications/facts-express4b2014-what-do-we-know-about-economic-impact), Španielsko (https://monitor.icef.com/2019/06/economicimpact-of-foreign-students-in-spain-estimated-at-e2-2-billion/), Česko (http://www.msmt.cz/vzdelavani/vysoke-skolstvi/ipn-kredo-kvalita-relevance-efektivita-diverzifikace-a - konkrétne časť podkladov pre strategické rozhodovanie českého ministerstva školstva pre oblasť Internacionalizácie) a pod. Zároveň v prípade študentov – cudzincov, ktorých podpora sa očakáva vo zvýšenej miere práve s ohľadom na očakávanú investíciu 3 Komponentu 10 POO vzhľadom na relatívne mladý vek a s tým súvisiacu predpokladanú nízku chorobnosť (porovnateľnú s rovnakou populáciou slovenských študentov v obdobnom veku), by nemali predstavovať zvýšenú finančnú záťaž</p>		<p>Je ale skutočne na zváženie, či práve verejné zdravotné poistenie je ten pravý benefit, ktorý budúcich študentov z krajín mimo EU pri rozhodovaní ovplyvní (navyše, ak väčšina okolitých členských štátov bezplatný vstup do systému zdravotného zabezpečenia týmto študentom neposkytuje). Pokiaľ sú k dispozícii finančné prostriedky na podporu týchto štipendistov, navrhujeme tieto finančné prostriedky použiť napr. na poskytnutie dotácie (príspevku) na úhradu komerčného poistenia liečebných nákladov, prípadne hľadať iné benefity, ktoré by budúcim študentom z krajín mimo EU mali byť poskytované a nepoužívať systém verejného zdravotného poistenia (vzhľadom k situácii, v akej sa nachádza dnes) ako nástroj na zatraktívnenie štúdia na Slovensku pre osoby z krajín mimo EU.</p> <p>Navyše súčasný koncept určenia výšky platby za poistenca štátu už nezohľadňuje skutočný počet poistencov štátu a teda, ak by sa táto skupina osôb označila za poistencov štátu bez ďalších krokov, platba štátu by sa nezvýšila a náklady na zdravotnú starostlivosť by boli uhrádzané z existujúceho balíku poistného (t. j. objem prostriedkov, určených na zdravotnú starostlivosť pre súčasných poistencov by sa znížil o túto sumu).</p>
---	--	---

	pre systém verejného zdravotného poistenia, teda výdavky z poistného. Tieto pripomienky považujeme za zásadné.			
Verejnosť	<p>68. Pripomienka k čl. VIII - k bodu 62 (§ 25b až 25m)</p> <p>Navrhovateľ zdôvodňuje zavedenie novej úpravy administratívneho výkonu rozhodnutia zdravotnými poisťovňami ako : Zavedením navrhovanej právnej úpravy možno očakávať nielen pozitívny dopad na dlžníkov a zdravotné poisťovne spočívajúci v odbúraní nákladov na trovy exekúcie, ale aj zrýchlenie a zefektívnenie vymáhania pohľadávok zdravotných poisťovní (t. j. je možné dôvodne predpokladať aj zvýšenie príjmov do štátneho rozpočtu). Zároveň dôjde k „zlacneniu“ exekúcií pre dlžníkov o trovy exekúcií. Samostatné vymáhanie sa osvedčilo aj v Sociálnej poisťovni, ktorá dosahuje aktuálne úspešnosť 43 % a došlo k zásadnému skráteniu procesu vymáhania. Uvedený predpoklad však nepodložil žiadnou analýzou, ktorá by potvrdzovala legislatívnu potrebu takejto úpravy. Novou úpravou nepochybne dôjde k „zlacneniu“ exekúcií pre dlžníkov, ale náklad na vymáhanie vznikne a keď ho nezaplatí dlžník, tak ho bude znášať zdravotná poisťovňa a teda my všetci. Prečo všetci poctiví mali skladať na dlžníkov, ktorí si neplnia svoje povinnosti? Navrhovateľ argumentuje úspešnosťou Sociálnej poisťovne. Avšak za podmienky ceteris paribus (hlavne vylúčenie mandátnej správy aj pred exekúciami), v prípade, ak by pohľadávky Sociálnej poisťovne boli vymáhané v civilnej exekúcii, tak by táto úspešnosť bola omnoho vyššia. Aké teda vzniknú náklady na administratívnu exekúciu? Štatistickým odhadom za rok 2021 sa vymáhalo 120 000 exekúcií pre zdravotné poisťovne. Čo je porovnateľné s administratívnymi exekúciami realizovanými Sociálnu poisťovňou. V roku 2019 Sociálna poisťovňa mala 313 zamestnancov na útvaroch vymáhania pohľadávok. Pričom pri zohľadnení ostatných obslužných činností pre útvar možno predpokladať, že minimálne 400 zamestnancov sa venujú administratívnym exekúciám. Pri priemernej mzdy v hospodárstve za prvý štvrtrok 2022 vo výške 1 212 eur je celková cena práce 1 639 eur. Čo pri počte 400 zamestnancov predstavuje sumu 7 867 200 eur (za 10 rokov pri zohľadnení rastu priemerných miezd za roky 2010-2020 predstavuje 91 009 898 eur). Noví zamestnanci budú potrebovať kancelárske priestory pri 15m2/osobu a cene 100 eur/m2/rok predstavuje 600 000 eur (za 10 rokov pri zohľadnení inflácie za roky 2010-2020 predstavuje 5 369 566 eur). Kancelárska technika pri 500 eur na osobu predstavuje 200 000 eur (raz za 4 roky, za 10 rokov predstavuje výdavok 500 000 eur). Kancelársky nábytok pri 500 eur na osobu predstavuje 200 000 eur (jednorazovo). Variabilné náklady zdravotných poisťovní pri 400 nových zamestnancoch sú v prvom roku vo výške 8 867 200 eur. Po desiatich rokoch pri jednej výmene kancelárskej techniky sa jedná o sumu 96 379 964 eur. A sa dá postaviť aj nemocnica. Ak do toho započítame aj náklady administratívnych exekúcií, tak by sme mohli mať nové nemocnice dve. Na základe uvedeného sa navrhuje úpravu administratívnych exekúcií zrušiť.</p>	O	A	
Verejnosť	<p>čl. VIII bod 52, § 16a ods. 3 písm. a)</p> <p>Zamestnávateľ vo veľa prípadoch nemá odkiaľ vedieť, že zamestnanec je poistencom podľa § 11 ods. 7, napr. že poberá rodičovský príspevok, že poberá dávku v hmotnej núdzi, že sa stará o blízku osobu nad 80 rokov, atď. Toto ustanovenie bude spôsobovať množstvo zamestnávateľom nezavinených chýb v poistnom, vo výkazoch, ktoré bude musieť zamestnávateľ donekonečna opravovať.</p>	O	A	doplnená možnosť oznámiť túto skutočnosť zamestnávateľovi
Verejnosť	čl. VIII body 40,44,45,47,50,52	O	ČA	Minimálny vymeriavací základ zamestnanca upravený

	<p>Účel zavedenia úpravy, kde zamestnanci s nízkym príjmom by mali platiť aspoň minimálne poistné je pochopiteľný. Ale Po 1. nemal by byť iný minimálny vymeriavací základ pre tzv. samoplatiteľov a sččo a iný minimálny vymeriavací základ pre zamestnancov. Okrem toho, že to komplikuje systém, otázkou je, či nejde o diskrimináciu zamestnancov voči iným osobám. Po 2. úprava nezohľadňuje na mesačnej báze, že niektorí poistenci popri zamestnaní platia preddavky a poistné ako sččo, napr. aj viac ako z minimálneho základu. Po 3. Poistné z navýšenia vymeriavacieho základu by nemal riešiť zamestnávateľ. Je to ďalšia komplikácia pre zamestnávateľov, nielen kvôli ďalšej byrokracii – vyhlásenia u zamestnávateľov, ale vzniklo by pri tom niekoľko problémov, napr. - Mzda by nemusela dosiahnuť ani takú výšku, aby preddavok na ZP bolo možné zamestnancovi zraziť. Resp. pri kratších úväzkoch sa zníži záujem túto prácu vykonávať. Daňovo odvodové zaťaženie stúpne, niekedy až nad 100 percent. - Ak bežný zamestnanec s vyšším príjmom by bol práceneschopný napr. od 3. do konca mesiaca, pričom 1. a 2. je sobota a nedeľa, zamestnávateľ by musel odvieť poistné zamestnanca (napr. 6,53 €), ktoré ale nemá z čoho zraziť, musí evidovať pohľadávku voči zamestnancovi až do skončenia PN. Pri prípadnom ročnom zúčtovaní poistného táto suma pravdepodobne zamestnancovi bude vrátená, bez ohľadu na to, či túto sumu zamestnanec zamestnávateľovi naozaj zaplatil, alebo nie. - U zamestnancov s hodinovou minimálnou mzdou aj v plnom úväzku v niektorých mesiacoch sa budú musieť z určitej sumy platiť 14 % preddavky, v ďalších mesiacoch ale príjem bude vyšší a v ročnom zúčtovaní sa im 14 % preddavky z navýšenia budú vracieť. - Tým, že ide o poistné zamestnanca, znižuje sa čiastkový základ dane zamestnanca, čo má za následok aj nižší daňový bonus na dieťa. - Vo veľa prípadoch majú poistenci dva právne vzťahy z nižším príjmom, prípadne platia preddavky zo živnosti, pričom ich celkový vymeriavací základ dosahuje výšku minimálnej mzdy, v takom prípade by bezdôvodne celý rok platili tieto preddavky z navýšenia a ZP by im potom až pri rzzp vracala zaplatené preddavky. Dôsledkom je aj zníženie daňového bonusu mesačne, vrátené poistné už daňový bonus za predchádzajúci rok neovplyvní/nezvýši. Navrhujem : 1.aby sa zjednotil minimálny základ pre všetky skupiny platiteľov, resp. aby sa nezavádzala nová suma minimálneho základu pre zamestnancov. 2. aby poistencovi, ktorý nedosiahne za kalendárny rok aspoň minimálny vymeriavací základ (krátený za doby, kedy bol poistencom podľa § 11 ods. 7) až v ročnom zúčtovaní poistného zdravotná poisťovňa vyčíslila (navýšený) vymeriavací základ ako rozdiel medzi minimálnym ročným základom a vymeriavacím základom získaným z akéhokoľvek príjmu, z ktorého sa platí zdravotné poistenie (napr. § 13 ods. 1, 2, § 10 ods. 1 písm. c) až e)). Toto aj z dôvodu, že nie je napr. z daňového priznania určiteľné, kedy poistenc poberal príjmy podľa § 10 ods. 1 písm. c) až e), či sa tento príjem má započítať na dobu, kedy bol sččo kedy bol samoplatiteľom alebo kedy bol zamestnancom. Na tento účel by stačilo v § 11 ods. 1 doplniť písm. f) poistenc, v § 12 doplniť sadzbu pre poistenca a v príslušných ustanoveniach § 13 upraviť vymeriavací základ poistenca ako jednak vymeriavací základ zo zárobkovej činnosti podľa § 10b ods. 1 písm. c) až e) (nemusí byť osobitne definovaný pre sččo, samoplatiteľa a zamestnanca) a jednak v sume „navýšenia“ = rozdielu medzi minimálnym základom a úhrnom vymeriavacích základov zamestnanca, sččo a poistenca. V prípade, že je zámerom, aby poistné zo zárobkovej činnosti podľa § 10b ods. 1 písm. c) až e) sa platilo nad rámec minimálneho VZ, samozrejme, je možná aj taká úprava. V každom prípade je vhodné to riešiť až v ročnom zúčtovaní zdravotného poistenia priamo s</p>		<p>tak, aby bol vo výške životného minima pre 1 osobu, zároveň ponechané ustanovenia o uplatnení odpočítateľnej položky bez zmeny. Minimálny základ vo výške životného minima zabezpečí, aby nízkopríjmové osoby s reálnym príjmom nižším ako životné minimum neboli postihnuté negatívnymi dopadmi, nakoľko tieto osoby majú možnosť byť poistencami štátu (dávka v hmotnej núdzi a pod.), pričom na poistencov štátu sa minimálny základ zamestnanca vzťahovať nebude. Samotné zachovanie minimálneho základu zamestnanca sa predkladateľovi javí ako správne a potrebné.</p>
--	--	--	---

	<p>poistencom. Nedoplatok na poistnom, ktorý si platí sám poistenec, ktorý nie je naviazaný na žiaden príjem si môže ale nemusí poistenec uplatniť na zníženie čiastkového základu dane, čiže ak to poistencovi nevyhovuje, lebo by mu to znižovalo daňový bonus, nemusí si tento nedoplatok uplatniť na zníženie dane. Takáto úprava by nezvyšovala komplikovanosť a byrokraciu u zamestnávateľov. Z hľadiska zdravotných poisťovní sa domnievam, že ak sa toto poistné bude riešiť až v ročnom zúčtovaní poistného, bude tu vznikať menej rozdielov oproti preddavkom, ako keby sa to riešilo na mesačnej báze, a prácnosť pre zdravotné poisťovne by bola tiež nižšia. Samozrejme k týmto finančným prostriedkom by sa zdravotné poisťovne dostali neskôr, ako keď to rieši zamestnávateľ mesačne, ale doteraz tieto prostriedky ZP nemali vôbec a neviem, či je rozumné dotovať zdravotné poisťovne z príjmu najnižších príjmových skupín.</p>			
<p>Verejnosc'</p>	<p>K čl. VIII, bodom 40, 44, 45, 47, 48, 50, 51, 52, 54 a 55 (§ 12 ods. 1 písm. g), § 13 ods. 5, § 13 ods. 10 a 11, § 13a, § 16 ods. 8 písm. f), § 16a, § 19 ods. 1, § 13 ods. 4, § 16 ods. 2 písm. c), § 16 ods. 16 a 18) V čl. VIII navrhujem v celom rozsahu vypustiť body 40, 44, 45, 47, 48, 50, 51, 52, 54 a 55. Odôvodnenie: v zmysle návrhu zákona sa v čl. VIII mení aj zákon č. 580/2044 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „zákon o zdravotnom poistení“), v ktorom sa navrhuje zavedenie minimálneho vymeriavacieho základu pre zamestnanca vo výške minimálnej mesačnej mzdy. Zároveň sa má v zmysle návrhu zákona zrušiť odpočítateľná položka. V zmysle dôvodovej správy je cieľom takejto úpravy zabrániť špekulatívnym uzatváraniam pracovných pomerov, pri ktorých osoby platia minimálne mesačné poistné ale majú zabezpečené verejné zdravotné poistenie. Uvedomujeme si tento problém a rozumieme cieľu predkladateľa, avšak navrhované znenie považujeme za neakceptovateľné. Navrhované znenie totiž negatívnym spôsobom zasiahne najmä nízkopríjmové skupiny obyvateľstva, medzi ktoré patria, okrem iného, matky pracujúce na čiastočné úväzky, ktoré sa vrátili po rodičovskej dovolenke a už sa nepovažujú za poistencov štátu alebo ÍZP osoby pracujúce na kratší pracovný čas a pod. Predkladateľom navrhovanou právnou úpravou matky nebudú motivované k zvýšeniu pracovného uplatnenia na trhu práce, pretože pracujúcim na kratší pracovný čas a na dohodách o prácach vykonávaných mimo pracovného pomeru náklady stúpnu. Zavedenie minimálneho vymeriavacieho základu spolu so zrušením odpočítateľnej položky bude znamenať aj zníženie nového daňového bonusu na deti pri kratších úväzkoch. Odpočítateľná položka v zdravotnom poistení bola zavedená ako nástroj na podporu nízkopríjmových zamestnancov – t. j. tých, ktorých zárobok z titulu výkonu zamestnania je vo výške minimálnej mzdy a mierne nad hodnotou minimálnej mzdy. A navyše pri predkladateľom navrhovanej úprave, ak príjem nedosiahne úroveň minimálneho vymeriavacieho základu, bude musieť zamestnanec odvieť poistné na verejné zdravotné poistenie z minimálneho vymeriavacieho základu. Predkladateľom navrhovaná právna úprava bude mať za následok zhoršenú ekonomickú situáciu mnohých rodín. Takýto návrh bude podľa nášho názoru likvidačným voči zamestnancom pracujúcim na čiastočné úväzky alebo dohody. Navrhovaná úprava je aj v rozpore s prísľubmi vlády týkajúcich sa pomoci rodinám a nízkopríjmovým skupinám obyvateľstva, vzhľadom na aktuálnu ekonomickú situáciu a zvyšujúcu sa infláciu. Navyše pri zdravotných a sociálnych odvodoch je potrebné zohľadniť aj rôzne vymeriavacie základy, každoročné zmeny sociálnych odvodov, rôzne</p>	<p>O</p>	<p>ČA</p>	<p>Minimálny vymeriavací základ zamestnanca upravený tak, aby bol vo výške životného minima pre 1 osobu, zároveň ponechané ustanovenia o uplatnení odpočítateľnej položky bez zmeny. Minimálny základ vo výške životného minima zabezpečí, aby nízkopríjmové osoby s reálnym príjmom nižším ako životné minimum neboli postihnuté negatívnymi dopadmi, nakoľko tieto osoby majú možnosť byť poistencami štátu (dávka v hmotnej núdzi a pod.), pričom na poistencov štátu sa minimálny základ zamestnanca vzťahovať nebude. Samotné zachovanie minimálneho základu zamestnanca sa predkladateľovi javí ako správne a potrebné.</p>

	<p>výšky odvodov, stropy a výnimky, ktoré sú už aj pri aktuálne nastavenom daňovo-odvodovom systéme obzvlášť neprehľadné. Zavedenie minimálneho vymeriavacieho základu pre zamestnanca ešte skomplikuje tento systém, pretože pre zamestnancov bude platiť iný vymeriavací základ ako pre SZČO alebo dobrovoľne nezamestnanú osobu. Navrhovaná úprava je taktiež v rozpore s Programovým vyhlásením vlády, v ktorom sa v časti Prorastový daňový mix uvádza, že vláda bude podporovať zvýšenie majetkových daní z nehnuteľností kompenzované znížením daňovo-odvodového zaťaženia nízko-príjmových skupín obyvateľstva, vrátane posilnenia odpočítateľnej položky pre nízko-príjmových. Pripomíname, že Slovensko už má jedno z najvyšších daňovo-odvodových zaťažení práce v Európe a takouto zmenou sa toto zaťaženie opäť zvýši. Takýmto významným zmenám, ktoré negatívne zasiahnu značnú časť obyvateľstva by mala predchádzať rozsiahla diskusia s dotknutými subjektmi, sociálnymi partnermi a odbornou verejnosťou, ktorú vláda vo svojom Programovom vyhlásení, v časti Legislatívny proces na úrovni vlády deklarovala, avšak takýto postup nedodržiava. Zavedenie minimálneho vymeriavacieho základu a zrušenie odpočítateľnej položky, tak ako je uvedené v tomto návrhu zákona považujeme za neprípustné a navrhujeme vypustiť všetky body týkajúce sa tejto úpravy.</p>			
<p>Verejnosť</p>	<p>k čl. VIII, bodom 40, 44, 45, 47, 48, 50, 51, 52, 54 a 55 (§ 12 ods. 1 písm. g), § 13 ods. 5, § 13 ods. 10 a 11, § 13a, § 16 ods. 8 písm. f), § 16a, § 19 ods. 1, § 13 ods. 4, § 16 ods. 2 písm. c), § 16 ods. 16 a 18)</p> <p>Znenie pripomienky: V čl. VIII navrhujeme v celom rozsahu vypustiť body 40, 44, 45, 47, 48, 50, 51, 52, 54 a 55. Odôvodnenie: návrh zákona v čl. VIII mení aj zákon č. 580/2044 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „zákon o zdravotnom poistení“), zavádza minimálny vymeriavací základ pre zamestnanca vo výške minimálnej mesačnej mzdy, bez ohľadu na rozsah pracovného úväzku. Zároveň ruší odpočítateľnú položku. Navrhovaná zmena zhorší príjmovú situáciu zamestnancov, ktorí dnes pracujú v náročných, neviditeľných a finančne neatraktívnych pozíciách, na čiastočné úväzky a zhorší zamestnávateľom - samosprávam už aj tak zložitú situáciu na zabezpečenie týchto pracovných pozícií (pomocné sily v školskej kuchyni, upratovačky, pomocné sily v škôlke, v zariadeniach sociálnych služieb) kde už dnes s obrovskými ťažkosťami hľadajú zamestnancov. Toto sa súčasne dotkne aj zamestnancov pracujúcich na čiastočné úväzky z akýchkoľvek osobných alebo rodinných dôvodov. Povedie k to k ďalšiemu zníženiu motivácie jednotlivca zabezpečiť si akýkoľvek príjem vlastnou aktivitou. Podľa dôvodovej správy je cieľom takejto úpravy zabrániť špekulatívnym uzatváraniam pracovných pomerov, pri ktorých osoby platia minimálne mesačné poistné ale majú zabezpečené verejné zdravotné poistenie. Pokiaľ je identifikované takéto delikventné správanie u jednotlivca, je potrebné nájsť individuálny sankčný mechanizmus na odstránenie a nie celoplošné potrestanie zamestnancov, ktorí s týmto správaním nemajú nič spoločné. Za neprijateľné považujeme takéto celoplošné trestanie aj v súvislosti s tým, že štát sám sa správa špekulatívne a za poistencov štátu platí neprimerane nízke poistenie a pritom má vedomosť o tom, že práve poistenci štátu sú pre poistný systém najdrahšími poistencami. Zavedenie minimálneho vymeriavacieho základu a zrušenie odpočítateľnej položky, tak ako je uvedené v tomto návrhu zákona, vo väzbe na hore uvedené považujeme za neprípustné a až neetické a navrhujeme vypustiť všetky body týkajúce sa tejto úpravy.</p>	<p>O</p>	<p>ČA</p>	<p>Minimálny vymeriavací základ zamestnanca upravený tak, aby bol vo výške životného minima pre 1 osobu, zároveň ponechané ustanovenia o uplatnení odpočítateľnej položky bez zmeny.</p> <p>Minimálny základ vo výške životného minima zabezpečí, aby nízko-príjmové osoby s reálnym príjmom nižším ako životné minimum neboli postihnuté negatívnymi dopadmi, nakoľko tieto osoby majú možnosť byť poistencami štátu (dávka v hmotnej núdzi a pod.), pričom na poistencov štátu sa minimálny základ zamestnanca vzťahovať nebude.</p> <p>Samotné zachovanie minimálneho základu zamestnanca sa predkladateľovi javí ako správne a potrebné.</p>

