



Asociácia zamestnávateľských zväzov a združení SR

Materiál na rokovanie HSR SR
Dňa 26. septembra 2022

č. 10)

Stanovisko k Návrhu zákona, 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

Všeobecne k návrhu:

Návrh zákona, 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 predkladá Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky.

Navrhovaná právna úprava rieši viaceré oblasti, týkajúce sa systému verejného zdravotného poistenia, zdravotných poisťovní a dohľadu. Vo vzťahu k zákonu o zdravotných poisťovniach má návrh zákona za cieľ upraviť výkon dohľadu nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti a ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb a zariadeniach sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately.

Návrh zabezpečuje aj reguláciu tvorby zisku zdravotných poisťovní. Regulácia tvorby zisku v navrhovanej novele je zabezpečená definovaním tzv. „optimálneho výsledku hospodárenia“, ktorý má predstavovať sumu, s ktorou bude vlastník zdravotnej poisťovne narábať tak ako doposiaľ, podľa vlastného uváženia.

Regulácia spočíva v skutočnosti, že v prípade dosiahnutia zisku vyššieho, ako je optimálny hospodársky výsledok bude musieť byť suma, o ktorú skutočný zisk presahuje optimálny hospodársky výsledok, použitá iba na zabezpečenie zdravotnej starostlivosti pre poistencov zdravotnej poisťovne.

Návrh zákona tiež určuje povinnosť zverejňovania pravidiel uznávania a uhrádzania zdravotných výkonov (pravidlá kontrolnej činnosti), precizuje postup pri uplatňovaní inštitútu predchádzajúceho súhlasu, spresňuje pravidlá pre výkon dohľadu nad zdravotnou starostlivosťou podľa potrieb aplikačnej praxe, pravidlá pre inštitút finančného zúčtovania a ustanovuje podrobnosti pre prehliadky mŕtvych tiel, zabezpečovaných Úradom pre dohľad.

Návrh zákona upravuje aj vzťahy v systéme verejného zdravotného poistenia, predovšetkým pravidlá pri zmene zdravotnej poisťovne s cieľom minimalizovať tzv. podvodné prepoistenia. Zároveň sa zavádza doposiaľ absentujúci minimálny základ zamestnanca pre odvod poistného, zabezpečuje sa prístup k zdravotnej starostlivosti pre všetkých účastníkov systému verejného zdravotného poistenia a ustanovujú sa nové administratívne pravidlá ohľadom uhrádzania zdravotnej starostlivosti v SR pre žiadateľov o azyl.

Vzhľadom na dĺžku legislatívneho procesu sa navrhuje účinnosť návrhu zákona od 1. januára 2023, okrem regulácie pravidiel kontrolnej činnosti (s účinnosťou od 1. júla 2023), cezhraničnej zdravotnej starostlivosti (1. mája 2023) a niektorých úprav pri zozname poistencov čakajúcich na plánovanú starostlivosť (1. júna 2023).

Stanovisko AZZZ SR :

K predmetnému návrhu zákona zasielame nasledovné zásadné pripomienky:

1. Navrhujeme doplniť návrh zákona v Čl. VI, 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 to ustanovením v nasledovnom znení:

„Čl. VI. sa dopĺňa bodom 62., ktorý znie:

„62. Za § 38ezz sa dopĺňa § 38ezd, ktorý znie:

„§ 38ezd

Prechodné ustanovenie k úprave účinnej od 1. januára 2023

Od 1. januára 2023 do 31. decembra 2023 je sadzba poistného pre štát 5,00 % z vymeriavacieho základu.“

Odôvodnenie

Navrhujeme zmeniť mechanizmus platieb za poistencov štátu, a to percentuálnym určením na úrovni 5%. Uvedené žiadame zohľadniť aj v zákone o štátnom rozpočte na rok 2023.