VšZP	<p>Čl. I – nad rámec návrhu Navrhujeme do § 76 ods. 3 písm. b) doplniť novú odvolávku na nový odkaz 90b), pričom poznámka pod čiarou k odkazu 90b) znie nasledovne: „90b) napr. § 197 až 201 zákona č. 161/2015 Z. z. Civilný mimosporový poriadok v znení neskorších predpisov, Civilný sporový poriadok“. Odôvodnenie: Poskytovanie notárom informácií o pohľadávkach ZP pre účely dedičského konania.</p>	O	N	Predkladateľ preferuje ponechať ustanovenie tak, ako je v súčasnosti. Aj keď má poznámka pod čiarou výlučne informatívny charakter, ustanovenie je koncipované v širšom význame tak, aby sa vzťahovalo na účely civilného procesu v akýchkoľvek veciach.
VšZP	<p>Čl. I – nad rámec návrhu Navrhujeme poznámku pod čiarou k odkazu 63), ktorá znie: „63) § 25 ods. 1 písm. f) zákona č. 576/2004 Z. z.“. Odôvodnenie: Legislatívno-technická pripomienka.</p>	O	A	
VšZP	<p>Čl. I – nad rámec návrhu Navrhujeme za § 77e doplniť § 77f, ktorý znie: „§ 77f Sociálna poisťovňa poskytuje zdravotnej poisťovni na účely konania vo veciach vymáhania pohľadávok podľa osobitného predpisu 39g) informácie o platiteľovi mzdy fyzickej osoby.“ Poznámka pod čiarou k odkazu 39g) znie: “39g) §25b a nasl. zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov“. Odôvodnenie: Potreba predmetnej úpravy zákona č. 581/2004 Z.z. vyplýva z legislatívnej úpravy samostatného vymáhania pohľadávok v zákone č. 580/2004 Z.z.</p>	Z	N	Pripomienka je nad rámec predkladaného návrhu. Vymáhanie pohľadávok ako možnosť zdravotnej poisťovne bolo z návrhu vypustené.
VšZP	<p>Čl. I – nad rámec návrhu – ustanovenie § 77a Navrhujeme § 77a doplniť odsekom 14, ktorý znie: „14) Ustanovenia § 77a sa primerane vzťahujú na rozhodovanie úradu o námietkach dlžníka proti rozhodnutiu zdravotnej poisťovne vydanému v konaní vo veciach vymáhania pohľadávok podľa osobitného predpisu.37)“. Odôvodnenie: Potreba predmetnej úpravy zákona č. 581/2004 Z.z. vyplýva z legislatívnej úpravy samostatného vymáhania pohľadávok v zákone č. 580/2004 Z.z.</p>	Z	N	Pripomienka je nad rámec predkladaného návrhu. Vymáhanie pohľadávok ako možnosť zdravotnej poisťovne bolo z návrhu vypustené.
VšZP	<p>Čl. I bod 10. – ustanovenie § 6a ods. 2 Navrhujeme § 6a ods. 2, ktorý znie: „(2) Súčet položiek z účtovnej závierky zdravotnej poisťovne z výkazu ziskov a strát, ktorými sú zmena stavu technickej rezervy na poistné plnenia v hrubej výške, zmena stavu iných technických rezerv a ostatné technické náklady okrem prijatých a zaplatených úrokov, znížený o ostatné technické výnosy okrem prijatých a zaplatených úrokov, musí byť vo výške najmenej 96 % z predpísaného poistného v hrubej výške za kalendárny rok, za ktorý sa určuje výsledok hospodárenia (ďalej len „náklady na zdravotnú starostlivosť“). Predpísané poistné v hrubej výške je úhrn predpísaného poistného zaúčtovaného v účtovnom období, v ktorom sa kladný výsledok hospodárenia vytvoril, podľa auditovanej účtovnej závierky.“. Odôvodnenie: Navrhujeme nový § 6a ods. 2 zmeniť a zjednodušiť tak, aby: - % vynakladaných prostriedkov na ZS bolo pre všetky ZP rovnaké (96 % v zmysle memoranda) - aby sa toto % neznižovalo o optimálny zisk. Ten bude možné vytvárať len nad rámec povinného 96% výdavku na zdravotnú starostlivosť.</p>	Z	ČA	Ustanovenie prepracované.
VšZP	<p>Čl. I bod 10. – ustanovenie § 6a ods. 3 Navrhujeme § 6a ods. 3, ktorý znie: „(3) Ak náklady na zdravotnú starostlivosť zdravotnej poisťovne v kalendárnom roku nedosiahnu sumu 96% uvedenú v odseku 2, je zdravotná poisťovňa povinná tento rozdiel v danom kalendárnom roku vložiť do fondu solidarity podľa § 15 odsek 8 (pozn. uvádzame odsek v znení účinnom od 1.8.2022)“. Odôvodnenie: Navrhujeme zrušenie koeficientu naviazaného na veľkosť kmeňa poistencov zdravotnej poisťovne a doplniť nový ods. 3, ktorý by zavádzal osobitnú sankciu pre prípad nesplnenia limitu uvedeného v ods. 2. Sankciou bude vloženie sumy do fondu solidarity, ktorý je už v</p>	Z	ČA	Ustanovenie prepracované.

	zmysle platnej legislatívy s účinnosťou od 1.8.2022 definovaný v § 15 ods. 8.			
VŠZP	<p>Čl. I bod 10. – ustanovenie § 6a ods. 4</p> <p>Navrhujeme § 6a ods. 4, ktorý znie: „(4) Nákladmi na zdravotnú starostlivosť podľa odseku 2 sú okrem úhrady za zdravotnú starostlivosť aj: a) príspevok na činnosti operačných stredísk tiesňového volania záchranej zdravotnej služby (§ 8a), b) príspevok na činnosť úradu (§ 30), c) preplatok z ročného zúčtovania poistného, 18b) d) záväzok z mesačného prerozdelenia preddavkov na poistné, 18c) e) záväzok z ročného prerozdelenia poistného, 18d) f) dane a poplatky odvádzané do štátneho rozpočtu, g) úhrada čiastky, o ktorú bol limit spoluúčasti prekročený (§ 6 ods. 1 písm. s), h) príspevok na správu a rozvoj národného zdravotníckeho informačného systému (§ 8b), i) preplatenie úhrady pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti v rámci ústavnej pohotovostnej služby podľa osobitného predpisu.18da), j) príspevok na činnosť Národného inštitútu pre hodnotu a technológie v zdravotníctve (ďalej len „inštitút“) (§ 15a).“.</p> <p>Odôvodnenie: 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.</p>	Z	A	
VŠZP	<p>Čl. I bod 10. – ustanovenie § 6a ods. 5 až 9</p> <p>Navrhujeme vypustiť § 6a ods. 5 až ods. 9. Odôvodnenie: Vzhľadom k tomu, že nie je v zákone upravený optimálny výsledok hospodárenia, a teda nie je potrebné riešiť jeho prekročenie, navrhujeme nevytvárať fond kvality.</p>	Z	N	Ustanovenie prepracované ponechaním kritérií kvality.
VŠZP	<p>Čl. I bod 11. – ustanovenie § 6aa</p> <p>Navrhujeme bod 11. vypustiť v plnom rozsahu. Odôvodnenie: Vzhľadom na značný dopad vyhodnotenia kritérií kvality v rámci nakladania s kladným výsledkom hospodárenia pri vykonávaní verejného zdravotného poistenia považujeme úpravu za nedostatočnú a nejasnú. V prípade, že náš návrh na vypustenie bodu 11. v plnom rozsahu nebude akceptovaný, navrhujeme nasledovnú zmenu znenia § 6aa ods. 5: „(5) Kritérium kvality musí byť ustanovené nediskriminačným a transparentným spôsobom tak, aby bolo ekonomicky primerané a technicky splniteľné. Úrad kritérium kvality nevyhodnotí ako nesplnené v prípade, že splnenie kritéria kvality bolo závislé od súčinnosti tretej strany, ktorá nebola poskytnutá alebo od mimoriadnych okolností, ktoré boli prekážkou pre splnenie stanoveného kritéria kvality alebo pre ktoré je použitie stanoveného kritéria kvality neprimerane prísne.“.</p> <p>Odôvodnenie: Vzhľadom na značný dopad vyhodnotenia kritéria kvality v rámci nakladania s kladným výsledkom hospodárenia pri vykonávaní verejného zdravotného poistenia považujeme pôvodnú formuláciu „úrad prihliada...“ za nedostatočnú a nejasnú. Žiadame preto jasné definovanie postupu úradu v rámci vyhodnocovania kritérií kvality v zmysle tejto pripomienky. Zároveň v rámci pripomienok nižšie navrhujeme aj úpravy vo vykonávacom predpise – vyhláske MZ SR, ktorou sa ustanovujú kritéria kvality zdravotnej poisťovne.</p>	Z	ČA	Ustanovenie prepracované.
VŠZP	<p>Čl. I bod 12. – ustanovenie § 7 ods. 9 písm. e)</p> <p>Navrhujeme § 7 ods. 9 písm. e), ktoré znie: „e) spôsob určenia výšky úhrady za poskytnutú ústavnú zdravotnú starostlivosť^{24aaa)} a jednoduchú zdravotnú starostlivosť, pre ktorú bol kategorizáciou ústavnej starostlivosti ustanovený minimálny počet medicínskych služieb^{24xx)}, podľa klasifikačného systému diagnosticko-terapeutických skupín (ďalej len "klasifikačný systém"), ak sa zdravotná poisťovňa dohodla s poskytovateľom ústavnej zdravotnej starostlivosti^{24aab)} alebo s poskytovateľom jednodňovej zdravotnej</p>	O	A	

	starostlivosti24xxx) na úhrade zdravotnej starostlivosti podľa klasifikačného systému, ak osobitný zákon neustanovuje inak,24aaba)“. Poznámka pod čiarou k odkazu 24xx a 24xxx znie: „24xx) § 4 ods. 2 písm. c) zákona č. 540/2021 Z. z. 24xxx) § 2 ods. 5 zákona č. 540/2021 Z. z.“. Odôvodnenie: Legislatívno-technická pripomienka vzhľadom na rozdiel medzi ústavnou zdravotnou starostlivosťou a jednodňovou zdravotnou starostlivosťou.			
VŠZP	Čl. I bod 13. – ustanovenie § 8aa ods. 2 písm. m) Navrhované znenie „dátum začiatku a dátum ukončenia kapitácie“ navrhujeme preformulovať. Odôvodnenie: Kapitácia je mesačná paušálna úhrada, preto je potrebné dátumy určiť ako prvý a posledný deň v mesiaci. Súčasne vzhľadom na problémy v aplikačnej praxi odporúčame v § 12 zákona č. 576/2004 Z. z. upraviť zánik kapitačnej dohody tak, že uzatvorením novej kapitačnej dohody zaniká predchádzajúca kapitačná dohoda. Nový PZS o uzatvorení novej dohody informuje zdravotnú poisťovňu aj predchádzajúceho PZS. Aby poistenec nemal povinnosť zasielať odstúpenie od dohody predchádzajúcemu PZS.	O	N	Nevidíme dôvod na inú formuláciu znenia písm. m), ktoré nevylučuje ako dátum začiatku kapitácie prvý deň v mesiaci a ako dátum ukončenia kapitácie posledný deň v mesiaci. VŠZP okrem toho navrhla úpravu § 12 zákona č. 576/2004 Z.z., a to upraviť zánik kapitačnej dohody tak, že uzatvorením novej kapitačnej dohody by mala zanikať predchádzajúca kapitačná dohoda. S týmto návrhom predkladateľ nesúhlasí. Odstúpenie od dohody je potrebné aj pre poskytovateľa, s ktorým mal poistenec pôvodne uzatvorenú Dohodu o poskytovaní zdrav. starostlivosti, keďže až na základe odstúpenia od dohody sa tento poskytovateľ preukázateľne dozvie, že poistenec od dohody odstupuje a zároveň tým pôvodný poskytovateľ dostane preukázateľným spôsobom informáciu, ktorému poskytovateľovi, ktorý na základe novo uzatvorenej dohody o poskytovaní ZS preberá starostlivosť o poistenca, má zdravotnú dokumentáciu zaslať.
VŠZP	Čl. I bod 14. – ustanovenie § 8aa ods. 4 Za účelom realizácie dohody podľa ods. 3 je potrebné doplniť povinnosť NCZI dáta poskytnúť zdravotnej poisťovni.	O	N	Dané ustanovenie sa nezaobera žiadnou dohodou. Viac k vyhodnoteniu predchádzajúcej pripomienky od VŠZP.
VŠZP	Čl. I bod 19. – ustanovenie § 8d Navrhujeme bod 19. vypustiť v plnom rozsahu. Odôvodnenie: Pokiaľ bolo snahou predkladateľa „zjednotenie revíznych pravidiel“ pre všetky poisťovne, predložená úprava - § 8d tento cieľ nedosiahne. Je potrebné si uvedomiť, že navrhovanou právnou úpravou budú naďalej platiť rôzne revízne pravidlá tak, ako si ich upravujú jednotlivé poisťovne. Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti budú musieť naďalej sledovať revízne pravidlá konkrétnej poisťovne. Na dosiahnutie cieľa predkladateľa „zjednotenie revíznych pravidiel“ sa nám javí vhodnejšia taxatívna úprava revíznych pravidiel zo strany predkladateľa novely formou všeobecne záväzného právneho predpisu ako napr. Zoznam zdravotných výkonov. Považujeme za dôležité upozorniť na skutočnosť, že predložená úprava nereflektuje na aktuálne spoločenské potreby. Dovoľujeme si len poukázať na fakt, že „revízne pravidlá“ je potrebné „operatívne prispôbovať“ napr. v dôsledku epidemiologickej situácie (napr. ochorenie COVID 19), ale aj v dôsledku celospoločenskej, resp. medzinárodno-politickej situácie (napr. vojna na Ukrajine), kedy je potrebné „upravovať revízne pravidlá“ v rozmedzí niekoľkých hodín, čo by predkladaná úprava do budúcnosti úplne znemožnila. Predložený návrh neberie do úvahy súčasný stav, kedy sú zmluvy a následne aj dodatky k zmluvám s jednotlivými poskytovateľmi uzatvárané v priebehu kalendárneho roka. Do týchto zmlúv by nemohli byť aktuálne zapracovávané ani rôzne „benefity“ vo forme pripočítateľných	Z	ČA	Ministerstvo ustúpilo od návrhu, v zmysle ktorého by zdravotná poisťovňa mohla meniť pravidlá len raz ročne. Cieľom návrhu je zverejňovanie pravidiel tak, aby boli dostupné pre poskytovateľov, voči vykazovaniu ktorých sú uplatňované. Predkladateľ oslovil pri príprave § 8d všetky združenia poskytovateľov a aj samotných poskytovateľov, a aj zdravotné poisťovne. Z poskytnutých informácií od PZS je jednoznačne skonštatované, že poskytovatelia vnímajú pravidlá revíznej činnosti problematicky, ako netransparentné a nejednotné. Za účelom transparentnosti ministerstvo predložilo daný návrh. Pre bližšie odôvodnenie neakceptovania pripomienky si dovoľujeme odkázať na dôvodovú správu k danému ustanoveniu.

	<p>položiek pre poskytovateľov v prípade splnenia zmluvne dohodnutých podmienok. Predložený návrh v ods. 4 stanovuje poisťovni povinnosť „riadne odôvodniť“ neuznanie výkonu poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti. Uvedenú povinnosť upravuje už v súčasnosti zmluva medzi poskytovateľom a poisťovňou. Navrhovaná definícia „riadne odôvodniť“ bez bližšej špecifikácie bude vyvolávať množstvo sporov. Bude možné považovať za „riadne odôvodnené“ neuznanie výkonu v elektronickej dávke chybového protokolu, tak ako je to v súčasnosti, keď revízný lekár v dávke uvedie dôvod neuznania, alebo bude potrebné „riadne odôvodňovať“ neuznanie výkonu samostatne (elektronicky, písomne)? Každá zo strán bude „riadne odôvodnenie“ vnímať inak. Navrhovaná povinnosť v ods. 5 sa javí ako nadbytočná, nakoľko je upravená v inom právnom predpise – § 17 a nasl. zákona č. 581/2004 Z.z. V prípade, že zákonodarca bude trvať na znení navrhovanom v bode 19., tak navrhujeme doplniť, na konci odseku 2, 3 a 4 slová: „ak sa zdravotná poisťovňa a zmluvný poskytovateľ zdravotnej starostlivosti nedohodnú inak“. Odôvodnenie: Vzťah medzi zdravotnou poisťovňou a poskytovateľom je zmluvný, a preto by mali mať možnosť po vzájomnej dohode upraviť si svoje práva a povinnosť v zmluve.</p>			
VŠZP	<p>Čl. I bod 25. – ustanovenie § 15 ods. 1 písm. an) Navrhujeme bod 25. vypustiť v plnom rozsahu. Odôvodnenie: Legislatívno-technická pripomienka vzhľadom na návrh na vypustenie bodu 11. Čl. I návrhu.</p>	Z	N	Kritériá kvality ostávajú.
VŠZP	<p>Čl. I bod 27. – ustanovenie § 15 Navrhujeme doplniť § 15 odsekom 8, ktorý znie: „(8) Zdravotná poisťovňa preukazuje vynaloženie výdavkov podľa odseku 7 ministerstvu zdravotníctva, ministerstvu financií a úradu za predchádzajúci kalendárny rok do 22. februára nasledujúceho kalendárneho roka. Ak zdravotná poisťovňa nepoužije výdavky vo výške určenej pre jednotlivé typy zdravotnej starostlivosti podľa odseku 7, je povinná bezodkladne vytvoriť fond a úhrn kladných rozdielov medzi rozpočtovanými výdavkami a skutočnými výdavkami pre každý typ zdravotnej starostlivosti vložiť do tohto fondu (ďalej len "fond solidarity"). Zdravotná poisťovňa je povinná vyčerpať prostriedky z fondu solidarity najneskôr do dvoch rokov od vloženia týchto prostriedkov do fondu solidarity, a to v prvom roku len na typ zdravotnej starostlivosti, kde nepoužila výdavky vo výške určenej pre tento typ zdravotnej starostlivosti, v druhom roku aj na osobitné prípady úhrady liekov podľa osobitného predpisu,35aal) na úhradu plánovanej zdravotnej starostlivosti poskytnutej v inom členskom štáte alebo po súhlase ministerstva zdravotníctva aj na iný typ zdravotnej starostlivosti. Použitie prostriedkov fondu solidarity nevstupuje do úhrnu výdavkov na jednotlivé typy zdravotnej starostlivosti v nasledujúcich kalendárnych rokoch. Informáciu o spôsobe čerpania prostriedkov z fondu solidarity je zdravotná poisťovňa povinná preukázať ministerstvu zdravotníctva, ministerstvu financií a úradu do 22. februára kalendárneho roka, a to v rozsahu účel použitia a výška výdavkov. Ak zdravotná poisťovňa ani do dvoch rokov neminie prostriedky vo fonde solidarity, je povinná tieto prostriedky vrátiť ministerstvu zdravotníctva, ktoré o túto čiastku navýši platbu za poistencov štátu v príslušnom kalendárnom roku.“. Odôvodnenie: V § 15 ods. 7 navrhujeme upraviť podmienky zostavenia programového rozpočtu tak, aby sa 1. zvýšila predvídateľnosť vynakladania zdrojov VZP a 2.zaviedol mechanizmus umožňujúci v praxi vykonať ustanovenia zákona č. 363/2011 Z. z. stanovujúce strop prostriedkov, ktoré smie zdravotná poisťovňa vynaložiť na výnimkové lieky. Stanovenie minimálnej celkovej sumy výdavkov je potrebné pre zabezpečenie prenosu</p>	Z	ČA	Ustanovenie prepracované.