- naviazanie platby za poistencov štátu na priemernú mzdu tak, ako to bolo v minulosti považujeme za spravodlivý mechanizmus, ktorý vystihuje aj podstatu zdravotného poistného systému a solidarity
 - 5% z priemernej mzdy umožní zdravotníctvu vyššiu stabilitu
 - výška 5% pri priemernej mzde cez 1200 € sa dostane na úroveň málo cez 60 € na poistenca, čo je stále nižšie ako napríklad v ČR
 - pri obhajobe paušálnej sumy sa používa argument, že je to proticyklické, čo neodráža realitu. MF SR nevie nikdy pri tvorbe štátneho rozpočtu dobre odhadnúť aké budú zdroje, ani aká bude potreba starostlivosti. Uvedený predpoklad MF SR osciluje na úrovni sconta rádovo stoviek miliónov EUR. Naopak ak to bude platba cez percento priemernej mzdy, tak v lepších ekonomických časoch sa bude mať zdravotníctvo lepšie, a v horších časoch zasa horšie. To považujeme je férový prístup.
2. Aj napriek zmene oproti zneniu z Medzirezortného pripomienkového konania **naďalej trváme na rozpore k navrhovanému zneniu minimálneho vymeriavacieho základu**. Minimálny vymeriavací základ na úrovni odvodu zo životného minima, tak ako sa navrhuje v znení predloženom na HSR, nepovažujeme za akceptovateľné riešenie.

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 nízko príjmovým 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 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.

3. § 8d navrhujeme doplniť o ods. 4 a 5 nasledovne:

„§8d

Pravidlá uznávania a uhrádzania vykazaných zdravotných výkonov

(1) Zdravotná poisťovňa je povinná uverejniť na svojom webovom sídle všetky pravidlá uznávania a uhrádzania vykazaných zdravotných výkonov uplatňované pri kontrolnej činnosti (ďalej len „pravidlá kontrolnej činnosti“), ktoré majú vplyv na úhradu zdravotnej starostlivosti, a to vo vzťahu k všetkým typom zdravotnej starostlivosti.

(2) Zdravotná poisťovňa je povinná každú zmenu pravidiel kontrolnej činnosti, zverejnených podľa odseku 1, preukázateľne oznamovať poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti aspoň 60 dní pred nadobudnutím účinnosti zmeny pravidiel kontrolnej činnosti. Za preukázateľné oznámenie sa považuje zverejnenie informácie o konkrétnej zmene na webovom sídle zdravotnej poisťovne, v elektronickej pobočke zdravotnej poisťovne, alebo písomné oznámenie o zmene zaslané poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti, s ktorým má zdravotná poisťovňa uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. 8

(3) Ak zdravotná poisťovňa neuzná poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti vykazaný zdravotný výkon, je povinná to riadne odôvodniť a poučiť poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o správnom spôsobe vykazovania zdravotného výkonu.“

(4) Stavovské organizácie zriadené podľa osobitného predpisu (578/2004 Z. z.) a poskytovatelia zdravotnej starostlivosti sú oprávnení pripomienkovať zverejnené pravidlá kontrolnej činnosti podľa ods. 1 a zverejnené informácie o konkrétnej zmene pravidiel revíznej činnosti podľa ods. 2 (ďalej „pripomienky“) v lehote 15 dní od ich zverejnenia. Pripomienkou je jednoznačne formulovaný a zdôvodnený návrh na úpravu návrhu pravidiel kontrolnej činnosti a zmien pravidiel kontrolnej činnosti.

(5) Zdravotná poisťovňa je povinná pripomienky podľa ods. 4 vyhodnotiť do 15 dní od ich doručenia pripomienkujúcim subjektom, pričom ak pripomienke nevyhovie, je predkladateľ pripomienky oprávnený požiadať o konečné rozhodnutie Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, ktorý o podanej pripomienke rozhodne do 30 dní od jej predloženia. Rozhodnutie úradu je pre zdravotnú poisťovňu záväzné.“

Odôvodnenie

Zdravotná poisťovňa je subjektom súkromného práva, avšak subjektom ktorému je na základe vydaného povolenia zverený výkon činnosti verejného zdravotného poistenia; činnosti zákonom upravenej najmä z hľadiska ochrany verejného záujmu (Dôvodová správa k zákonu č. 581/2004 Z. z.). Vykonávanie verejného zdravotného poistenia je činnosť vo verejnom záujme, pri ktorej sa hospodári s verejnými prostriedkami (§ 2 ods. 2 zákona č. 580/2004 Z. z.).