	<p>príjmov 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 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 poisťovne k dispozícii v sume 3x3,9% ale len 1x3,9%.</p>			
VŠZP	<p>Čl. I bod 27. – ustanovenie § 15 ods. 7 Navrhujeme nevypustiť poznámku pod čiarou k odkazu 35aal a súčasne navrhujeme § 15 ods. 7, ktorý znie: „(7) Spôsob rozpočtovania výdavkov, minimálnu celkovú sumu v eurách výdavkov určenú na zdravotnú starostlivosť v nasledujúcom kalendárnom roku, štruktúru výdavkov zdravotných poisťovní podľa typov zdravotnej starostlivosti a percento určené pre jednotlivé typy zdravotnej starostlivosti z celkovej sumy výdavkov určenej na zdravotnú starostlivosť ustanoví všeobecne záväzný právny predpis, ktorý vydá ministerstvo zdravotníctva každoročne do 31. decembra po prerokovaní so zdravotnými poisťovňami a združeniami zastupujúcimi poskytovateľov zdravotnej starostlivosti pri uzatváraní zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Určenie minimálnej celkovej sumy a rozdelenie celkovej sumy výdavkov verejného zdravotného poistenia v rozpočte verejnej správy35aakf) medzi zdravotné poisťovne vykoná ministerstvo zdravotníctva na základe pomeru vynaložených výdavkov medzi zdravotnými poisťovňami za kalendárny rok, ktorý dva roky predchádza roku, na ktorý sa vydáva všeobecne záväzný právny predpis podľa tohto odseku.“. Poznámka pod čiarou k odkazu 35aakf) zákon č. 523/2004 Z. z. o rozpočtových pravidlách verejnej správy a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.“. Odôvodnenie: V § 15 ods. 7 navrhujeme upraviť podmienky zostavenia programového rozpočtu tak, aby sa 1. zvýšila predvídateľnosť vynakladania zdrojov verejného zdravotného poistenia a 2. zaviedol mechanizmus umožňujúci v praxi vykonať ustanovenia zákona č. 363/2011 Z. z. stanovujúce strop prostriedkov, ktoré smie zdravotná poisťovňa vynaložiť na výnimkové lieky. Stanovenie minimálnej celkovej sumy výdavkov je potrebné pre zabezpečenie prenosu príjmov 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 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 poisťovne k dispozícii v sume 3x3,9% ale len 1x3,9%. Navrhujeme nevypustiť poznámku pod čiarou k odkazu 35aal, na ktorú sa odvoláva štvrtá veta odseku 7, resp. pripomienkou navrhovaný odsek 8.</p>	Z	ČA	Ustanovenie prepracované.
VŠZP	<p>Čl. I bod 33. – ustanovenie § 16 ods. 6 prvá veta</p>	Z	A	

	Navrhujeme v 16 ods. 6 prvá veta vypustiť slová „rodné priezvisko“ a slová „označenie platiteľa poistného podľa osobitného predpisu,35aaka“. Odôvodnenie: Uvedené navrhujeme vzhľadom na vypustenie rodného priezviska v zmysle tohto návrhu zákona z náležitostí prihlášky (18. bod Čl. VIII tohto návrhu). Nesúhlasíme s poskytovaním predmetných údajov o označení platiteľa poistného podľa § 11 ods. 1 a ods. 2 úradu na účely vedenia centrálného registra poistencov.			
VŠZP	Čl. I bod 37. – ustanovenie § 18 ods. 1 písm. d) Navrhujeme bod 37. v znení: „V § 18 ods. 1 písm. d) sa za slovo „pomoci“ vkladá čiarka a slová „tým, že dohliada na správne poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti,40a)” sa nahrádzajú slovami „vykonáva dohľad nad poskytovaním ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnej pomoci, ktoré sú vedené v registri zariadení sociálnej pomoci poskytujúcich ošetrovateľskú starostlivosť [(§ 20 ods. 1 písm. e) desiaty bod)], tým, že dohliada na správne poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti, 40a) a na dodržiavanie povinností podľa osobitného predpisu, 40aaaa)”. Poznámka pod čiarou k odkazu 40aaaa znie: „40aaaa) § 40a ods. 2 písm. c) a d) zákona č. 576/2004 Z. z.“. Odôvodnenie: Legislatívno-technická pripomienka.	O	N	Ustanovenie bolo preformulované vzhľadom na akceptovanú pripomienku od úradu pre dohľad.
VŠZP	Čl. I bod 39. – ustanovenie § 20 ods. 1 písm. e) prvý bod Navrhujeme v § 20 ods. 1 písm. e) prvý bod vypustiť slová „rodné priezvisko“ a slová „označenie platiteľa poistného podľa osobitného predpisu,35aaka“. Odôvodnenie: Uvedené navrhujeme vzhľadom na vypustenie rodného priezviska v zmysle tohto návrhu zákona z náležitostí prihlášky (18. bod Čl. VIII tohto návrhu). Nesúhlasíme, aby centrálny register poistencov obsahoval aj údaj o označení platiteľa poistného podľa § 11 ods. 1 a ods. 2.	Z	N	V zmysle rozporového rokovania dňa 8. septembra, boli ustanovenia týkajúce sa CRP upravené, avšak ponechané. Označenie platiteľa/typ platiteľa poistného je súčasťou CRP už v súčasnosti.
VŠZP	Čl. I bod 46. – ustanovenie § 31 ods. 1 písm. h) Navrhujeme namiesto slov „[(§ 43a ods. 1 písm. b)]“ vložiť slová „[(§ 43b ods. 1 písm. b)]“. Odôvodnenie: Legislatívno-technická pripomienka.	O	A	
VŠZP	Čl. I bod 46. – ustanovenie § 32 ods. 2 Navrhujeme namiesto slov „8 dní“ vložiť slová „ôsmich dní“. Odôvodnenie: Legislatívno-technická pripomienka.	O	A	
VŠZP	Čl. I bod 53. – ustanovenie § 38 ods. 1 Navrhujeme vypustiť bod 53. v plnom rozsahu. Odôvodnenie: Podľa § 10 je zdravotná poisťovňa povinná oznámiť úradu zmenu údajov, na základe ktorých sa povolenie vydalo, t. j. úrad disponuje informáciou aj o zmene obchodného mena/sídla zdravotnej poisťovne – z uvedeného dôvodu považujeme za nadbytočné, aby zdravotná poisťovňa po splnení svojej oznamovacej povinnosti úrad žiadala o zmenu povolenia.	O	A	
VŠZP	Čl. I bod 58. – ustanovenie § 43a ods. 3 Navrhujeme v tretej vete namiesto slov „podľa § 43a ods. 1“ vložiť slová „podľa § 43b ods. 1“. Odôvodnenie: Legislatívno-technická pripomienka. Dôvody dohľadu nad zdravotnou starostlivosťou uvedené v § 43b ods. 1 pod písm. c, d sú dohľad z úradného dôvodu, rovnako ako dôvod pod písm. a), a preto by nemali byť podmienené súhlasom dotknutej osoby.	O	A	
VŠZP	Čl. I bod 58. – ustanovenie § 43d ods. 2 písm. d) Navrhujeme vypustiť slová „nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti“. Odôvodnenie: Legislatívno-technická pripomienka.	O	N	Ustanovenie je formulované schválne tak, aby sa vzťahovalo len na výkon dohľadu nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti.
VŠZP	Čl. I bod 58. – ustanovenie § 43e ods. 1 Navrhujeme namiesto slov „na námietky doručené po určenej lehote sa neprihliada“ vložiť	O	N	

	slová „lehotu na písomné námietky je možno odpustiť“. Odôvodnenie: Legislatívno-technická pripomienka.			
VŠZP	Čl. I bod 58. – ustanovenie § 43e ods. 2 písm. a) Navrhujeme namiesto slov „podľa § 45 ods. 1“ vložiť slová „podľa § 43d ods. 1“. Odôvodnenie: Legislatívno-technická pripomienka.	O	A	
VŠZP	Čl. I bod 58. – ustanovenie § 45 ods. 7 Navrhujeme vypustiť slová „nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti“. Odôvodnenie: Legislatívno-technická pripomienka.	O	N	Ustanovenie je formulované schválne tak, aby sa vzťahovalo len na výkon dohľadu nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti.
VŠZP	Čl. I bod 58. – ustanovenie § 46 ods. 1 Navrhujeme 2x vypustiť slová „nad zdravotnou starostlivosťou“. Odôvodnenie: Legislatívno-technická pripomienka.	O	A	
VŠZP	Čl. I bod 59. Navrhujeme bod 59. v znení: „§ 47b až § 48 sa označujú ako „ŠIESTA ČASŤ PREHLIADKA MŔTVEHO TELA A PITVA“. Doterajšia ŠIESTA až DESIATA časť, sa označujú ako SIEDMA až JEDENÁSTA ČASŤ.“ Odôvodnenie: Legislatívno-technická pripomienka.	O	A	
VŠZP	Čl. I nad rámec návrhu – ustanovenie § 18 ods. 1 písm. a) Navrhujeme v § 18 ods. 1 písm. a) doplniť bod 11., ktorý znie: „11. rozhoduje o námietkach dlžníka proti rozhodnutiu zdravotnej poisťovne vydanému v konaní vo veciach vymáhania pohľadávok, ak námietkam nevyhovela zdravotná poisťovňa podľa osobitného predpisu. 39g)“ Poznámka pod čiarou k odkazu 39g) znie: “39g) §25b a nasl. zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z.z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov” Odôvodnenie: Potreba predmetnej úpravy zákona č. 581/2004 Z.z. vyplýva z legislatívnej úpravy samostatného vymáhania pohľadávok v zákone č. 580/2004 Z.z.	Z	N	Vymáhanie pohľadávok bolo z návrhu vypustené v nadväznosti na zásadnú pripomienku MSSR a iných subjektov a následné rozporové rokovania.
VŠZP	Čl. I nad rámec návrhu – ustanovenie § 11 ods. 1 písm. b) Navrhujeme v § 11 ods. 1 vypustiť písm. b) v plnom rozsahu. Odôvodnenie: Informácie z plánu činnosti sú obsiahnuté aj v obchodno-finančnom pláne, t.j. z dôvodu duplicity navrhujeme túto povinnosť zdravotnej poisťovne vytvárať aj plán činnosti 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.	Z	A	Pripomienka je nad rámec návrhu, avšak na rozporovom rokovaní dňa 8. septembra 2022 s návrhom súhlasili všetky zdravotné poisťovne.
VŠZP	Čl. I nad rámec návrhu – ustanovenie § 11 ods. 1 písm. c) Navrhujeme v § 11 ods. 1 písmeno c) namiesto slov „31. marca“ vložiť slová „31. januára“. Odôvodnenie: 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. Z toho dôvodu navrhujeme skrátiť termín na predloženie obchodno-finančného plánu do 31. januára kalendárneho roka.	Z	N	Pripomienka nad rámec návrhu zákona.
VŠZP	Čl. I nad rámec návrhu – ustanovenie § 15 ods. 1 písm. u) Navrhujeme v § 15 ods. 1 písm. u) namiesto slov „31. marca“ vložiť slová „31. januára“. Odôvodnenie: 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. Súvisí s predchádzajúcou pripomienkou, ak sa upraví lehota v oznamovacích povinnostiach, je potrebné rovnako upraviť lehotu aj v povinnostiach zdravotnej poisťovne.	Z	N	Pripomienka nad rámec návrhu zákona.

VŠZP	<p>Čl. I nad rámec návrhu – ustanovenie § 3 ods. 1 Navrhujeme namiesto slov „zamestnancov zdravotnej poisťovne“ vložiť slovo „osôb“. Odôvodnenie: Legislatívno-technická pripomienka za účelom zjednotenia pojmov, ktoré novela zavádza napr. v § 13 ods. 3, 5 až 10 (novelizáčn body 21. a 22.) zákona č. 581/2004 Z. z.</p>	O	N	V kontexte znenia § 3 ods. 1, je potrebné zachovať pôvodný pojem.
VŠZP	<p>Čl. I nad rámec návrhu – ustanovenie § 51 ods. 1 písm. c) Navrhujeme v § 51 ods. 1 vypustiť písm. c) v plnom rozsahu. Odôvodnenie: Navrhujeme 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) [d] uložiť povinnosť vypracovať ozdravný plán podľa § 51]. 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 zabezpečiť platobnú schopnosť.</p>	Z	A	
VŠZP	<p>Čl. I nad rámec návrhu – ustanovenie § 6 ods. 1 Alternatíva 1. Navrhujeme § 6 ods. 1 písm. ag), ktorý znie: „ag) vykonáva prieskum spokojnosti poistencov a platiteľov v ústnej, elektronickej alebo písomnej forme.“ Odôvodnenie: Navrhujeme medzi činnosť zdravotnej poisťovne doplniť výkon prieskumu spokojnosti, pričom uvedená činnosť nahradí súčasné znenie písm. ag): „uplatňuje nárok na úhradu pohľadávky prepočítaného doplatku za najlacnejší náhradný liek, najlacnejšiu náhradnú zdravotnícku pomôcku a najlacnejšiu náhradnú dietetickú potravinu voči poistencovi, ktorý zdravotná poisťovňa uhradila poskytovateľovi lekárskej starostlivosti a na ktorú poistenec nemal nárok podľa osobitného predpisu, 16q)“ z dôvodu, že túto činnosť navrhujeme vypustiť spolu s návrhom na zmenu znenia zákona č. 363/2011 Z. z. nasledovne: „V 87d sa vypúšťa odsek 4 a 5.“ Odôvodnenie: vzhľadom na problémy aplikačnej praxe (napr. vo veľkej miere ide o uplatňovanie nároku voči poistencom-poberateľom dôchodku, ktorých výška dôchodku síce nedosahuje zákonom stanovenú maximálnu sumu, ale 3x, resp. 4x ročne sú im vyplácané príspevky od bývalých zamestnávateľov na základe dohôd, kolektívnych zmlúv, ktoré sú zdaňované ako príjmy zo závislej činnosti a stávajú sa vymeriavacím základom pre účely zdravotného poistenia napriek tomu, že uvedení poistenci nevykonávajú v súčasnosti žiadnu činnosť a v konečnom dôsledku je im odvedená daň na základe daňového priznania vrátená. Vzhľadom k tomu, že poistencom je oznámený poistný vzťah „zamestnanec“ spravidla na posledný deň kalendárneho štvrtého roka, sú k prvému dňu štvrtého roka zaradení do zoznamu poistencov pre poskytovateľov lekárskej starostlivosti a pri prehodnotení ich nároku na limit spoluúčasti bude dochádzať každý štvrtý rok k uplatňovaniu nároku voči nim), nízku sumu limitu spoluúčasti a vysoké náklady na úpravu IS ZP, je dôvodné vypustiť uvedené ustanovenia. Alternatíva 2. Navrhujeme do § 6 ods. 1 doplniť nové písm. ai), ktoré znie: „ai) vykonáva prieskum spokojnosti poistencov a platiteľov v ústnej, elektronickej alebo písomnej forme.“ Odôvodnenie: Navrhujeme medzi činnosť zdravotnej poisťovne doplniť výkon prieskumu spokojnosti.</p>	O	N	Po rokovaní s Úradom na ochranu osobných údajov, zdravotná poisťovňa uvedené činnosti môže vykonávať, avšak po súhlase poistenca.
VŠZP	<p>Čl. I nad rámec návrhu – ustanovenie § 6 ods. 1 písm. ad) Navrhujeme v § 6 ods. 1 písm. ad) vypustiť slová „a zasiela im štandardizovaný test, ak taký existuje“. Odôvodnenie: Navrhujeme vypustiť zasielanie testov z dôvodu, že zdravotná poisťovňa ich musí zabezpečovať cestou verejného obstarávania a toto sa ukázalo vzhľadom na pomer skutočne vykonaných skriningov ako neefektívne a nehospodárne, a zároveň</p>	Z	N	Pripomienka nad rámec návrhu zákona.

	navrhujeme zabezpečenie testov ponechať v kompetencií poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí ich vykážu na úhradu zdravotnej poisťovni v tých prípadoch, keď poistenec skrining absolvuje.			
VŠZP	Čl. I nad rámec návrhu – ustanovenie § 6 ods. 3 písm. c) Navrhujeme znenie § 6 ods. 3 písmeno c) vypustiť v plnom rozsahu: Odôvodnenie: Navrhujeme, aby bola suma plánovanej starostlivosti pre poistencov zaradených v zozname vedená len v rámci podsúvahovej evidencie a nie ako samostatná kategória technických rezerv v rámci štatutárneho účtovníctva zdravotných poisťovní.	Z	ČA	Ustanovenie prepracované.
VŠZP	Čl. III bod 1. – ustanovenie § 22 ods. 5 Navrhujeme bod 1. vypustiť v plnom rozsahu. Odôvodnenie: V navrhovanom znení pribudli v nároku na úhradu neodkladnej zdravotnej starostlivosti aj rôzne nové typy „žiadateľov“. A to žiadateľ o azyl, žiadateľ o poskytnutie dočasného útočiska, žiadateľ o dobrovoľný návrat do krajiny pôvodu v rámci asistovaného dobrovoľného návrat. Doteraz bola týmto typom osôb uhrádzaná zdravotná starostlivosť Ministerstvom vnútra SR na základe zákona č. 480/2002 Z. z. o azyle. V navrhovanom znení má neodkladnú zdravotnú starostlivosť (podľa navrhovaného bodu 33. to môže byť aj iná ako neodkladná) aj týmto okruhom osôb (teda ďalším navyše od tých doterajších) uhrádzať poisťovňa s najväčším počtom poistencov. Vzhľadom k tomu, že napr. žiadateľom o azyl trvá azylové konanie aj niekoľko mesiacov až dva roky, je prijatie navrhovaného znenia zákona ďalším náporom na rozpočet VŠZP.	Z	N	náklady na zdravotnú starostlivosť pre tieto osoby majú byť v plnej miere refundované zdravotnej poisťovni zo štátneho rozpočtu
VŠZP	Čl. IX bod 2. – ustanovenie § 40 ods. 10 Navrhujeme v § 40 ods. 10 vložiť písm. k), ktorý znie: „k) ak návrh na plánovanú zdravotnú starostlivosť zanikol podľa odseku 3 alebo odseku 5.“. Odôvodnenie: Legislatívno-technická pripomienka.	Z	ČA	Ustanovenie prepracované.
VŠZP	Čl. IX bod 2. – ustanovenie § 40 ods. 10 písm. g) Navrhujeme § 40 ods. 10 písm. g), ktorý znie: „g) dôjde k prerušeniu lehoty časovej dostupnosti v prípadoch hodných osobitného zreteľa na strane poistenca o viac ako 180 dní.“ Odôvodnenie: Lehota 365 dní sa javí ako neprimerane dlhá, najmä so zreteľom na skutočnosť, že pôvodný predpokladaný dátum poskytnutia plánovanej zdravotnej starostlivosti v danom čase už zrejme márne uplynul a bude potrebné s poskytovateľom zo strany pacienta dohodnúť iný termín, čo sa efektívnejšie vykoná novým návrhom.	Z	ČA	Ustanovenie prepracované.
VŠZP	Čl. IX bod 2. – ustanovenie § 40 ods. 13 písm. a) Navrhujeme § 40 ods. 13 písm. a), ktoré znie: „a) bezodkladne plánovanú starostlivosť bez uplatnenia postupu podľa osobitného predpisu ²⁹⁾ u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, s ktorým nemá zdravotná poisťovňa uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti ⁶⁾ (ďalej len „nezmluvný poskytovateľ“) podľa výberu poistenca; zdravotná poisťovňa preplatí poistencovi náklady na zdravotnú starostlivosť vo výške priemernej úhrady za jednotlivý zdravotný výkon v čase poskytnutia zdravotnej starostlivosti dohodnutú s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, s ktorými má príslušná zdravotná poisťovňa uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti ^{X)} a ktorí poskytujú rovnakú zdravotnú starostlivosť, aká bola poistencovi poskytnutá nezmluvným poskytovateľom. Zdravotná poisťovňa preplatí poistencovi náklady podľa predchádzajúcej vety najviac do výšky skutočných nákladov za poskytnutú zdravotnú starostlivosť, a to na základe predložených dokladov o úhrade do 15 dní od požiadania,“ Poznámka pod čiarou k odkazu x znie: „x) § 7 a 8 zákona č. 581/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.“ Odôvodnenie: Ako	Z	ČA	Ustanovenie prepracované.

	dôvod navrhovanej zmeny uvádzame skutočnosť, že nezmluvní poskytovatelia zdravotnej starostlivosti už v súčasnosti zahrňajú do ceny poskytnutej zdravotnej starostlivosti „nadštandardné služby“, ktoré nie sú hradené na základe verejného zdravotného poistenia. V prípade ponechania navrhovaného znenia tohto ustanovenia hrozí, že prostriedky verejného zdravotného poistenia nebudú vynakladané účelne, efektívne a hospodárne.			
VšZP	<p>Čl. IX bod 2. - ustanovenie § 40 ods. 13 písm. b) Navrhujeme § 40 ods. 13 písm. b), ktoré znie: „b) plánovanú starostlivosť u iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti v inom členskom štáte Európskej únie podľa osobitného predpisu³⁰); predchádzajúci súhlas zdravotnej poisťovne podľa osobitného predpisu³¹) nahrádza zaradenie na zoznam čakajúcich poistencov pre tú istú plánovanú starostlivosť.“ Poznámka pod čiarou znie: „³⁰) § 9d zákona č. 580/2004 Z. z. v znení zákona č. 540/2021 Z. z. 31) § 9d ods. 2 a 3 č. 580/2004 Z. z. v znení zákona č. 540/2021 Z. z.“ Odôvodnenie: Zmenu navrhujeme z dôvodu, že aktuálne znenie § 40 ods. 13 písm. b) odkazuje jednak 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. neprináša 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 navrhujeme 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.</p>	Z	ČA	Ustanovenie prepracované.
VšZP	<p>Čl. IX bod 2. – ustanovenie § 40 ods. 13 úvodná veta Navrhujeme v § 40 ods. 13 úvodnú vetu, ktorá znie: „(13) Ak nie je dodržaná lehota časovej dostupnosti ústavnej starostlivosti a zdravotná poisťovňa nepostupovala podľa odseku 12, zdravotná poisťovňa je povinná postupovať v tomto poradí a umožniť“. Odôvodnenie: Slovo „zabezpečiť“ je v danom kontexte máťuce, navrhujeme ho nahradiť slovom „umožniť“. Zdravotná poisťovňa nemá povinnosť spracovávať informácie o nezmluvných poskytovateľoch a medicínskych službách, ktoré poskytujú.</p>	Z	ČA	Ustanovenie prepracované.
VšZP	<p>Čl. IX bod 2. – ustanovenie § 40 ods. 14 Navrhujeme § 40 ods. 14, ktorý znie: „(14) Ak dôjde k prerušeniu lehoty časovej dostupnosti</p>	Z	ČA	Ustanovenie prepracované.

	<p>v prípadoch hodných osobitného zreteľa na strane poisťovne, v súčte o viac ako 60 dní, povinnosť zdravotnej poisťovne podľa odseku 13 zaniká. Ak dôjde k prerušeniu lehoty časovej dostupnosti v prípadoch hodných osobitného zreteľa na strane prevádzkovateľa nemocnice o viac ako 10 dní, zdravotná poisťovňa vyznačí toto porušenie v zozname čakajúcich poistencov a zabezpečí poskytnutie plánovanej starostlivosti u iného prevádzkovateľa nemocnice podľa odseku 12, pričom jej zodpovednosť za dodržanie lehoty časovej dostupnosti zaniká. Ak zdravotná poisťovňa nemá uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s prevádzkovateľom nemocnice podľa odseku 2 a poistenec po zmene zdravotnej poisťovne trvá na poskytnutí plánovanej starostlivosti v predpokladanom dátume poskytnutia plánovanej starostlivosti, zdravotná poisťovňa môže postupovať podľa odseku 12.“ Odôvodnenie: Vzhľadom k potrebe poskytnutia zdravotnej starostlivosti poistencovi sa lehota 90 dní javí ako neprimerane dlhá. V prípadoch zmeny poisťovne zo strany poisťovne a aplikácie odseku 13 by dochádzalo k podstatnému navyšovaniu finančných prostriedkov, na ktoré si poisťovňa nevytvárala rezervy nakoľko poistenci boli v inej zdravotnej poisťovni. Zdravotná starostlivosť poskytovaná v zahraničí je podstatne finančne náročnejšia.</p>			
VŠZP	<p>Čl. IX bod 2. - ustanovenie § 40 ods. 3 Znenie § 40 ods. 3 navrhujeme upraviť nasledovne: „(3) Zdravotná poisťovňa vykoná kontrolu správnosti a úplnosti údajov v návrhu na plánovanú starostlivosť, overí, či neexistuje už iný návrh na plánovanú starostlivosť zaslaný iným prevádzkovateľom nemocnice a ak je návrh na plánovanú starostlivosť neúplný, vráti ho prevádzkovateľovi nemocnice na doplnenie v lehote desiatich dní odo dňa jeho doručenia podľa odseku 1, inak návrh na plánovanú starostlivosť schváli a postupuje podľa odseku 4, ak v tretej vete nie je ustanovené inak. Doplnenie návrhu na plánovanú starostlivosť nemá vplyv na plynutie lehoty plánovanej starostlivosti podľa § 2 ods. 9. Ak už existuje iný návrh na plánovanú starostlivosť zaslaný iným prevádzkovateľom nemocnice a ide o tú istú plánovanú starostlivosť, doručenie úplného návrhu na plánovanú starostlivosť zaslaného iným prevádzkovateľom nemocnice na tú istú plánovanú starostlivosť pôvodný návrh na plánovanú starostlivosť zaniká, zdravotná poisťovňa vyradí poistenca z toho zoznamu čakajúcich poistencov, do ktorého bol zaradený na základe pôvodného návrhu na plánovanú starostlivosť, nový návrh na plánovanú starostlivosť schváli a postupuje podľa odseku 4.“ Odôvodnenie: Ak poistenec požiada iného poskytovateľa prevádzkovateľa nemocnice o vystavenie návrhu na plánovanú starostlivosť, malo by byť povinnosťou zdravotnej poisťovne túto jeho vôľu rešpektovať.</p>	Z	ČA	Ustanovenie prepracované.
VŠZP	<p>Čl. IX bod 2. - ustanovenie § 40 ods. 6 Navrhujeme § 40 ods. 6 vypustiť v plnom rozsahu alebo upraviť nasledovne: „(6) Zdravotná poisťovňa zašle poistencovi prostredníctvom účtu poisťovne informáciu o zaradení do zoznamu čakajúcich poistencov do desiatich dní odo dňa zaradenia poistenca do zoznamu čakajúcich poistencov. Odôvodnenie: Pôvodne navrhnuté znenie ustanovenia je zmatečné a nadbytočné vo vzťahu k navrhovanému zneniu ustanovenia § 39 ods. 1 písm. d) bod 2. a § 42 ods. 2 zákona č. 540/2021 Z. z. Okrem toho bude poistenec disponovať identifikačným číslom návrhu, ktorý podpísal u poskytovateľa, ktorým si vie overiť stav návrhu.</p>	Z	ČA	Ustanovenie prepracované.
VŠZP	<p>Čl. IX bod 2. – ustanovenie § 40 ods. 7 Navrhujeme v § 40 ods. 7 doplniť písm. f), ktoré znie: „f) pri zmene zdravotnej poisťovne si</p>	Z	ČA	Ustanovenie prepracované.

	zdravotné poisťovne vymieňajú zoznam údajov v rozsahu § 42 ods. 3 a príslušného metodického usmernenia pre plánovanú zdravotnú starostlivosť v rámci zákona č. 540/2021 Z. z. ku dňu 1.1.“. Odôvodnenie: Kvôli zosúladeniu zoznamov a transparentnosti poradia čakajúcich poistencov je potrebná výmena údajov medzi zdravotnými poisťovňami v rámci návrhov na plánovanú starostlivosť.			
VšZP	Čl. IX bod 2. – ustanovenie § 40 ods. 7 písm. b) Navrhujeme namiesto slov „alebo písm. i)“ vložiť slová „alebo písm. k)“. Odôvodnenie: Legislatívno-technická pripomienka v súvislosti s ďalším dôvodom vyradenia zo zoznamu do ods. 10.	O	ČA	Ustanovenie prepracované.
VšZP	Čl. IX bod 2. - ustanovenie § 40 ods. 8 Znenie § 40 ods. 8 navrhujeme upraviť nasledovne, cit.: „Zdravotná poisťovňa umožní prístup k súhrnnému zoznamu ³⁴⁾ čakajúcich poistencov na svojom webovom sídle.“ Poznámka pod čiarou k odkazu 34) znie: „34) § 12 ods. 3 písm. y) zákona č. 153/2013 Z.z. o národnom zdravotníckom informačnom systéme a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení zákona č. 540/2021 Z.z.“. Odôvodnenie: NCZI je povinná vytvárať konsolidované, i. e. súhrnné zoznamy čakajúcich poistencov a tieto zverejňovať. Pre poistenca by mohlo byť máťúce, ak by sa našiel v dvoch, akoby rozdielnych zoznamoch, preto navrhujeme, aby poisťovňa nebola povinná zverejňovať svoje parciálne zoznamy čakajúcich poistencov, ale miesto toho linkovať súhrnné zoznamy NCZI.	Z	ČA	Ustanovenie prepracované.
VšZP	Čl. IX bod 2. a 3. - ustanovenie § 40 a § 42 Navrhujeme § 40 ods. 1, ktorý znie: „(1) Zdravotná poisťovňa je povinná vytvoriť a viesť zoznam čakajúcich poistencov na základe návrhu na plánovanú starostlivosť zaslaného prevádzkovateľom nemocnice, ale nepostupuje podľa odsekov 12 a 13 v prípade ak predpokladaný dátum poskytnutia plánovanej starostlivosti je skorší ako 30 dní odo dňa vyhotovenia návrhu na plánovanú starostlivosť.“ Zodpovedajúco k vyššie uvedenému navrhujeme upraviť znenie § 40 ods. 7 písm. a) nasledovne: „a) viesť zoznam čakajúcich poistencov v rozsahu podľa odseku 1 podľa jednotlivých nemocníc a podľa medicínskych služieb, pre ktoré bola kategorizáciou ústavnej starostlivosti ustanovená časová dostupnosť ústavnej starostlivosti, v rozsahu údajov podľa § 39 ods.1 písm. d)“,“. V priamej súvislosti s predchádzajúcimi návrhmi navrhujeme upraviť znenie § 42 ods. 4 písm. a) nasledovne: „a) zaslať zoznam čakajúcich poistencov podľa odseku 2 do 24 hodín od vyhotovenia návrhu na plánovanú starostlivosť v rozsahu podľa odseku 3; lehota na zaslanie zoznamu čakajúcich poistencov neplynie počas sobôt a dní pracovného pokoja podľa osobitného predpisuX)“. Poznámka pod čiarou k odkazu x znie: „x) zákon číslo 241/1993 Z. z. o štátnych sviatkoch, dňoch pracovného pokoja a pamätných dňoch v znení neskorších predpisov“ Odôvodnenie: Vzhľadom na povinnosti zdravotnej poisťovne manažovať cestu pacienta podľa § 40 ods. 12 a 13 zákona č. 540/2021 Z. z. môže aplikácia súčasného schváleného znenia znemožniť zdravotnej poisťovni riadne plnenie v citovaných ustanoveniach stanovených povinností a to z dôvodu krátkosti času. Zároveň sa tým zabezpečuje, aby ministerstvo dostávalo údaje o plánovanej starostlivosti aj pri návrhoch u ktorých sa predpokladá poskytnutie plánovanej starostlivosti do 30 dní, ktoré poisťovňa nebude mať povinnosť manažovať, avšak tieto údaje sú nevyhnutné na účely posudzovania kategorizácie ústavnej starostlivosti a siete nemocníc.	Z	ČA	Ustanovenie prepracované.
VšZP	Čl. IX bod 3. - ustanovenie § 42 ods. 1 Navrhujeme § 42 ods. 1, ktorý znie: „(1) Prevádzkovateľ nemocnice v súlade so zásadou	Z	ČA	Ustanovenie prepracované.

	<p>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 súhlasí s predpokladaným dátumom poskytnutia plánovanej starostlivosti prekračujúcim lehotu plánovanej starostlivosti neuplatní sa postup podľa § 40 ods. 12 a 13.“ Odôvodnenie: Súčasné znenie zákona ako i legislatívneho návrhu nerešpektuje vôľu poistenca a nedáva 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, dlhodobo 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.</p>			
VŠZP	<p>Čl. IX bod 9. Navrhujeme bod 9. vypustiť v plnom rozsahu alebo upraviť nasledovne: „(9) Na zoznamy poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti vytvorené a vedené zdravotnými poisťovňami podľa doterajších predpisov sa tento zákon nevzťahuje.“ Odôvodnenie: Navrhované ustanovenie z dôvodu spracúvania odlišných údajov nie je vykonateľné.</p>	Z	ČA	Ustanovenie prepracované.
VŠZP	<p>Čl. IX legislatívneho návrhu, bod 2. (navrhovaný § 40 zákona č. 540.2021 Z. z.) Navrhujeme v § 40 ods. 10 doplniť písmená h), i), j), ktoré znejú: „h) prevádzkovateľ pošle návrh na medicínsku službu, ktorú nemá podľa kategorizácie ústavnej zdravotnej starostlivosti dovolenú poskytovať, i) je poistenec vedený v zozname dlžníkov, j) nie je poistencom príslušnej zdravotnej poisťovne.“ Odôvodnenie: Zdravotná poisťovňa nemá v návrhu zákona uvedenú možnosť zamietnuť návrh z uvedených dôvodov, ktoré považujeme za dôležité.</p>	Z	A	
VŠZP	<p>Čl. IX nad rámec návrhu – ustanovenie § 2 ods. 7 Navrhujeme § 2 ods. 7, ktorý znie: „Časová dostupnosť ústavnej starostlivosti je maximálny čas určený v dňoch medzi vyhotovením návrhu na plánovanú starostlivosť a poskytnutím medicínskej služby v nemocnici.“ Odôvodnenie: Javí sa ako 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 časovej dostupnosti ústavnej starostlivosti z pohľadu pacienta, logicky, môže začať plynúť až vtedy, keď s jej poskytnutím prejaví súhlas a je mu vyhotovený návrh na plánovanú starostlivosť. Stanovenie začiatku plynutia lehoty na časovej dostupnosti plánovanej starostlivosti na prvú indikáciu v nemocnici má závažné konzekvencie. 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.</p>	Z	ČA	Ustanovenie prepracované.
VŠZP	<p>Čl. IX návrhu nad rámec návrhu – ustanovenie § 2 ods. 9 druhá veta</p>	Z	ČA	Ustanovenie prepracované.

	<p>Navrhujeme v § 2 ods. 9 druhú vetu, ktorá znie: „Lehota plánovanej starostlivosti v rámci liečebného postupu musí predstavovať medicínsky prijateľnú dobu s ohľadom na zdravotný stav a klinické potreby pacienta.“. Odôvodnenie: Ak by bola zachovaná pôvodná dikcia zákona mohli by nastávať situácie, v ktorých by indikujúci lekár poisťovňa odmietol ešte pri indikácii s odôvodnením, že mu nemôže dať termín kvôli vlastnej vyťažnosti 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 poisťovni odsúvali na iné termíny, mimo oficiálne zaznamenaných štatistík. Zdravotná poisťovňa by tak bez vystaveného návrhu nemohla hľadať pre poisťovňu náhradu. Lekár podľa nás nemôže odmietnuť vystaviť poisťovni návrh na plánovanú ZS iba na základe dôvodu, že predpokladaný dátum plánovanej starostlivosti prekročí časovú dostupnosť medicínskej služby.</p>			
VŠZP	<p>Čl. VII bod 3. Navrhujeme poznámku pod čiarou k odkazu 55jaqa), ktorá znie: „55jaqa) § 67b ods. 3 písm. d) a j) zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších prepisov.“. Odôvodnenie: Legislatívno-technická pripomienka.</p>	O	A	
VŠZP	<p>Čl. VIII – nad rámec návrhu Navrhujeme poznámku pod čiarou k odkazu 55d, ktorá znie: „55d) Zákon 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. , § 7 ods. 3 zákona č. 222/2022 Z. z. o štátnej podpore nájomného bývania“. Odôvodnenie: V nadväznosti na prijatý zákon č. 222/2022 Z. z. o štátnej podpore nájomného bývania navrhujeme upraviť aj poznámku pod čiarou 55d).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 poisťovne podľa § 23 ods. 1 písm. b) alebo platiteľa poisťovne 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</p>	O	A	

	<p>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 nevidujú 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, navrhujeme 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 (vid odkaz 13 k § 7 ods. 3) avšak podľa nášho zákona nepatrí k orgánom oprávneným požadovať tieto informácie.</p>			
VŠZP	<p>Čl. VIII bod 12. – ustanovenie § 6 ods. 11 písm. b) Navrhujeme namiesto slov „do 30. septembra“ vložiť slová „do 31. októbra“. Odôvodnenie: Uvedené navrhujeme vzhľadom na zmenu lehoty v § 6 ods. 10 písm. b) bod 4 v zmysle tohto návrhu zákona (10. bod tohto návrhu).</p>	Z	A	
VŠZP	<p>Čl. VIII bod 13. – ustanovenie § 6 ods. 11 písm. c) Navrhujeme vypustiť bod 13. v plnom rozsahu. Odôvodnenie: Zdravotná poisťovňa nepotrebuje disponovať predmetnou informáciou.</p>	O	N	z pohľadu možnosti podania prihlášky zákonným zástupcom je táto informácia potrebná
VŠZP	<p>Čl. VIII bod 15. – ustanovenie § 7 ods. 4 Navrhujeme na záver ustanovenia vložiť vetu, ktorá znie: „Platnosť akceptačného listu, ktorý bol vydaný do 30. septembra kalendárneho roka, je do 30. septembra kalendárneho roka, v ktorom bol vydaný a platnosť akceptačného listu, ktorý bol vydaný po 30. septembri kalendárneho roka, je do 30. septembra nasledujúceho kalendárneho roka, v ktorom bol vydaný.“ Odôvodnenie: VŠZP je toho názoru, že je potrebné presne určiť obdobie platnosti akceptačného listu, a to za účelom zamedzenia špekulácií pri prepoisťovaní.</p>	Z	N	bezpredmetné; ustanovenie bolo vypustené
VŠZP	<p>Čl. VIII bod 17. – ustanovenie § 8 ods. 1 Navrhujeme namiesto slov „osobitného predpisu,18aac)“ vložiť slová „osobitného predpisu,13aac)“. Odôvodnenie: Legislatívno-technická pripomienka.</p>	O	A	
VŠZP	<p>Čl. VIII bod 20. – ustanovenie § 8a ods. 1 Navrhujeme § 8a ods. 1, ktorý znie: „(1) Poistenec, ktorý podal prihlášku z dôvodu zmeny zdravotnej poisťovne, je oprávnený vziať späť podanú prihlášku bez uvedenia dôvodu jeden krát za dva po sebe idúce kalendárne roky.“ Odôvodnenie: Podľa Správ o činnosti Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou bolo 6.994 neakceptovaných prihlášok na zmenu zdravotnej poisťovne v roku 2020 (z toho spať vzatých 2.379) a až 37.135 neakceptovaných prihlášok v roku 2021, čo je cca 5 násobný nárast oproti minulému roku (počet spať vzatých</p>	Z	N	mohlo by byť vyhodnotený ako obmedzenie práva poistenca