Verejný záujem je neurčitý správny pojem. To je základné východisko, ktoré znamená, že v právnom poriadku neexistuje taká definícia verejného záujmu, ktorá by bola aplikovateľná pre všetky prípady rovnako. Za istý základ možno považovať definíciu podľa ústavného zákona č. 357/2004 Z. z., v zmysle ktorej verejný záujem je taký záujem, ktorý prináša majetkový prospech alebo iný prospech všetkým občanom alebo mnohým občanom. Pri činnostiach sledujúcich uplatňovanie verejného záujmu platia základné princípy, vrátane dostatočného preukázania verejného záujmu.

Kontrolná činnosť zdravotnej poisťovne u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti je zameraná na účelnosť, efektívnosť a hospodárnosť vynakladania prostriedkov verejného zdravotného poistenia (§ 9 ods. 4 zákona č. 581/2004 Z. z.), čím sa nepochybne sleduje nie individuálny záujem poisťovne ako subjektu súkromného práva, ale tá časť verejného záujmu, ktorá je prostredníctvom povolenia zverená zdravotnej poisťovni ako subjektu verejnej správy.

Zdravotná poisťovňa pri uhrádzaní poskytnutej zdravotnej starostlivosti hospodári s verejnými prostriedkami povinných zdravotných odvodov, ako to vyplýva z odkazu č. 2a zákona č. 580/2004 Z. z. Verejnými prostriedkami sú iba tie finančné prostriedky, s ktorými hospodária právnické osoby verejnej správy (§ 2 písm. a) zákona č. 523/2004 Z. z.). Zdravotné poisťovne sú v registri organizácií uvedené v kategórii 13140 – Fondy sociálneho zabezpečenia, čím sú v zmysle § 3 ods. 1 písm. c) č. 523/2004 Z. z. subjektom verejnej správy, od ktorého sa prirodzene očakáva dodržiavanie elementárnych princípov dobrej verejnej správy. Medzi základné princípy dobrej správy patria napríklad princíp dodržiavania zákonnosti, objektivity a nestrannosti, legitímnych očakávaní, primeranosti, a zodpovednosti.

Zverejnením pravidiel revíznej činnosti sa síce čiastočne naplňajú princípy dobrej verejnej správy, avšak vždy ide o jednostranné rozhodnutie konkrétnej zdravotnej poisťovne bez legislatívne danej možnosti účasti dotknutých subjektov, ktorých sa kontrolná činnosť zdravotnej poisťovne priamo dotýka. Ako správne uvádza dôvodová správa: Nejednotný prístup pri revíziách v rámci jednej a tej istej zdravotnej poisťovne dostáva do nevýhodného postavenia nielen poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ale aj pacientov daných poskytovateľov.

Jednotnosť prístupu a jeho prvotné zverejnenie však nie je jediným kritériom a ukazovateľom správneho postupu kontrolného orgánu. Pokiaľ tento postup napríklad nie je v súlade s niektorou právnou normou, má poskytovateľ jedinou možnosť, obrátiť na súd, čo považujeme z hľadiska vyváženosti vzťahov poskytovateľov a poisťovní za neprimerané.

Navrhujeme preto, aby revízne pravidlá – ktoré vo svojej vykonateľnosti naplňajú znaky výkonu verejnej správy – podliehali podobne ako všetky všeobecne záväzné právne predpisy pripomienkovaniu dotknutých subjektov s určením Úradu pre dohľad ako subjektu, ktorý v prípade sporu rozhodne o konečnej formulácii konkrétneho kontrolného pravidla.

Ďalej k materiálú uplatňujeme nasledovné pripomienky:

1. Čl. I bod 10, § 6 ods. 3 písm. c)

Navrhujeme vypustiť. V prípade, ak bude zavadená regulácia zisku, tvorba technických rezerv stráca zmysel.