	nebol špecifikovaný). Nová úprava legislatívy by tak pomohla výrazne znížiť náklady poisťovní na prepoistenie a ovplyvnila tak aj výšku ich optimálneho zisku.			
VšZP	Čl. VIII bod 20. – ustanovenie § 8a ods. 5 písm. b) Navrhujeme v § 8a ods. 5 písm. b) vypustiť slová „rodné priezvisko“. Odôvodnenie: Vzhľadom na vypustenie rodného priezviska v zmysle tohto návrhu zákona z náležitostí prihlášky (18. bod tohto návrhu).	O	A	
VšZP	Čl. VIII bod 21. – ustanovenie § 9 ods. 2 až 4 Navrhujeme vypustiť bod 21. v plnom rozsahu. Odôvodnenie: VšZP nesúhlasí s navrhovanou zmenou § 9, navrhujeme znenie § 9 ponechať tak, ako je teraz uvedené v zákone v platnom znení. VšZP považuje ustanovenie práva na úhradu len neodkladnej zdravotnej starostlivosti pre dlžníka, ktoré zákon č. 580/2004 Z. z. upravuje od začiatku jeho účinnosti do teraz, za jeden z najúčinnějších nástrojov pre motiváciu platenia poistného. V praxi sa denne stretávame s tým, že práve získanie nároku na úhradu zdravotnej starostlivosti v plnom rozsahu z verejného zdravotného poistenia je hlavnou motiváciou pre platenie poistného na verejné zdravotné poistenie, a to najmä pri platiteľoch podľa § 11 ods. 2 zákona č. 580/2004 Z. z., tzv. samoplatiteľoch, ale aj pri samostatne zárobkovo činných osobách. Ak by však bol § 9 v zákone zmenený v znení tohto návrhu, v nadväznosti na takúto úpravu § 9 navrhujeme upraviť aj znenie § 25a zákona č. 580/2004 Z. z. Podľa navrhovanej úpravy v § 9, už skutočnosť, že je osoba vedená v zozname dlžníkov zdravotnej poisťovne nebude mať dopad na poistenca v podobe nároku len na neodkladnú zdravotnú starostlivosť. Vzhľadom na túto skutočnosť už nebude potrebné zo strany zdravotnej poisťovne uvádzať túto informáciu v zozname dlžníkov zverejňovanom podľa § 25a, a preto v znení § 25a ods. 2 písm. a) navrhujeme vypustiť slová „údaj o tom, či má poistenec právo na úhradu zdravotnej starostlivosti podľa § 9 ods. 1 a“.	Z	ČA	Obmedzenie nároku na zdravotnú starostlivosť pri dlžníkovi iba na neodkladnú je zrejme najtvrdšie v EU; veľká väčšina členských štátov EU (vrátane Českej republiky) takéto obmedzenie vôbec nemá a napriek tomu v týchto krajinách nie je evidovaný žiaden pokles úspešnosti výberu poistného v porovnaní so SR. Zdravotným poisťovníam naďalej ostáva k dispozícii celé spektrum nástrojov na vymáhanie, vrátane exekučných konaní. Pokiaľ ide o šetrenie prostriedkov na zdravotnú starostlivosť, veľmi často je práve akútna zdravotná starostlivosť drahšia, ako prevencia a odkladná zdravotná starostlivosť. Ustanovenie prepracované.
VšZP	Čl. VIII bod 25. – ustanovenie § 9f ods. 2 písm. c) Navrhujeme v § 9f ods. 2 písm. c) vypustiť slová „alebo poskytovateľom zdravotnej starostlivosti iného členského štátu,“. Odôvodnenie: Navrhujeme zmenu pri konaní o predchádzajúcom súhlase podľa § 9a ods. 2 a § 9b ods.10, nakoľko ak bude možnosť potvrdenia žiadosti o udelenie súhlasu podľa § 9a ods. 2 a § 9b ods. 10 aj poskytovateľom ZS iného členského štátu, ako bude tento vedieť odôvodniť potrebu navrhovanej liečby za podmienok podľa § 9b ods. 10 písmen a, b, c, e. Iba v prípade EESSI S BUC 11 – vydanie povolenia na ošetrovanie v mene inštitúcie v súvislosti s naliehavou životne dôležitou liečbou.	Z	A	
VšZP	Čl. VIII bod 25. – ustanovenie § 9f ods. 3 Navrhujeme namiesto slov „písm. a) až c)“ vložiť slová „písm. a) a b)“. Odôvodnenie: Potvrdenie zdravotnej indikácie je akceptovateľné aj poskytovateľom ZS iného čl. štátu EU pri cezhraničnej ZS podľa 9d ods. 3. Cezhraničnú zdravotnú starostlivosť, ktorá podlieha predchádzajúceho súhlasu príslušnej zdravotnej poisťovne na účely jej preplatenia, ustanovuje všeobecne záväzný právny predpis - vyhláška č. 341/2013. VšZP akceptuje že pri cezhraničnej ZS, ktorá podlieha predchádzajúceho súhlasu príslušnej ZP podľa vyhlášky č. 341/2013, nebude potreba predloženia výpočtu predpokladaných nákladov za poskytnutú ZS v inom členskom štáte EÚ, ale bude potreba zapracovania zmien pri technických rezervách, kedy predpokladané náklady na preplatenie budú uvádzané podľa priemernej úhrady poskytnutej ZS poskytovateľov v SR.	Z	N	Koncept žiadosti bol upravený a ustanovenie boli prepracované.
VšZP	Čl. VIII bod 27.	O	N	Koncept žiadosti pri CZS bol upravený a ustanovenia

	Navrhujeme bod 27. v znení: „V § 9f ods. 6 sa slová „1 a 3“ nahrádzajú slovami „1 až 3 a 5“.“ Odôvodnenie: Legislatívno-technická pripomienka.			boli prepracované.
VŠZP	Čl. VIII bod 29. Navrhujeme bod 29. v znení: „V § 9f ods. 9 sa slová „1 a 3 až 6“ nahrádzajú slovami „1 až 3 a 5 až 8“.“ Odôvodnenie: Legislatívno-technická pripomienka.	O	N	Koncept žiadosti pri CZS bol upravený a ustanovenia boli prepracované.
VŠZP	Čl. VIII bod 30. – ustanovenie § 9h ods. 2 Navrhujeme vypustiť bod 30. v plnom rozsahu. Odôvodnenie: V navrhovanom znení pribudli v nároku na úhradu neodkladnej zdravotnej starostlivosti aj rôzne nové typy „žiadateľov“. A to žiadateľ o azyl, žiadateľ o poskytnutie dočasného útočiska, žiadateľ o dobrovoľný návrat do krajiny pôvodu v rámci asistovaného dobrovoľného návrat. Doteraz bola týmto typom osôb uhrádzaná zdravotná starostlivosť Ministerstvom vnútra SR na základe zákona č. 480/2002 Z. z. o azyle. V navrhovanom znení má neodkladnú zdravotnú starostlivosť (podľa navrhovaného bodu 33. to môže byť aj iná ako neodkladná) aj týmto okruhom osôb (teda ďalším navyše od tých doterajších) uhrádzať poisťovňa s najväčším počtom poistencov. Vzhľadom k tomu, že napr. žiadateľom o azyl trvá azylové konanie aj niekoľko mesiacov až dva roky, je prijatie navrhovaného znenia zákona ďalším náporom na rozpočet VŠZP.	Z	N	náklady na zdravotnú starostlivosť pre tieto osoby majú byť v plnej miere refundované zdravotnej poisťovni zo štátneho rozpočtu
VŠZP	Čl. VIII bod 33. – ustanovenie § 9h ods. 9 Navrhujeme vypustiť bod 33. v plnom rozsahu. Odôvodnenie: V navrhovanom znení pribudli v nároku na úhradu neodkladnej zdravotnej starostlivosti aj rôzne nové typy „žiadateľov“. A to žiadateľ o azyl, žiadateľ o poskytnutie dočasného útočiska, žiadateľ o dobrovoľný návrat do krajiny pôvodu v rámci asistovaného dobrovoľného návrat. Doteraz bola týmto typom osôb uhrádzaná zdravotná starostlivosť Ministerstvom vnútra SR na základe zákona č. 480/2002 Z. z. o azyle. V navrhovanom znení má neodkladnú zdravotnú starostlivosť (podľa navrhovaného bodu 33. to môže byť aj iná ako neodkladná) aj týmto okruhom osôb (teda ďalším navyše od tých doterajších) uhrádzať poisťovňa s najväčším počtom poistencov. Vzhľadom k tomu, že napr. žiadateľom o azyl trvá azylové konanie aj niekoľko mesiacov až dva roky, je prijatie navrhovaného znenia zákona ďalším náporom na rozpočet VŠZP. V navrhovanom znení môže Ministerstvo zdravotníctva SR určiť rozsah výkonov nad rámec neodkladnej zdravotnej starostlivosti (pre nový okruh „žiadateľov“), t.j. v prípade prijatia tejto zákonnej úpravy, VŠZP navrhuje, aby rozsah zdravotných výkonov, ktorý má vplyv na rozpočty VŠZP alebo MZ SR, MZ SR prijalo formou podzákonnej normy (vyhláška, opatrenie) a nie jednoduchým uverejnením na webovom sídle.	Z	N	náklady na zdravotnú starostlivosť pre tieto osoby majú byť v plnej miere refundované zdravotnej poisťovni zo štátneho rozpočtu
VŠZP	Čl. VIII bod 35. Navrhujeme vypustiť bod 35. v plnom rozsahu. Odôvodnenie: Navrhujeme tento bod vypustiť z dôvodu, že nesúhlasíme so zmenou podmienok úhrady poskytovanej zdravotnej starostlivosti poistencom – dlžníkom navrhovanou bode 21. zmenou § 9 ods. 2 tohto zákona.	Z	N	pripomienky k bodu 21 neboli akceptované
VŠZP	Čl. VIII bod 36. – ustanovenie § 10 ods. 6 a 8 V prípade, že náš návrh na vypustenie bodu 36. v plnom rozsahu nebude akceptovaný, navrhujeme: 1. V § 10 ods. 6 namiesto slov „prijatia žiadosti o preplatenie s náležitosťami podľa odseku 2, ak sú splnené všetky podmienky podľa tohto odseku“ vložiť slová „právoplatnosti rozhodnutia podľa odseku 8 alebo 10“. a 2. v § 10 ods. 8 namiesto slov „15 pracovných“ vložiť slová „30 pracovných“, za slovo prijatia vložiť čiarku a doplniť slová „pričom lehota na rozhodnutie o žiadosti o preplatenie nákladov zdravotnej starostlivosti	Z	N	§ 10 ods. 8 až 11 boli z návrhu vypustené.

	<p>podľa § 9b začne plynúť odo dňa potvrdenia sadziieb a výšky skutočných výdavkov za poskytnutú starostlivosť podľa osobitného predpisu,16hf) inštitúciou miesta pobytu iného členského štátu podľa osobitného predpisu.16hg)“. Poznámky pod čiarkou k odkazom 16hf a 16hg znejú: „16hf) Čl. 62 nariadenia Európskeho parlamentu a rady (ES) č. 987/2009 16hg) § 13 vyhlášky MZ SR č. 232/2014 Z. z.“. Odôvodnenie: Navrhujeme zmenu začatia plynutia lehoty na preplatenie namiesto „od prijatia žiadosti o preplatenie“ na od „právoplatnosti rozhodnutia“ podľa navrhovaného odseku 8 alebo 10. V prípade refundovania nákladov sa nejedná o vydanie rozhodnutia poskytnutia ZS pri závažnom ochorení, ktoré môže mať za následok závažné poškodenie zdravia. Na základe počtu refundácií a potreby zapracovania zmien, doplnenia personálu a vzhľadom na stúpajúci trend žiadostí by mala byť navrhnutá lehota na vybavenie žiadosti na refundáciu podľa správneho poriadku aspoň na 30 pracovných dní, keďže sa jedná o už realizovanú liečbu a jedná sa o preplatenie už vynaložených nákladov. V prípade neprijatia navrhovanej úpravy v bode 2. tejto pripomienky vo veci začatia plynutia lehoty odo dňa právoplatnosti rozhodnutia o žiadosti o preplatenie nákladov zdravotnej starostlivosti podľa § 9b, vzhľadom k tomu, že na konanie by sa vzťahoval všeobecný predpis o správnom konaní, do doručenia horeuvedeného potvrdenia sadziieb a výšky skutočných výdavkov by muselo dôjsť zo strany zdravotných poisťovní k prerušeniu správneho konania rozhodnutím podľa § 29 zákona o správnom konaní, čo by spôsobilo predĺženie lehoty na vybavenie žiadosti a zvýšenie nákladov na ďalšie doručovanie písomností v rámci konania a administratívnej záťaže.</p>			
VŠZP	<p>Čl. VIII bod 36. – ustanovenie § 10 ods. 8 Navrhujeme v § 10 ods. 8 namiesto slov „15 pracovných“ vložiť slová „30 pracovných“. Odôvodnenie: V prípade refundovania nákladov sa nejedná o vydanie rozhodnutia poskytnutia ZS pri závažnom ochorení, ktoré môže mať za následok závažné poškodenie zdravia. Na základe počtu refundácií a potreby zapracovania zmien, doplnenia personálu a vzhľadom na stúpajúci trend žiadostí by mala byť navrhnutá lehota na vybavenie žiadosti na refundáciu podľa správneho poriadku aspoň na 30 pracovných dní, keďže sa jedná o už realizovanú liečbu a jedná sa o preplatenie už vynaložených nákladov.</p>	Z	N	Celé ustanovenie bolo z návrhu vypustené.
VŠZP	<p>Čl. VIII bod 36. – ustanovenie § 10 ods. 8 až 11 Navrhujeme znenie bodu 36. vypustiť v plnom rozsahu. Odôvodnenie: Zavedenie správneho konania spôsobí administratívnu a s tým súvisiacu časovú náročnosť, ktorá bude mať vplyv na lehoty odsúhlasovania liečby alebo jej úhrady. V správnom konaní je účastníkom konania aj ten, o koho právach a povinnostiach sa koná, t.j. pacient/poistenec. Správny orgán je povinný zabezpečiť dôkazy v prospech aj neprospech účastníkov konania, s týmito ich oboznámiť a poskytnúť lehotu na vyjadrenie, ako aj oboznámiť účastníkov o ukončení dokazovania a dať im lehotu na oboznámenie sa so spisom a vyjadrenie sa k veci. Navrhujeme delegované použitie správneho poriadku vypustiť. Tento návrh podporujeme tým, že v zmysle konštantnej judikatúry (napr. rozhodnutie NS SR sp. zn. 10 Sžso 20/2012) každé vyjadrenie zdravotnej poisťovne, ktoré zasahuje do práv a oprávnených záujmov poistenca, aj keď nebolo vydané v správnom konaní, resp. v žiadnom konaní a ani nemá náležitostí rozhodnutia v zmysle správneho poriadku, tak je preskúmateľné súdom. Citácia z judikátu: „podľa § 244 ods. 3 OSP sa za rozhodnutia správnych orgánov, ktoré podliehajú súdnemu prieskumu v rámci správneho súdnictva považujú rozhodnutia vydané správnymi orgánmi v správnom konaní ako aj ďalšie rozhodnutia, ktoré zakladajú, menia alebo zrušujú</p>	Z	A	

	<p>oprávnenia a povinnosti FO a PO alebo ktorými môžu byť práva, právom chránené záujmy alebo povinnosti FO, PO priamo dotknuté. V zmysle tohto ustanovenia OSP nie sú vyňaté zo súdneho prieskumu rozhodnutia vydané mimo režim správneho konania za splnenia predpokladu, že sa nimi rozhodovalo o právach a povinnostiach FO a PO alebo práva, právom chránené záujmy, alebo povinnosti FO alebo PO by nimi mohli byť priamo dotknuté. Napadnutým rozhodnutím stanoviskom žalovaný rozhodoval o žalobcom uplatnenom práve na refundáciu uhradenej zdravotnej starostlivosti v inom členskom štáte EÚ. Preto uvedené rozhodnutie stanovisko žalovanej podlieha súdnemu prieskumu,“. V prípade, že náš návrh na vypustenie bodu 36. v plnom rozsahu nebude akceptovaný, navrhujeme v nasledujúcej pripomienke úpravu bodu 36. návrhu zákona.</p>			
VŠZP	<p>Čl. VIII bod 39. – ustanovenie § 10b ods. 5 Navrhujeme vypustiť bod 39. v plnom rozsahu. Odôvodnenie: V praxi je bežné, že k priznaniu dôchodku dôjde aj spätne. V § 11 ods. 7 je stanovené, kedy sa osoba považuje za poistenca štátu (napr. z titulu poberania invalidného alebo starobného dôchodku), pričom za poistenca štátu sa považuje táto osoba dňom, ktorý je určený ako dátum priznania dôchodku a nie dátum vydania rozhodnutia, ktorým bol tento dôchodok priznaný, a teda aj prípadné posúdenie zárobkovej činnosti by malo zostať naviazané na dátum priznania dôchodku. Napr. poberateľ starobného dôchodku, ktorý vykonáva činnosť na základe dohody o vykonaní práce sa na účely zdravotného poistenia nepovažuje za zamestnanca - tzn. že z tejto dohody neplatí zdravotné odvody. V prípade spätného priznania dôchodku vznikali situácie, že poistenec, ktorý pracoval na dohodu o vykonaní práce a nemal ešte priznaný dôchodok, riadne z tejto dohody o vykonaní práce odvádzal poistné, pričom ak mu bol následne spätne priznaný dôchodok, zamestnávateľ ho spätne ako zamestnanca odhlásil ku dňu, ktorý bol určený ako dátum priznania dôchodku (spätný dátum niekedy aj pár mesiacov). Podľa navrhovaného ustanovenia by musel zamestnávateľ odhlásiť takéhoto poistenca nie spätne k dátumu priznania dôchodku, ale k dátumu vydania rozhodnutia, čím by došlo k ukráteniu poistenca, pretože by platil odvody z dohody o vykonaní práce aj za obdobie, kedy sa už na účely zdravotného poistenia považoval za poberateľa dôchodku a teda aj za poistenca štátu. VŠZP je toho názoru, že je vhodné (aj z dôvodu prípadnej potreby úpravy IS zdravotnej poisťovne) ponechať pre účely posudzovania zárobkovej činnosti rovnaký údaj, t.j. v tomto prípade údaj o dátume priznania dôchodku rovnako ako je to aj pri posúdení skutočnosti, či je poistenec považovaný za poistenca štátu. Ak by účinky priznania dôchodku na účel posúdenia zárobkovej činnosti nastali dňom vydania rozhodnutia, ale pri posudzovaní, či je osoba poistencom štátu, by sa bral do úvahy dátum priznania dôchodku, znamenalo by to potrebu evidovať dva rôzne dátumy v informačnom systéme poisťovne. V súčasnej dobe sú kontroly pri vykazovaní alebo aj napr. pri ročnom zúčtovaní nastavené na dátum priznania dôchodku (teda na rovnaký dátum, aký je smerodajný aj pri posúdení, či jej osoba poistencom štátu) a v prípade prijatia navrhovanej úpravy by musela zdravotná poisťovňa vykonať mnohé nielen technicky, ale aj finančne náročné úpravy v IS.</p>	Z	A	
VŠZP	<p>Čl. VIII bod 41. – ustanovenie § 12 ods. 4 Navrhujeme vypustiť bod 41. v plnom rozsahu. Odôvodnenie: Posúdenie nároku na zníženu sadzbu poistného podľa dátumu vydania rozhodnutia, ktorým bol tento dôchodok priznaný, by spôsobilo, že takýto poistenec (a aj jeho zamestnávateľ) by prišiel o časť odvodov, ktoré zaplatil aj v čase, kedy už bol uznaný za invalidného (v súvislosti s dátumom priznania</p>	Z	A	