2. Čl. I bod 12, § 6 ods. 9

Zásadne nesúhlasíme, navrhujeme vypustiť. Znemožnenie možnosti flexibilného zamestnávania prostredníctvom dohôd o prácach mimo pracovného pomeru. Povinnosť vykonávať nábor na základe pracovnej zmluvy neprinesie žiadnu pozitívnu zmenu pre vykonávanie náboru poistencov, naopak, zavedie vyššie neopodstatnené výdavky pre zdravotné poisťovne bez akejkoľvek pridanej hodnoty pre poistencov.

3. Čl. I bod 13, § 6 ods. 12

Uvedený návrh je nevykonateľný vzhľadom na navrhovanú úpravu vykonávania náboru na základe pracovnej zmluvy (s čím ale zásadne nesúhlasíme).

4. Čl. I bod 14, § 6a ods. 1

Za slovo „prevádzkové“ navrhujeme doplniť slovo „činnosti“.

5. Čl. I bod 16 § 6aa ods. 2

V § 6aa ods. 2 navrhujeme upraviť nasledovne:

„Ak nejde o zdravotnú poisťovňu podľa § 6a ods. 1, súčet položiek z účtovnej závierky zdravotnej poisťovne z výkazu ziskov a strát, ktorými sú zmena stavu technickej rezervy na poistné plnenia v hrubej výške, zmena stavu iných technických rezerv okrem zmeny stavu rezervy na prerozdeľovanie poistného a ostatné technické náklady okrem prijatých a zaplatených úrokov a okrem nákladov na prerozdeľovanie poistného, znížený o ostatné technické výnosy okrem prijatých a zaplatených úrokov a okrem výnosov z prerozdeľovania poistného, musí byť vo výške najmenej súčtu koeficientu podľa odseku 5 a 95,1 % z predpísaného poistného v hrubej výške upraveného o vplyv prerozdeľovania poistného za účtovné obdobie, za ktoré sa upravuje výsledok hospodárenia (ďalej len „náklady na zdravotnú starostlivosť“). Náklady na zdravotnú starostlivosť podľa možno znížiť o optimálny výsledok hospodárenia podľa odseku 6.“

Odôvodnenie: vzhľadom na povinnosť dodržiavať prevádzkové náklady pre „malé poisťovne“ podľa §6a ods. 1, je nemožné dodržať aj limit na zdravotnú starostlivosť.

6. Čl. I bod 16 § 6aa ods. 6

V § 6aa ods. 6 znie:

Optimálny výsledok hospodárenia zdravotnej poisťovne je maximálne 2% z predpísaného poistného v hrubej výške, a pozostáva zo

- a) sumy najviac 1,5 % z predpísaného poistného v hrubej výške a
- b) sumy určenej ako výsledok plnenia kritérií kvality zdravotnej poisťovne (ďalej len „kritériá kvality“) podľa § 6ab; takto určená suma nemôže byť vyššia ako 0,5 % z predpísaného poistného v hrubej výške.

Odôvodnenie: úpravu navrhujeme vzhľadom na rozdelenie povinnosti dodržiavať limit na prevádzku pre „malé poisťovne“ a limit na zdravotnú starostlivosť pre „veľké poisťovne“. Tvorba zisku podľa ods. 6 a násl. sa aplikuje pre všetky zdravotné poisťovne.

7. Čl. I bod 16 § 6aa ods. 10

V § 6aa ods. 10 znie: 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.

8. Čl. I bod 16, § 6ab ods. 1

V § 6ab ods. 1 písm. e) navrhujeme posunutie účinnosti tohto kritéria na 01.01.2025 vzhľadom na to, že účinnosť povinnosti tvorby technických rezerv je od 01.01.2025.