	dôchodku). Ak by pri posudzovaní nároku na zníženie sadzby poistného sa malo riadiť dátumom vydania rozhodnutia, ale pri posudzovaní, či je osoba poistencom štátu, by sa bral do úvahy dátum priznania dôchodku, znamenalo by to potrebu evidovať dva rôzne dátumy v informačnom systéme poisťovne. V súčasnej dobe sú kontroly pri vykazovaní alebo aj napr. pri ročnom zúčtovaní nastavené na dátum priznania dôchodku a v prípade prijatia navrhovanej úpravy by musela zdravotná poisťovňa vykonať mnohé nielen technicky, ale aj finančne náročné úpravy v IS.			
VšZP	Čl. VIII bod 5. – ustanovenie § 6 ods. 4 písm. a) Navrhujeme vypustiť bod 5. v plnom rozsahu. Odôvodnenie: VšZP je toho názoru, že predmetný návrh nie je realizovateľný v praxi. Zdravotné poisťovne nemajú možnosť overovať danú skutočnosť pri podávaní prihlášky, nakoľko zo žiadneho zdroja nedisponujú pri maloletom údajom o tom, či bol/nebol právoplatným rozhodnutím súdu zverený do starostlivosti inej FO alebo PO (tento údaj neobsahuje žiadny register a ak s ním zdravotná poisťovňa disponuje je to skôr výnimka nie pravidlo), a to aj s poukazom na to, že rodič maloletého vo väčšine takýchto prípadov nie je pozbavený rodičovských práv. Zodpovednosť dodržiavania uvedeného by stále zostávala na strane ZZ, resp. iných osôb, zdravotné poisťovne by prihlášky prijímali ako doteraz.	O	N	pokiaľ tento údaj nebude zdravotnej poisťovni oznámený, zdravotná poisťovňa prihlášku bude akceptovať
VšZP	Čl. VIII bod 52. – ustanovenie § 16a ods. 4 Navrhujeme § 16a ods. 4, ktorý znie: „Ak zamestnanec má v kalendárnom mesiaci súčasne viacerých zamestnávateľov, oznámi všetkým zamestnávateľom túto skutočnosť do ôsmich dní odo dňa vzniku zamestnania alebo súbehu týchto zamestnaní a zmenu tejto skutočnosti do ôsmich dní odo dňa jej zmeny, a postup podľa odseku 1 sa uplatní až v ročnom zúčtovaní poistného podľa § 19. Vzor písomného oznámenia zamestnanca zverejňuje ministerstvo zdravotníctva na svojom webovom sídle.“ Odôvodnenie: V prípade zamestnanca, ktorý má v mesiaci viacerých zamestnávateľov, navrhujeme uplatnenie minimálneho preddavku až v ročnom zúčtovaní poistného (obdobne ako to bolo napr. pri odpočítateľnej položke). Vzhľadom na skutočnosť, že minimálny základ sa má vzťahovať len na jeden príjem od jedného zamestnávateľa, pričom rozdiel medzi preddavkom vypočítaným z minimálneho základu a preddavkom z dosiahnutého príjmu má uhrádzať len poistenec, je jednoduchšie takéto prípady zúčtovať len v rámci ročného zúčtovania poistného, čím by sa zjednodušila administratíva aj pre zamestnávateľov. Taktiež by sa eliminovali problémy s nesprávnym vykázaním výšky preddavku zo strany zamestnávateľa v prípade, ak by poistenec neoznámil zamestnávateľovi, že je za neho platiteľom poistného štát. Poistenec by teda nemusel zamestnávateľovi oznamovať skutočnosť, že je za neho platiteľom poistného štát, nakoľko túto skutočnosť evidujú zdravotné poisťovne v informačných systémoch a oznámil by zamestnávateľovi, že má aj iného zamestnávateľa. Následne by zdravotná poisťovňa bola povinná vykonať u takéhoto poistencu ročné zúčtovanie poistného. V prípade, ak predmetný vyššie uvedený návrh nebude akceptovaný navrhujeme, aby mal v zmysle zákona zamestnávateľ povinnosť oznámiť zdravotnej poisťovni, že si u neho zamestnanec uplatnil postup podľa odseku 1.	Z	ČA	Ustanovenie prepracované.
VšZP	Čl. VIII bod 61. – ustanovenie § 25e ods. 1 druhá veta Navrhujeme § 25e ods. 1 druhú vetu, ktorá znie: „V prípade nedodržania termínu čo i len jednej splátky určeného príslušnou zdravotnou poisťovňou pre jednotlivé splátky alebo zaplatením čo i len jednej splátky v nižšej sume, ako určila príslušná zdravotná poisťovňa,	Z	N	Navrhované ustanovenia boli z návrhu vypustené z dôvodu zásadného nesúhlasu ostatných subjektov.

	môže zdravotná poisťovňa pokračovať vo vymáhaní pohľadávok.“ Odôvodnenie: Uvedené navrhujeme za účelom jednoznačnej definície, nakoľko v praxi môžu často vznikajú problémy pri identifikácii nedodržania splátok.			
VšZP	Čl. VIII bod 61. – ustanovenie § 25j Navrhujeme § 25j doplniť odsekom 8, ktorý znie: „(8) Ak zdravotná poisťovňa povolí odklad vymáhania pohľadávok podľa § 25e ods. 2, platiteľ mzdy alebo iného príjmu po doručení rozhodnutia o odložení vymáhania pohľadávok vykonáva zrážky ďalej, ale nevypláca ich zdravotnej poisťovni, kým sa odklad vymáhania pohľadávok nezruší. Ak bude konanie vo veciach vymáhania pohľadávok zastavené, platiteľ mzdy alebo iného príjmu vyplatí zrazené sumy dlžníkovi.“. Odôvodnenie: Výsledkom preverenia skutočností zo strany zdravotnej poisťovne počas odloženia vymáhania, ktoré môžu mať za následok zastavenie konania, nemusí byť vždy zastavenie konania, a teda VšZP je toho názoru, že v prípade odloženia podľa § 25e ods. 2 by sa malo pokračovať vo vykonávaní zrážok a novým navrhovaným odsekom 8 by sa aj táto situácia mala v zákone upraviť, aby mal veriteľ (zdravotná poisťovňa) uspokojenú pohľadávku čím skôr. Zároveň nie je potrebné o tom upovedomovať platiteľa mzdy alebo iného príjmu, lebo podľa navrhovaného § 25e ods. 5 sa rozhodnutie o odložení vymáhania pohľadávky doručuje aj osobám, ktorým bol doručený príkaz na začatie vymáhania pohľadávok.	Z	N	Navrhované ustanovenia boli z návrhu vypustené z dôvodu zásadného nesúhlasu ostatných subjektov.
VšZP	Čl. VIII bod 61. – ustanovenie § 25j ods. 7 Navrhujeme § 25j ods. 7, ktorý znie: „(7) Ak zdravotná poisťovňa povolí odklad vymáhania pohľadávok podľa § 25e ods. 1 alebo ods. 3, platiteľ mzdy alebo iného príjmu po doručení rozhodnutia o odložení vymáhania pohľadávok prestane vykonávať zrážky zo mzdy alebo z iného príjmu dlžníka, a to až do času, kým mu zdravotná poisťovňa nedoručí príkaz, aby sa v zrážkach pokračovalo.“. Odôvodnenie: Výsledkom preverenia skutočností zo strany zdravotnej poisťovne počas odloženia vymáhania, ktoré môžu mať za následok zastavenie konania, nemusí byť vždy zastavenie konania, a teda VšZP je toho názoru, že v prípade odloženia podľa § 25e ods. 2 by sa malo pokračovať vo vykonávaní zrážok a novým navrhovaným odsekom 8 by sa aj táto situácia mala v zákone upraviť, aby mal veriteľ (zdravotná poisťovňa) uspokojenú pohľadávku čím skôr. Zároveň nie je potrebné o tom upovedomovať platiteľa mzdy alebo iného príjmu, lebo podľa navrhovaného § 25e ods. 5 sa rozhodnutie o odložení vymáhania pohľadávky doručuje aj osobám, ktorým bol doručený príkaz na začatie vymáhania pohľadávok.	Z	N	Navrhované ustanovenia boli z návrhu vypustené z dôvodu zásadného nesúhlasu ostatných subjektov.
VšZP	Čl. VIII bod 61. – ustanovenie § 25k Navrhujeme § 25k doplniť odsekom 12, ktorý znie: „(12) Platiteľ mzdy je oprávnený vykonávať zrážky zo mzdy vo väčšom rozsahu, ako dovoľujú ustanovenia osobitného predpisu len vtedy, ak s tým súhlasí dlžník. Ak platiteľ mzdy nesplní povinnosť určenú v exekučnom príkaze na vymáhanie pohľadávok zrážkami zo mzdy, alebo ak platiteľ mzdy nevykoná zo mzdy dlžníka zrážky riadne, alebo ak ich nepoukáže zdravotnej poisťovni po doručení exekučného príkazu na vymáhanie pohľadávok zrážkami zo mzdy, môže zdravotná poisťovňa uplatniť proti platiteľovi mzdy na súde právo na vyplatenie súm, ktoré mal zraziť a poukázať, najviac do výšky vymáhanej pohľadávky.“. Doterajšie odseky 12 až 27 sa označujú ako odseky 13 až 28. Odôvodnenie: VšZP je toho názoru, že v zákone by mala byť uvedená aj možnosť zrážok vo väčšom rozsahu, ak s tým dlžník súhlasí, ako aj postup v prípade ak platiteľ mzdy nevykoná zrážky zo mzdy riadne.	Z	N	Navrhované ustanovenia boli z návrhu vypustené z dôvodu zásadného nesúhlasu ostatných subjektov.

VŠZP	<p>Čl. VIII bod 61. – ustanovenie § 25k Navrhujeme § 25k doplniť odsekom 6, ktorý znie: „(6) Zdravotná poisťovňa po márnom uplynutí lehoty na podanie námietok alebo po nadobudnutí právoplatnosti rozhodnutia, ktorým sa námietkam nevyhovelo, vydá exekučný príkaz na vymáhanie pohľadávok zrážkami zo mzdy.“. Doterajšie odseky 6 až 26 sa označujú ako odseky 7 až 27. Odôvodnenie: VŠZP je toho názoru, že to kedy sa vydá exekučný príkaz, má byť v zákone explicitne uvedené.</p>	Z	N	Navrhované ustanovenia boli z návrhu vypustené z dôvodu zásadného nesúhlasu ostatných subjektov.
VŠZP	<p>Čl. VIII bod 61. – ustanovenie § 25k ods. 11 Navrhujeme v § 25k ods. 11 za slovo „uvedených“ vložiť slovo „v“. Odôvodnenie: Legislatívno-technická pripomienka k pôvodne navrhovanému odseku 10 (zmena označenia podľa predchádzajúcej pripomienky).</p>	O	N	Navrhované ustanovenia boli z návrhu vypustené z dôvodu zásadného nesúhlasu ostatných subjektov.
VŠZP	<p>Čl. VIII bod 61. – ustanovenie § 25k ods. 3 Navrhujeme v § 25k ods. 3 zmeniť označenie posledného bodu z písm. a) na písm. i). Odôvodnenie: Legislatívno-technická pripomienka</p>	O	N	Navrhované ustanovenia boli z návrhu vypustené z dôvodu zásadného nesúhlasu ostatných subjektov.
VŠZP	<p>Čl. VIII bod 61. – ustanovenie § 25k ods. 7 Navrhujeme § 25k ods. 7 doplniť písm. j), ktoré znie: „j) podpis alebo faksimile podpisu s uvedením mena, priezviska a funkcie osoby zodpovednej za vydanie exekučného príkazu na vymáhanie pohľadávok zrážkami zo mzdy a oprávnenej konať za zdravotnú poisťovňu.“. Odôvodnenie: Legislatívno-technická pripomienka k pôvodne navrhovanému odseku 6 (zmena označenia podľa predchádzajúcej pripomienky).</p>	O	N	Navrhované ustanovenia boli z návrhu vypustené z dôvodu zásadného nesúhlasu ostatných subjektov.
VŠZP	<p>Čl. VIII bod 61. – ustanovenie § 25k ods. 7 písm. i) Navrhujeme § 25k ods. 7 písm. i) vypustiť slová „podpis alebo faksimile podpisu s uvedením mena, priezviska a funkcie osoby zodpovednej za vydanie exekučného príkazu na vymáhanie pohľadávok zrážkami zo mzdy a oprávnenej konať za zdravotnú poisťovňu.“. Odôvodnenie: Legislatívno-technická pripomienka k pôvodne navrhovanému odseku 6 (zmena označenia podľa predchádzajúcej pripomienky).</p>	O	N	Navrhované ustanovenia boli z návrhu vypustené z dôvodu zásadného nesúhlasu ostatných subjektov.
VŠZP	<p>Čl. VIII bod 61. – ustanovenie § 25l Navrhujeme § 25l doplniť odsekom 4, ktorý znie: „(4) Zdravotná poisťovňa doručí príkaz na začatie vymáhania pohľadávok príkazaním pohľadávky a exekučný príkaz na vymáhanie pohľadávok príkazaním pohľadávky poskytovateľovi platobných služieb prostriedkami elektronickej komunikácie za podmienok uvedených v dohode, ktorú môže na tieto účely uzavrieť zdravotná poisťovňa so záujmovým združením bánk (bankovou asociáciou), bankou alebo obchodnou spoločnosťou, ktorá zabezpečí takúto elektronickejšiu komunikáciu medzi poskytovateľovi platobných služieb a zdravotnou poisťovňou. V prípade technických prekážok alebo neuzatvorenia vyššie uvedenej dohody sa doručuje poskytovateľovi platobných služieb príkaz na začatie vymáhania pohľadávok príkazaním pohľadávky a exekučný príkaz na vymáhanie pohľadávok príkazaním pohľadávky v listinnej podobe do vlastných rúk.“. Doterajšie odseky 4 až 17 sa označujú ako odseky 5 až 18. Odôvodnenie: VŠZP je toho názoru, že za účelom elektronickej komunikácie a prípadnej spolupráce zdravotnej poisťovne so spoločnosťami ako je CRIF - Slovak Credit Bureau, s.r.o., resp. bankovou asociáciou alebo priamo s bankou potrebná aj legislatívna úprava, ktorá umožňuje takúto elektronickejšiu komunikáciu.</p>	Z	N	Navrhované ustanovenia boli z návrhu vypustené z dôvodu zásadného nesúhlasu ostatných subjektov.
VŠZP	<p>Čl. VIII bod 62. – ustanovenie § 29b ods. 13 Navrhujeme vypustiť bod 62. v plnom rozsahu. Odôvodnenie: Odôvodnenie uvedené v</p>	Z	A	

	pripomienke k 39. a 41. bodu.			
VŠZP	<p>Čl. VIII bod 64. – ustanovenie § 38ezc Navrhujeme znenie § 38ezc označiť ako ods. 1 a doplniť odsekom 2, ktorý znie: „(2) Ustanovenia týkajúce sa prihlášok (§ 6 až § 8a) sa prvýkrát použijú v roku 2023. Prihlášky podané na zmenu zdravotnej poisťovne v období od 01.10.2022 do 31.12.2022 sa považujú za podané dňa 01.01.2023.“ Odôvodnenie: Máme za to, že je potrebné v prechodných ustanoveniach jednoznačne uviesť, od kedy sa ustanovenia týkajúce sa prihlášok budú aplikovať, ako aj uviesť, ako to bude s prihláškami za obdobie od 01.10.2022 do 31.12.2022, a to za účelom zamedzenia nejasností vyplývajúcich potom pri aplikácii zákona od 01.01.2023 v praxi.</p>	Z	ČA	upravené postupy, pri prijatí prihlášky po 30. septembri, do konca roka 2022.
VŠZP	<p>Čl. VIII bod 8. – ustanovenie § 6 ods. 9 písm. a) bod 2. Navrhujeme za slovo „priložený“ vložiť slovo „platný“. Odôvodnenie: Ak bude v zákone zavedená doba platnosti akceptačného listu máme za to, že je potrebné, aby bola táto platnosť akceptačného listu posudzovaná aj pri odmietnutí prihlášky.</p>	Z	N	bezpredmetné; ustanovenie bolo vypustené
VŠZP	<p>Čl. VIII nad rámec návrhu Navrhujeme: 1.V § 6 ods. 5 sa slová „odsek 2 tretej vety“ menia na slová „odsek 3“. 2. V § 6 ods. 9 sa slová „odsek 2 tretej vety“ menia na slová „odsek 3“. 3. V § 7 ods. 2 sa v prvej vete slovo „nasledujúceho“ nahrádza slovom „nepárneho“. 4. V § 7 ods. 2 sa v druhej vete sa slová „najskôr do 30. septembra“ nahrádzajú slovami „od 1. januára do 30. septembra párneho“. 5. V § 7 ods. 2 posledná veta tvorí samostatný odsek č. 3. 6. Doterajší odsek 3 sa označuje ako odsek 4. 7. V § 7 odsek 4 (predtým odsek 3) sa v prvej vete za slovo „septembra“ vkladá slovo „párneho“ a slovo „nasledujúceho“ sa nahrádza slovom „párneho“. 8. V § 7 odsek 4 (predtým odsek 3) sa vypúšťa druhá veta a vkladá sa nová druhá veta: „Ak podľa dátumu podania prihlášky poistenec nesplnil podmienku na zmenu zdravotnej poisťovne podľa odseku 2, prihláška je neplatná.“ 9. V § 7 odsek 5 (predtým odsek 4) znie: „(5) Ak poistenec podal prihlášku z dôvodu zmeny zdravotnej poisťovne vo viac ako jednej zdravotnej poisťovni a porušil povinnosť podľa § 8a ods. 4, je platná tá prihláška, ktorú podal poistenec ako prvú.“ 10. V § 7 sa za odsek 5 dopĺňa nový odsek 6, ktorý znie: „(6) Ak poistenec podal prihlášky vo viac ako jednej zdravotnej poisťovni v ten istý deň a porušil povinnosť podľa § 8a ods. 4, všetky jeho prihlášky podané z dôvodu zmeny zdravotnej poisťovne sú neplatné.“ 11. Doterajší odsek 5 a odsek 6 sa vypúšťajú. 12. V § 7 ods. 8 sa slová „do 30. septembra kalendárneho roka“ nahrádzajú slovami „podľa odseku 2“. 13. § 25 ods. 1 písm. c) znie: „c) pri podaní prihlášky podľa § 6 ods. 8 oznámiť elektronickou formou vznik poistného vzťahu predchádzajúcej príslušnej zdravotnej poisťovni do ôsmich dní od potvrdenia prihlášky za dotknutého poistenca a pri zmene zdravotnej poisťovne podľa § 7 ods. 2 oznámiť elektronickou formou vznik poistných vzťahov predchádzajúcej príslušnej zdravotnej poisťovni raz mesačne, a to do desiateho dňa v kalendárnom mesiaci u potvrdených prihlášok za dotknutých poistencov; oznámenia musia obsahovať údaje uvedené v § 8 ods. 1 písm. b) a d),“ Odôvodnenie: Pre vyššiu hospodárnosť a samotnú potrebu zamerania zdravotných poisťovní najmä na vykonávanie zdravotného poistenia sa navrhuje obmedzenie každoročnej možnosti zmeniť zdravotnú poisťovňu len na možnosť zmeny raz za dva roky, čo znamená, že poistenec bude poistený počnúc nadobudnutím účinnosti tohto predpisu v príslušnej zdravotnej poisťovni min. 2 po sebe nasledujúce kalendárne roky a najbližšia zmena príslušnej zdravotnej poisťovne bude možná</p>	Z	N	nie je dôvod na neumožnenie prepoistenia sa poistencov každý kalendárny rok.

	<p>uplynutím 2 rokov, t.j. k nasledujúcemu nepárnemu kalendárnemu roku (príklad: pokiaľ nadobudne zákon účinnosť k 1.1.2023, ostáva poistenec poistený v poisťovni, ktorá mu je príslušná k 1.1.2023 min. po dobu 2 rokov a najbližšia zmena ZP pre poistenca je možná k 1.1.2025 a následne každý ďalší nepárny kalendárny rok). Súčasne sa navrhuje obmedzenie obdobia na podávanie prihlášky od 1. januára do 30. septembra párneho kalendárneho roka s tým, že v prípade porušenia tejto povinnosti bude prihláška neplatná. S tým súvisiaca je aj navrhovaná zmena samotného procesu spracovávania a potvrdzovania podávaných prihlášok, a to priebežne počas roka po uplynutí novostanovenej lehoty na späťvzatie prihlášky. Uvedeným sa docieli transparentnejší proces zmeny zdravotnej poisťovne vrátane obmedzenia nekalého prepoisťovania. Zároveň sa zabezpečí priebežný prehľad zdravotných poisťovní o pohybe ich poistného kmeňa za účelom efektívneho nakladania s finančnými prostriedkami.</p>			
VŠZP	<p>Čl. VIII nad rámec návrhu – ustanovenie § 19 ods. 1 písm. a) Navrhujeme v § 19 ods. 1 písm. a) vypustiť slová „nebol zamestnancom, ktorého príjem na uplatnenie odpočítateľnej položky sa znížil alebo mal znížiť“ o odpočítateľnú položku,“. Odôvodnenie: Vzhľadom na skutočnosť, že došlo k vypusteniu odpočítateľnej položky zo zákona (§ 16 ods. 16 až 18 ako aj k zmene v § 13a) je potrebné upraviť aj znenie § 19 ods. 1 písm. a).</p>	Z	N	Pripomienka nad rámec návrhu.
VŠZP	<p>Čl. VIII nad rámec návrhu – ustanovenie § 19 ods. 1 písm. e) Navrhujeme § 19 ods. 1 písm. e) vypustiť v plnom rozsahu. Odôvodnenie: Vzhľadom na skutočnosť, že došlo k vypusteniu odpočítateľnej položky zo zákona (§ 16 ods. 16 až 18 ako aj k zmene v § 13a) navrhujeme vypustiť aj znenie § 19 ods. 1 písm. e) zákona, ktorý sa týka odpočítateľnej položky.</p>	Z	N	Pripomienka nad rámec návrhu.
VŠZP	<p>Čl. VIII nad rámec návrhu – ustanovenie § 24 ods. 1 písm. l) Navrhujeme § 24 ods. 1 písm. l) vypustiť v plnom rozsahu. Doterajšie písmená m) a n) sa označujú ako písmená l) a m). Odôvodnenie: Vzhľadom na skutočnosť, že došlo k vypusteniu odpočítateľnej položky zo zákona (§ 16 ods. 16 až 18 ako aj k zmene v § 13a) je potrebné vypustiť znenie § 24 ods. 1 písm. l).</p>	O	N	Pripomienka nad rámec návrhu.
VŠZP	<p>Čl. VIII nad rámec návrhu – ustanovenie § 25 Navrhujeme v § 25 doplniť odsek 5, ktorý znie: „(5) Zdravotná poisťovňa na žiadosť súdu podľa osobitného predpisu55d) poskytne prostredníctvom informačného systému verejnej správy podľa osobitného predpisu55c) na účely preukázania skutočnosti ustanovenej osobitným predpisom55da) informáciu o evidovaných pohľadávkach po splatnosti ku dňu poskytnutia informácie, informáciu o evidovaných záväzkoch, ktoré vznikli z titulu preplatku na zdravotnom poistení, z titulu zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti alebo z titulu podľa osobitného predpisu. 53aab)“. Poznámka pod čiarou k odkazu 55da) znie: „55da) § 197 až 201 zákona č. 161/2015 Z. z. Civilný mimosporový poriadok v znení neskorších predpisov“. Doterajšie odseky 5 až 8 sa označujú ako odseky 6 až 9. Odôvodnenie: VŠZP uvedené navrhuje z dôvodu poskytovanie údajov zo strany zdravotných poisťovní notárom ako súdnym komisárom o evidovaných nedoplatkoch a preplatkov za účelom ich vysporiadania v rámci dedičského konania. V súvislosti s vyššie uvedeným návrhom navrhujeme aj zmenu 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,</p>	O	N	Pripomienka nad rámec návrhu.

	a to s účinnosťou od 01.01.2024 nasledovne: V § 1 ods. 4 písm. a) znie: „a) informačný systém zdravotnej poisťovne v časti týkajúcej sa evidencie pohľadávok po splatnosti3d) a záväzkov, ktoré vznikli z titulu preplatku na zdravotnom poistení, z titulu zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti alebo z titulu podľa osobitného predpisu, 3da) 3da)“. Poznámka pod čiarou k odkazu 3da) znie: „3da) § 87a až 87d zákona č. 363/2011 Z. z. v znení neskorších predpisov“.			
VšZP	Čl. VIII nad rámec návrhu – ustanovenie § 3 ods. 11 Navrhujeme do zákona zapracovať oznamovaciu povinnosť na preukázanie skutočností podľa § 3 ods. 11. Odôvodnenie: Potreba danej legislatívnej úpravy vyplýva z praxe v súvislosti s vojnovým konfliktom na Ukrajine, a to potreba skutočnosť zdravotnej poisťovni nielen oznámiť, ale aj preukázať dokladom o výkone brannej, odvodovej povinnosti, alebo služby vo vojsku. Za tým účelom navrhujeme doplniť do § 23 nový odsek, alebo priradiť druhú vetu k ods. 12 „Fyzická osoba, ktorá je občanom iného štátu, je povinná preukázať skutočností podľa § 3 ods. 11.“	O	A	
VšZP	Čl. VIII nad rámec návrhu – ustanovenie § 9 Navrhujeme v § 9 doplniť odsekom 8, ktorý znie: „(8) Na účely uplatňovania úhrady nákladov za poskytnutú zdravotnú starostlivosť podľa odseku 7 sú súdy a orgány štátnej správy, právnické osoby a fyzické osoby povinné poskytovať poisťovní potrebnú súčinnosť, najmä predkladať v ustanovenej lehote požadované doklady a oznamovať požadované údaje.“. Odôvodnenie: Poskytovanie súčinnosti FO, PO, OVM na účely realizácie nároku zdravotnej poisťovne podľa ods. 7.	O	N	Pripomienka nad rámec návrhu.
VšZP	Čl. VIII. bod 61. – ustanovenie § 25k ods. 5 Navrhujeme v § 25k ods. 3 zmeniť označenie bodov od písm. a) po písm. k). Odôvodnenie: Legislatívno-technická pripomienka	O	N	Navrhované ustanovenia boli z návrhu vypustené z dôvodu zásadného nesúhlasu ostatných subjektov.
VšZP	Čl. X Navrhujeme na záver doplniť slová „a čl. VIII bod xx, ktorý nadobúda účinnosť od 1. januára 2024.“. Odôvodnenie: Navrhujeme posunutie účinnosti doplneného nového bodu (nad rámec návrhu § 25 zákona č. 580/2004 Z. z., ktorým navrhujeme v § 25 za odsek 4 vložiť odsek 5.	O	N	Pripomienka nad rámec návrhu zákona.
VšZP	Čl. X Znenie ustanovenia o účinnosti navrhujeme upraviť nasledovne: „Tento zákon nadobúda účinnosť 1. januára 2023, okrem čl. I bodov 7 a 8, ktoré nadobúdajú účinnosť od 15. januára 2023 a čl. IX bod 2, ktorý nadobúda účinnosť od 1. apríla 2023.“ Odôvodnenie: Vzhľadom na to, že predmetné ustanovenia majú vplyv na zabezpečenie technických prostriedkov na komunikáciu medzi prevádzkovateľmi nemocníc, zdravotnými poisťovňami, NCZI a poisťencami, navrhujeme posunúť účinnosť čl. IX bod 2 zákona.	Z	A	
VšZP	návrhu vykonávacích predpisov – návrh vyhlášky MZ SR, ktorou sa ustanovujú kritéria kvality zdravotnej poisťovne V prípade, že náš návrh na vypustenie Čl. I bod 11. v plnom rozsahu nebude akceptovaný, navrhujeme úpravu prílohy č. 4 za účelom jej jednoznačnosti a poskytovania údajov, ktorými zdravotná poisťovňa disponuje, a to: • z prvej tabuľky („Štruktúra pohľadávok podľa spôsobu ich zabezpečenia“) navrhujeme vypustiť posledné dva stĺpce s označením „Opravné položky k pohľadávkam v eur“ a „Opravné položky k pohľadávkam v %“, • z druhej tabuľky („Prehľad o postúpených pohľadávkach v eur“) navrhujeme vypustiť	Z	A	

	posledné dva riadky „Rozdiel z postúpených pohľadávok“ a „% z postúpených pohľadávok“, • a zároveň v druhej tabuľke („Prehľad o postúpených pohľadávkach v eur“) upraviť poskytovanie údajov za aktuálny kalendárny rok/účtovné obdobie, nie stav k prvému a poslednému dňu účtovného obdobia. Odôvodnenie: Zo strany VšZP nie je možné predmetné údaje poskytnúť, a to z toho dôvodu, že VšZP nevie opravné položky rozdeliť, tak ako je to požadované uvádzať zo strany zdravotnej poisťovne úradu v zmysle návrhu vyhlášky s tým, že pri požadovaných údajoch „Príjmy z postúpených pohľadávok“ nie je zrejmé, aký údaj sa požaduje (či sa požaduje príjem ako jednorazová odplata) a zároveň pri požadovaných údajoch „Rozdiel z postúpených pohľadávok“ a „% z postúpených pohľadávok“ nie je zrejmé o aký rozdiel a % má ísť - z akých údajov má zdravotná poisťovňa pri uvedení tohto rozdielu a % vychádzať s poukazom na to, že postúpené pohľadávky VšZP už nefigurujú v objeme celkových pohľadávok zo ZP, v dôsledku čoho už pri nich nie je možné zo strany VšZP vykázat rozdiel ani %.			
VšZP	návrhu vykonávacích predpisov – návrh vyhlášky MZ SR, ktorou sa ustanovujú kritéria kvality zdravotnej poisťovne V prípade, že náš návrh na vypustenie Čl. I bod 11. v plnom rozsahu nebude akceptovaný, navrhujeme vo vyhláške označenie príloh, tak ako je to uvedené v § 1 ods. 1 návrhu vyhlášky ako aj o doplnenie nového bodu k), v ktorom bude uvedený aj prehľad o zoznamoch čakajúcich poistencov. Odôvodnenie: Legislatívno-technická úprava – označenie príloh vyhlášky nie je v súlade s § 1 ods. 1 návrhu vyhlášky.	O	A	
VšZP	Všeobecná k Čl. IX V zákone č. 540/2021 Z. z. vrátane jeho novelizovaných častí nie je jednoznačne uvedené, pre ktorú jednodňovú zdravotnú starostlivosť vzniká povinnosť poskytovateľa tvoriť návrhy na plánovanú starostlivosť. Odôvodnenie: Sme za to, aby bola terminológia jednoznačne definovaná, aby nedochádzalo k účelovému vykazovaniu jednodňovej starostlivosti v ambulantnej sfére, ktorá ani nevykazuje výkony cez systém DRG.	Z	A	
VšZP	Všeobecná k Čl. IX legislatívneho návrhu bod 2. Navrhujeme, aby poistenec mal povinnosť v dostatočnom časovom predstihu informovať zdravotnú poisťovňu, že má záujem o uhradenie plánovanej starostlivosti u nezmluvného poskytovateľa z dôvodu prekročenia časovej dostupnosti návrhu na plánovanú starostlivosť. Odôvodnenie: Chceme predísť situáciám, kedy si poistenec bude nárokovať preplatenie výkonu u iného poskytovateľa ešte pred tým, ako sa mu zdravotná poisťovňa pokúsila nájsť alternatívu v súlade s postupom podľa § 40 ods. 13. Chceme predchádzať situáciám, kedy si poistenec bude nárokovať preplatenie výkonu v násobne vyššej sume, ako u zmluvného poskytovateľa zdravotnej poisťovne.	Z	A	
Zväz ambulantných poskytovateľov	Čl. VIII bod 46 § 13 ods. 13 Navrhujeme číslo „1,3“ nahradiť číslom „3,8“. Odôvodnenie: Navrhovanú výšku nepovažujeme vzhľadom na súčasnú alarmujúcu situáciu v zdravotníctve za dostačujúcu. Zdravotníctvo vyžaduje významné dlhodobé dofinacovanie na krytie investičného dlhu a miezd zdravotníkov za účelom zatraktívnenie výkonu zdravotníckych povolani.	Z	N	Výška percenta bola stanovená s ohľadom na potreby zdravotníctva, hrubý domáci produkt prirodzene rastie, preto prirodzene bude rásť aj celková suma platby za poistencov štátu.
Zväz ambulantných poskytovateľov	Č. I bod 58 v § 43 ods. 10 Navrhujeme zmeniť písm. b) nasledovne: „najmenej päťročnú odbornú zdravotnícku prax(1b) v tých pracovných činnostiach, v ktorých sa má vykonávať dohľad.“ Odôvodnenie : Precizovanie toho, aby osoba oprávnená vykonávať dohľad mala prax v príslušnej činnosti,	Z	ČA	Zámer bol čiastočne akceptovaný z dôvodu dostupnosti prizvaných osôb, a lehota bola určená na dva roky.

	či už odbornej, špecializovanej alebo certifikovanej. Aby sa nedošlo k situácii, že lekár mesiac po špecializácii bude vydávať stanovisko k správnosti poskytnutia zdravotnej starostlivosti.			
Zväz ambulancných poskytovateľov	čl. I bod 19 § 8d Navrhujeme zmeniť znenie ods. 2 nasledovne: „Zdravotná poisťovňa smie meniť pravidlá revíznej činnosti raz za kalendárny rok s účinnosťou od 1. januára nasledujúceho roka alebo v priebehu kalendárneho roka po dohode so združeniami zastupujúcimi poskytovateľov zdravotnej starostlivosti pri uzatváraní zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.“ Odôvodnenie: Navrhujeme z dôvodu, že v praxi sa môže vyskytnúť situácia (napr. zavedenie výkonov, resp. zmena uznávania výkonov v súvislosti s COVID-19), kedy sa budete vyžadovať zmena revíznych pravidiel skôr ako 01.01.	Z	N	Vzhľadom na zásadnú pripomienku od subjektov bolo predmetné ustanovenie vypustené v celom rozsahu.
Zväz ambulancných poskytovateľov	čl. I bod 40 § 20 ods. 1 písm. s) V bode 7 navrhujeme vypustiť slovné spojenie „na vyžiadanie“. Odôvodnenie: Považujem za vhodné aby mal všeobecný lekár automaticky bez potreby vyžiadania informáciu úmrtí a dôvodoch úmrtia, s ktorou má uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.	Z	N	Vzhľadom na vyše 50.000 úmrtí ročne je kapacitne a organizačne nemožné, aby úrad u každej zomrelej osoby priradil všeobecného lekára a zasielal mu informáciu o úmrtí.
Zväz ambulancných poskytovateľov	čl. I bod 58 § 43b ods. 4 Navrhujeme vložiť za slovo „je“ slovo „najmä“. Odôvodnenie: Aj z ďalšieho znenia navrhovaného normatívneho textu (§ 44, § 46 ods. 1 (nedostatočne zistenie skutkovo stavu)) vyplýva, že zdravotná dokumentácia nemusí byť jediným podkladom pre výkon dohľadu.	Z	N	Pri prijatí tohto návrhu by boli ako podklady predkladané aj dokumenty a iné podklady, či „dôkazy“, ktoré úrad nevie verifikovať ako legálne, prípadne korektné (napr. nahrávka lekára bez jeho súhlasu a pod.), alebo inak upravované listiny a dokumenty (overovanie a posudzovanie pravosti?). Ak by sa mali takéto „podklady“ stať jedným z podkladov výkonu dohľadu, úrad by sa musel vysporiadať aj so skutočnosťami, ktoré nie sú zachytené v zdravotnej dokumentácii, alebo sú v rozpore s jej obsahom. Išlo by teda o úradom neoveriteľné a na základe zdravotnej dokumentácie často neobjektívne informácie, ktoré by mohli byť zmätočné, nekonzistentné a aj účelové. Z uvedeného vyplýva, že by išlo v podstate o postupy vyšetrovania, či súdneho dokazovania a získavania vyjadrení od tretích osôb, vierohodnosť ktorých nemá úrad reálne ako overovať. Úrad by tak bol postavený do pozície „vyšetrovateľa a sudcu“, no bez príslušných právomocí. Podstatou a účelom výkonu dohľadu pritom nie je vyšetrovací činnosť, ale prešetrenie správnosti poskytnutej zdravotnej starostlivosti. Úrad nie je vyšetrovacím orgánom, či sudcom, neplní úlohy orgánu činného v trestnom konaní, súdu, ani ich svojou činnosťou a poslaním nemôže v platnom právnom systéme nahrádzať, či suplovať. Prijatie takejto úpravy by si vyžadovalo zásadnú a rozsiahlu zmenu výkonu dohľadu s presahom do iných právnych noriem (pravdepodobne aj v trestno-

				právnej rovine).
Zväz ambulantných poskytovateľov	čl. I bod 58 § 43b ods. 8 Navrhujeme vypustiť druhú vetu. Odôvodnenie: 10. V prípade neplynutia lehoty počas vypracovania stanoviska prizvanej osoby, lehota na skončenie dohľadu stráca praktický význam, nakoľko napriek stanovenej lehote, bude môcť dohľad trvať dlhšiu dobu. Výber prizvanej osoby je oprávnením UDZS a preto UDZS musí zodpovedať aj za činnosť prizvanej osoby vrátane dĺžky času vyhotovovania stanoviska.	Z	N	Uvedené ustanovenie plne koreluje s aplikačnou praxou. Aj v iných procesoch, napr. v správnom konaní v prípade, ak je pokračovanie závislé na inom subjekte než je správny orgán sa konanie preruší (a lehota spočíva). Spočívanie lehoty má v tomto prípade obdobný zmysel, iba je administratívne jednoduchšie. Aplikácia tohto inštitútu je kedykoľvek kontrolovateľná a prípadné prietahy v konaní sú postihovateľné. Ak je spoločenský konsenzus na tom, že existuje maximálna lehota na prešetrovanie podnetu (čo v ostatných procesoch nie je), spočívanie lehoty je vzhľadom na 18-ročnú aplikačnú prax úradu nevyhnutné, nakoľko sú prípady, ktorých šetrenie trvá dlhšie.
Zväz ambulantných poskytovateľov	čl. I bod 58 § 44 ods. 2 Navrhujeme nahradiť slovo „bezodplatne“ slovným spojením „za náhradu vecných nákladov“. Odôvodnenie: S poskytnutím súčinnosti môže byť spojené vynaloženie nákladov (napr. kopírovanie a pod). Navyše treťou môžu byť aj fyzické osoby nepodnikatelia, u ktorých môže reálne hroziť, že súčinnosť odmietnu poskytnúť z dôvodu nedostatku peňažných prostriedkov na poskytnutie súčinnosti.	Z	N	Úrad vykonáva činnosť vo verejnom záujme a uvedený postup je bežný aj iných procesoch (napr. Správny poriadok). V praxi sú náklady na poskytnutie súčinnosti minimálne – poštovné, prípadne vyhotovenie kópií. Ak právne predpisy umožňujú nahrádzať trovy konania, tieto konania sú v zásade spolplatnené takým poplatkom, ktorý uvedené trovy pokrýva.
Zväz ambulantných poskytovateľov	čl. I bod 58 § 45 ods. 9 Navrhujeme vypustiť vetu za bodkočiarkou a doplniť znenie „v rozsahu počet prijatých podnetov, počet odmietnutých podnetov s uvedením dôvodu odmietnutia, počet podnetov ukončených ako opodstatnených, počet podnetov ukončených ako neopodstatnených. Odôvodnenie: Nesúhlasíme s tým, aby forma a štruktúra údajov bolo určovaná inak ako všeobecne záväzným právnym predpisom. Navrhujeme, aby rozsah údajov bol stanovený zákonom.	Z	N	Aj v súčasnosti je forma a štruktúra zverejnená na webovom sídle ministerstva (https://www.health.gov.sk/Clanok?forma-a-struktura-udajov-UDZS-dohlad) Dovoľujeme si uviesť naše presvedčenie, že určovanie formy a štruktúry zverejňovaním na webovom sídle, je podstatne efektívnejšie a flexibilnejšie než vydanie formy a štruktúry vo forme zákona (napríklad cez prílohu). Riadny legislatívny proces (nepočítajúc prvotné diskusie s relevantnými subjektami a následne zverejňovanie predbežnej informácie) trvá minimálne 6 mesiacov. Navyše, úrad pre dohľad zverejňuje podobné informácie vo svojej Správe o činnosti úradu.
Zväz ambulantných poskytovateľov	čl. I bod 58 v § 43a Navrhujeme vypustiť ods. 10. Ods. 11 sa prečísľuje na ods. 10 Odôvodnenie: Nevidíme dôvod na to, aby sa rozlišovalo medzi obligatónnymi a fakultatívnymi dôvodmi odmietnutia podania. Napr. ani zákon č. 9/2010 Z.z. o sťažnostiach nerozlišuje medzi obligatónnymi a fakultatívnymi dôvodmi odloženia sťažnosti.	Z	A	
Zväz ambulantných poskytovateľov	čl. I bod 58 v § 43a ods. 9 navrhujeme doplniť písm. d), e) a f) v znení: „d) obdobie, v ktorom malo dôjsť k porušeniu práva alebo právom chráneného záujmu, je viac ako päť rokov od doručenia podnetu úradu, e) je z neho zrejmé, že ide o opakované a zjavne bezdôvodné uplatňovanie práva na	Z	ČA	V nadväznosti na pripomienky od ostatných subjektov bolo od § 43a ods. 10 písm. c) upustené.

	prešetrenie správnosti poskytnutej zdravotnej starostlivosti, f) je z neho zrejmé, že výkonom dohľadu ide o snahu zabezpečiť znalecký posudok na potreby súdneho konania.“ Odôvodnenie: Nevidíme dôvod na to, aby sa rozlišovalo medzi obligatónnymi a fakultatívnymi dôvodmi odmietnutia podania. Napr. ani zákon č. 9/2010 Z.z. o sťažnostiach nerozlišuje medzi obligatónnymi a fakultatívnymi dôvodmi odloženia sťažnosti.			
ŽSK	K čl. VIII bod 61 (§ 25k ods. 20 a 21) Zásadne nesúhlasíme so zavedením novej povinnosti pre zamestnávateľa, a to vydávať potvrdenie o vedení vymáhania pohľadávok zrážkami zo mzdy, ako aj povinnosť vyžadovať toto potvrdenie o tom, či bolo voči zamestnancovi vedené takéto konanie (v minulosti). Uvedené navrhované nové povinnosti zamestnávateľov nemajú v tomto smere žiadne opodstatnenie. O prebiehajúcom vymáhaní pohľadávky na verejnom zdravotnom poistení informuje nového zamestnávateľa zdravotná poisťovňa tým, že mu doručí exekučný príkaz. O zastavených vymáhaniach, prípadne odložených, ukončených, nie je potrebné vystavovať potvrdenie https://www.health.gov.sk/Clanok?covid-19-14-04-2021-ockovanie-cudzinci ia, nakoľko sú bezpredmetné a pre zamestnávateľa nemajú žiadny význam. Žiadame túto právnu úpravu vypustiť bez náhrady. Táto pripomienka je zásadná.	Z	A	Ustanovenia o vymáhaní pohľadávok zdravotnými poisťovňami boli vypustené v celom rozsahu.
ŽSK	K čl. VIII bod 61 (§ 25k ods. oznamovacie povinnosti zamestnávateľa voči zdravotnej poisťovni) Žiadame z návrhu zákona vypustiť všetky oznamovacie povinnosti zamestnávateľa voči zdravotnej poisťovni (ide najmä o odseky 12 až 14, odseky 16 až 17) o skutočnostiach, o ktorých má zdravotná poisťovňa vedomosť na základe informácií o platiteľoch poistného na verejné zdravotné poistenie a na základe realizácie svojej činnosti (poukazujeme aj na § 29b). Ide o zavedenie nových oznamovacích povinností, ktoré sú v úplnom rozpore so zásadami upraveným v zákone 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. Táto pripomienka je zásadná	Z	A	Ustanovenia o vymáhaní pohľadávok zdravotnými poisťovňami boli vypustené v celom rozsahu.
ŽSK	K Čl. VIII nad rámec návrhu 1. Žiadame v § 10b ods. 1 písm. a) zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení doplniť siedmy bod v nasledujúcom znení: „7. príspevky zamestnávateľa na doplnkové dôchodkové sporenie zamestnancov.“. Odôvodnenie: Uvedeným návrhom žiadame zjednotiť vymeriavací základ pre sociálne a zdravotné odvody. Podľa súčasnej právnej úpravy sa vymeriavací základ na zdravotné poistenie navyšuje o príspevky poskytnuté zamestnávateľom na doplnkové dôchodkové sporenie. Uvedeným návrhom žiadame, aby sa vymeriavací základ pre zdravotné odvody nenavyšoval o sumu príspevkov na III. pilier. 2. Žiadame v § 10b ods. 1 zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení vypustiť písmená c) a d). Odôvodnenie: Uvedeným návrhom žiadame zrušiť platenie zdravotných odvodov z dosahovaných príjmov z kapitálového majetku a z ostatných príjmov podľa osobitného predpisu. Ide prevažne o občasnú jednorazovú príjmy z kapitálového majetku akými sú napr. aj výnosy zo štátnych dlhopisov, výnosy zo zmeniek a z ostatných príležitostných príjmov napr. aj z predaja automobilu. Domnievame sa, že platenie zdravotných odvodov napr. zo štátnych dlhopisov ako aj z občasných jednorazových príjmov nemá zakladať zdravotno-poistný vzťah medzi poisteným a zdravotnou poisťovňou. Plateniu odvodov na zdravotné poistenie by mali podliehať len pravidelné príjmy zo závislej a pravidelnej zárobkovej činnosti a nie	Z	N	Vo všeobecnosti vymeriavací základ pre odvod poistného na verejné zdravotné poistenie predstavuje základ dane poistenca. Ambíciou novely zákona by malo byť odstraňovať neopodstatnené výnimky a nie zavádzať nové výnimky. Odporúčame riešiť tieto príspevky na strane daňovej; ak by došlo k ich oslobodeniu od dane z príjmov, automaticky by nevstupovali ani do vymeriavacieho základu pre odvod poistného na zdravotné poistenie.

	jednorazové občasnÉ príjmy.			
ŽSK	<p>K čl. VIII, bodom 40, 44, 45, 47, 48, 50, 51, 52, 54 a 55 (§ 12 ods. 1 písm. g), § 13 ods. 5, § 13 ods. 10 a 11, § 13a, § 16 ods. 8 písm. f), § 16a, § 19 ods. 1, § 13 ods. 4, § 16 ods. 2 písm. c), § 16 ods. 16 a 18)</p> <p>V článku VIII predkladaného materiálu sa mení zákon č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „zákon o zdravotnom poistení“), v ktorom sa navrhuje zavedenie minimálneho vymeriavacieho základu pre zamestnanca vo výške minimálnej mesačnej mzdy a zrušenie odpočítateľnej položky. Ako dôvod úpravy predkladateľ zákona uvádza snahu zabrániť špekulatívnym uzatváraniam pracovných pomerov, pri ktorých poistenci platia minimálne mesačné poistné, ale „majú zabezpečené verejné zdravotné poistenie“. Zásadne nesúhlasíme so zavedením minimálneho vymeriavacieho základu zamestnanca pre odvod poistného na verejné zdravotné poistenie, preto žiadame vypustiť v celom rozsahu v čl. VIII body 40, 44, 45, 47, 48, 50, 51, 52, 54 a 55. Odôvodnenie: Navrhované znenie negatívnym spôsobom zasiahne najmä nízkopríjmové skupiny obyvateľstva, medzi ktoré patria, okrem iného, matky pracujúce na čiastočné úväzky, ktoré sa vrátili po rodičovskej dovolenke a už sa nepovažujú za poistencov štátu alebo zdravotne a inak znevýhodnené osoby pracujúce na kratší pracovný čas, ktoré sú zamestnávajúce o.i. aj v sociálno-ekonomických podnikoch (v zmysle zákona č. 112/2008 Z. z. o sociálnej ekonomike a sociálnych podnikoch a o zmene a doplnení niektorých zákonov) a ďalší. Zavedenie minimálneho vymeriavacieho základu spolu so zrušením odpočítateľnej položky bude znamenať aj zníženie nového daňového bonusu na deti pri kratších úväzkoch. Navrhovaná úprava je tak v rozpore s Programovým vyhlásením vlády SR na roky 2021 až 2024, kde sa vláda SR zaviazala podporiť zvýšenie majetkových daní z nehnuteľností kompenzované znížením daňovo-odvodového zaťaženia nízko-príjmových skupín obyvateľstva, vrátane posilnenia odpočítateľnej položky pre nízkopríjmové skupiny. V praxi sa uplatnením novely zníži disponibilný príjem dotknutých skupín obyvateľstva, obmedzí sa flexibilita trhu práce, zvýši sa nezamestnanosť a zníži sa motivácia legálne sa zamestnať, nakoľko zamestnanec bude nútený vzniknutý rozdiel na zdravotnom poistení doplácať z vlastných zdrojov. Zároveň sa navrhovanou úpravou zvyšuje administratívne zaťaženie zamestnávateľa, ktorý bude povinný zohľadniť odlišné vymeriavacie základy pri zdravotných a sociálnych odvodoch, rôzne výšky odvodov, stropy a výnimky, ktoré sú už aj pri aktuálne nastavenom daňovo-odvodovom systéme obzvlášť neprehľadné. Samotný návrh zákona nevysvetľuje postup v prípade zamestnanca, ktorého súbežné príjmy zo zárobkovej činnosti plynú z rôznych foriem pracovno-právnych vzťahov, kde niektoré prekračujú minimálnu mzdu a iné nie. Príslušná zdravotná poisťovňa v čase ročného zúčtovania zdravotného poistenia disponuje dostatočnými informáciami o zamestnávateľoch zamestnanca a jeho vymeriavacích základoch z jednotlivých pracovných pomerov a z dohôd o prácach vykonávaných mimo pracovného pomeru. Rovnako môže zdravotná poisťovňa disponovať dostatočnými informáciami (podľa § 16a ods. 3 návrhu zákona) zo štátnych registrov - či a kedy bol poistenec poistencom štátu, bol vyhlásený za nezvestnú osobu, sa nepovažoval za zamestnanca. Poskytnutím možnosti zamestnancovi zvoliť si zamestnávateľa, u ktorého si bude uplatňovať navýšenie preddavku na poistné určeného z minimálnej mzdy dochádza k prenosu administratívneho zaťaženia a zodpovednosti za</p>			<p>Na rozdiel do 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 vyplatených 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).</p> <p>Navrhuje sa, aby sa zaviedol minimálny odvod poistného pre zamestnanca na úrovni odvodu zo sumy životného minima pre 1 osobu (v r. 2023 suma 234,42 eur), pričom ak by vypočítaný odvod nedosiahol túto výšku, zamestnanec by musel doplatiť sumu rozdielu, vrátane rozdielu v odvode zamestnávateľa). Uvedeným opatrením nebudú postihnuté osoby v pracovnom pomere s príjmom vyšším ako je životné minimum; osoby s nižšími príjmami si budú musieť doplatiť poistné do tejto výšky. Povinnosť doplatku sa bude týkať iba zamestnanca; odvodová povinnosť zamestnávateľa bude nezmenená, aby nedochádzalo k zvýšeným nákladom na prácu. Povinnosť vykonať odvod najmenej vo výške minimálneho odvodu sa nebude vzťahovať na poistencov, ktorí sú zároveň poistencami štátu (napr. deti, dôchodcovia, osoby evidované na úrade práce, osoby poberajúce dávku v hmotnej núdzi...). Okrem skupiny osôb, ktoré dosiahnu príjem vyšší ako 15-násobok životného minima. Vzhľadom k skutočnosti, že hranica životného minima je stanovená ako hranica pre evidenciu na úrade práce, a tiež osoby s tak nízkymi príjmami v riziku chudoby (vzhľadom na hodnotu majetku) majú nárok na dávky v hmotnej núdzi, z tohto titulu sa (za predpokladu, že osoby nemajú iné príjmy) z týchto osôb stanú (aj počas poberania týchto príjmov) osoby podľa § 11 ods. 7</p>
		Z	ČA	

	<p>správnosť odvodu zdravotného poistenia zo zdravotnej poisťovne na zamestnávateľa, ktorý sa voči takémuto postupu nemôže brániť ani si nemôže dodatočne náklady nikde uplatniť. Predkladateľ zákona sa zároveň neopodstatnene spolieha na zodpovedný prístup zamestnancov, ktorým je uložená povinnosť oznámiť do stanovenej lehoty „voľbu“ zamestnávateľa podľa predchádzajúcej vety a písomne vyplniť tlačivo (poznámka: nie je vysvetlené, čo sa rozumie pod pojmom „písomne“) zverejnené na webovom sídle ministerstva zdravotníctva. Lehota ôsmich dní pri zúčtovaní mzdy a skoršom výplatnom termíne nemusí byť dostačujúca pre správne zúčtovanie mzdy. Poskytovanie informácií o príjmoch zamestnanca od viacerých zamestnávateľov vybranému zamestnávateľovi navyše považujeme za porušenie ochrany osobných údajov zamestnanca. Odporúčame predkladateľovi zákona využiť inštitút ročného zúčtovania poistného namiesto presúvania povinností spojených s výberom verejného zdravotného poistenia na zamestnávateľov. Okrem zaťaženia dodatočnými výkazmi, opravami a „koordináciou“ medzi zamestnávateľom a zamestnancom pri odvode zdravotného poistenia prenáša predkladateľ zákona v mene zdravotných poisťovní riziko platobnej neschopnosti zamestnanca na zamestnávateľa. Zároveň vystavuje všetkým zamestnávateľom zamestnanca podľa novelizačného bodu 52 riziku trestného činu skrátenia dane a poistného (§ 276 zákona č. 300/2005 Z. z. v znení neskorších predpisov, ďalej len „Trestný zákon“) alebo neodvedenia dane a poistného (§ 277 Trestného zákona), ak ich zamestnanec nebude informovať o súbehu pracovných pomerov a ďalších príjmov vstupujúcich do vymeriavacieho základu. Ak je cieľom predkladateľa prechádzať špekuláciám a zamedziť prípadným „fiktívnym“ pracovným pomerom, ide o problematiku Zákonníka práce (nie zákona o zdravotnom poistení), ktorý ustanovuje kompetentné orgány na riešenie tohto problému, ako napríklad Inšpektorát práce. Nepovažujeme za systémové, aby pre nepoctivosť niekoľkých jednotlivcov boli zavedené zvýšené odvodové povinnosti plošne pre všetkých dotknutých zamestnancov a zaťaženie ich zamestnávateľa. V § 12 sa odsek 1 dopĺňa písmenom g) (bod 40), v zmysle ktorého sa zamestnancovi, na ktorého sa uplatňuje minimálny základ, zvyšuje sadzba poistného až na 14 % (resp. 7 % v prípade zdravotne postihnutého zamestnanca). Výška sadzby poistného dosahuje úroveň „bežnej“ sadzby poistného zamestnanca (4%) a sadzby poistného za zamestnávateľa (10%). Navrhovaná sadzba poistného je v rovnakej úrovni ako sa uplatňuje v prípade SZČO, ktorá je v odlišnom postavení, nemá zamestnávateľa, má možnosť optimalizovať si vymeriavací základ, atď. Zamestnanec s nižším príjmom sa tak dostáva do nerovnakého postavenia oproti ostatným zamestnancom len z titulu nižšieho príjmu. Ustanovenie sadzieb poistného z vymeriavacieho základu podľa navrhovaného § 13a ods. 2 považujeme preto za neprípustné a diskriminujúce, nakoľko jediným dôvodom kumulovanej sadzby je výkon zárobkovej činnosti na skrátený pracovný úväzok. V tejto súvislosti je zároveň dôležité poukázať na skutočnosť, že v zmysle predloženého návrhu by mal zamestnanec podľa § 13a odvieť poistné na verejné zdravotné poistenie z vyššieho vymeriavacieho základu (t. j. minimálnej mesačnej mzdy, ktorá predstavuje 57% priemernej mzdy v národnom hospodárstve SR spred dvoch rokov) ako dobrovoľne poistená osoba alebo SZČO, ktorých suma poistného sa vypočítava z minimálneho vymeriavacieho základu na úrovni 50% priemernej mzdy v národnom hospodárstve SR spred dvoch rokov – kým samoplátiteľ alebo SZČO v roku 2022 odvedie zdravotné poistenie z minimálneho základu 566,50 € (50% z 1 133 €) vo výške 79,31 €,</p>		<p>zákona č. 580/2004 z. z. (osoby, za ktoré platí poistné štát). Na poistencov štátu sa vyššie uvedená povinnosť doplatku do minimálneho odvodu vzťahovať nebude a teda v tejto oblasti zákon nebude postihovať nízko príjmové skupiny osôb. Zachová sa aj odvodová odpočítateľná položka. Negatívny dopad môže vzniknúť pri osobách s príjmom vyšším ako životné minimum (234,42 eur) a zároveň nižším ako 329 eur, kde negatívny dopad na príjem zamestnanca predstavuje sumu od 0,02 eur mesačne (osoby s príjmom 328 eur) do 9,32 eur mesačne (osoba s príjmom 235 eur); negatívny vplyv zaniká pre nízko príjmové skupiny s príjmom od 329 eur mesačne (odvod zamestnávateľa už pokrýva celú sumu minimálneho odvodu). Podľa údajov od zdravotných poisťovní za 1. štvrtrok roku 2022 bol počet zamestnancov s príjmom do výšky životného minima 85 - 95 tis. osôb. Za predpokladu, že osoby s reálne nízkym príjmom z tejto skupiny budú zároveň poistencami štátu, by v tejto skupine osôb nemali byť zaznamenané negatívne vplyvy na sociálne ohrozené skupiny. Podľa údajov od zdravotných poisťovní by mala skupina osôb s príjmami v intervale od 234 eur do 329 eur predstavovať cca 35 tis. osôb. Osoby z tejto skupiny by zaznamenali negatívny dopad na ich príjmy vo výške 4,66 eur / mesačne.</p>
--	--	--	---

	zamestnanec podľa navrhovaného § 13a by v roku 2022 odviezol zdravotné poistenie z minimálneho základu 646 €, čo predstavuje odvod vo výške 90,44 €; zamestnanec podľa § 13a by tak zaplatil o 11,13 € mesačne viac (133,56 € ročne). Nízkopříjmoví zamestnanci sú trestaní za to, že vykonávajú (a priznávajú) zárobkovú činnosť. Keby naopak figurovali v evidencii nezamestnaných na Úrade práce, platil by ich poistenie štát; v prípade dobrovoľne nezamestnaných osôb alebo SZČO by platili nižší odvod. Napriek cieľu predkladateľa zákona „zabezpečiť určitú mieru spravodlivosti a solidarity pri platení odvodov“ predložený návrh zákona naopak považujeme za nedôvodne nesolidárny a prehnaný. V žiadnej časti dokumentu predkladateľ neuvádza, že by zvýšené odvodové a administratívne zaťaženie zaručilo plné preplatenie zdravotných výkonov zdravotnými poisťovňami všetkým dotknutým poistencom. Opakovane preto vyjadrujeme zásadný nesúhlas s akýmkoľvek minimálnym vymeriavacím základom zamestnanca a žiadame, aby predkladateľ spolu so zdravotnými poisťovňami predložil systémové opatrenia, ktoré pokryjú náklady z verejného zdravotného poistenia vzniknuté u osôb obchádzajúcich odvodové povinnosti. Túto pripomienku považujeme za zásadnú.			
ŽSK	K Doložke vybraných vplyvov Žiadame o doplnenie doložky vybraných vplyvov o očakávaný prínos do verejného zdravotného poistenia zo zavedenia minimálneho vymeriavacieho základu zamestnanca a zrušenia odpočítateľnej položky v zdravotnom poistení. Odôvodnenie: Je dôvodný predpoklad, že náklady vyvolané touto novelou u zamestnávateľov a zamestnancov prevýšia hodnotu dodatočného príjmu verejného zdravotného poistenia (v prípade Žilinského samosprávneho kraja sa novela dotkne min. 120 zamestnávateľov). Predovšetkým v horizonte najbližších 3 rokov sa dá očakávať presun poistencov zo skupiny zamestnancov do skupiny poistencov štátu z dôvodu zníženia atraktivity čiastkových pracovných úväzkov. Túto pripomienku považujeme za zásadnú.	Z	A	Doložka vplyvov doplnená o prepočty na kompromisný návrh minimálneho vymeriavacieho základu.
ŽSK	Úhrada za činnosť úradu § 31 Navrhované znenie: h) za podanie podnetu na výkon dohľadu nad zdravotnou starostlivosťou [(§ 43a ods. 1 a ods. 2)]. Odôvodnenie: Uvedené ustanovenie v návrhu zákona absentuje.	Z	N	Úhrada za podanie podnetu bola z návrhu vypustená.
ŽSK	Úhrada za činnosť úradu § 31 ods. 1 písm. h) Navrhované znenie: h) za podanie podnetu na výkon dohľadu nad zdravotnou starostlivosťou [(§ 43a ods. 1 a ods. 2)]. Odôvodnenie: Uvedené ustanovenie v návrhu zákona absentuje.	Z	N	Úhrada za podanie podnetu bola z návrhu vypustená.
ŽSK	Úhrada za činnosť úradu § 31 ods. 4 Pri stanovení výšky úhrady za podanie podnetu apelujeme na rovnosť práv pre všetkých občanov – z uvedeného dôvodu žiadame, aby výška poplatku bola na úrovni minimálnej hranice možnosti (napríklad 16,- € vyhláška č. 765/2004 Z. Z.)	O	ČA	Úhrada za podanie podnetu bola z návrhu vypustená.
ŽSK	Úhrada za činnosť úradu § 31 ods. 4 Pri stanovení výšky úhrady za podanie podnetu apelujeme na rovnosť práv pre všetkých občanov – z uvedeného dôvodu žiadame, aby výška poplatku bola na úrovni minimálnej hranice možnosti (napríklad 16,- € vyhláška č. 765/2004 Z. Z.)	O	ČA	Úhrada za podanie podnetu bola z návrhu vypustená.
ÚJDSR	Odoslané bez pripomienok			
MPRVSR	Odoslané bez pripomienok			
NBÚ	Odoslané bez pripomienok			

ÚNMSSR ÚVSR	Odoslané bez pripomienok			
MŽPSR	Odoslané bez pripomienok			
ÚGKKS	Odoslané bez pripomienok			
ÚPVS	Odoslané bez pripomienok			
MKS	Odoslané bez pripomienok			

Vysvetlivky k použitým skratkám v tabuľke:

O – obyčajná

Z – zásadná