Žiadame vypustiť § 6ab ods. 2 písm. f) Čl. I návrhu zákona, ktorý hovorí, že kritéria kvality podľa odseku 1 sa považujú za splnené, ak výdavky na úpravu cien vybraných výkonov najviac finančne podhodnotených odborností špecializovanej ambulantnej starostlivosti v Slovenskej republike sa zvýšili minimálne na úroveň priemerných cien ostatných odborností špecializovanej ambulantnej starostlivosti v Slovenskej republike aspoň pri 60% najviac finančne podhodnotených odborností špecializovanej ambulantnej starostlivosti v Slovenskej republike k poslednému dňu kalendárneho roka, za ktorý sa vyhodnotenie splnenia kritéria vykonáva, navrhujeme vypustiť, keďže neexistuje žiadny oficiálny a relevantný rebríček ŠAS odborností z hľadiska financovania a súčasne je potrebná ďalšia matematická klarifikácia.

V § 6ab ods. 1 písm. g) Navrhujeme toto kritériu upraviť tak, aby sa hodnotilo podľa **účasti poistencov na prevencii**, nie podľa vynaložených výdavkoch. Náš návrh by lepšie zohľadňoval účel tohto kritéria – podporiť prevenciu na Slovensku. Navyše toto kritériu môže byť rozpore s kritériom podľa písm. i), nakoľko zásadné

navýšenie úhrad za PP by navýšili náklady na VAS teda aj zásadný nárast percentuálneho podielu tohto segmentu na výdavkoch a teda pokles percentuálnych podielov iných segmentov.

9. Čl. I bod 16, § 6ab ods. 2

V § 6ab ods. 2 písm. c) Navrhujeme posunutie účinnosti tohto kritéria od 01.01.2025 vzhľadom na to, že účinnosť povinnosti tvorby technických rezerv je od 01.01.2025.

V § 6ab ods. 2 písm. d) Čl. I návrhu zákona kritéria kvality podľa odseku 1 sa považujú za splnené, ak počas 100% dní v roku je suma v rezervnom fonde v minimálnej zákonnej výške

- Platí ako sme to uviedli vyššie. Navrhujeme, že výška sumy v rezervnom fonde musí byť preukázateľná v rámci priebežných účtovných závierok 12x v roku + finálna auditovaná účtovná závierka

V § 6ab ods. 2 písm. e) navrhujeme upraviť nasledovne: účasť poistencovi na preventívnej zdravotnej starostlivosti v príslušnom kalendárnom roku sa zvýšila o 5% v porovnaní s predchádzajúcim kalendárnym rokom.

V § 6ab ods. 2 písm. g) - S týmto kritériom nesúhlasíme, vzhľadom na našu pripomienku k § 15 ods. 8.

10. Čl. I bod 20 a 21, § 8a a § 8b

Úpravy v §8a a §8b navrhujeme vypustiť- Nesúhlasíme 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 poistného uvedenej v rozhodnutí o ročnom prerozdeľovaní poistného. Celková výška poistného medziročne rastie. Neplatí preto argument, že tým, že sa % 12 rokov nezvyšovalo, nezvyšovala sa ani výška príspevku, pretože báza (celkové poistné), z ktorej sa príspevok vypočítava, z roka na rok rastie, preto sa zvyšuje aj samotný príspevok. Zvýšenie % preto nie je dôvodné ani opodstatnené.

11. Čl. I bod 29, § 15 ods. 1 písm. t)

V § 15 ods. 1 písm. t) sa na konci pripája: to neplatí, ak ide o zdravotnú poisťovňu podľa § 6a ods. 1.

12. Čl. I bod 31, § 15 ods. 8

V § 15 ods. 8 navrhujeme ponechať súčasné znenie. Alternatívne zásadne žiadame vypustiť zmienku o minimálnej celkovej sume; percentuálne aj nominálne určenie výdavkov pre daný druh ZS sa môže vzájomne vylučovať.

Ak bude MZ trvať na určení minimálnej celkovej sumy, tak navrhujem vzhľadom na odlišnosti v kmeňoch a nákupnú stratégiu požadovať jednoznačné zakotvenie, že pomery minimálnych výdavkov budú určené na základe pomerov za jednotlivé zdravotné poisťovne a nie na základe celkového pomeru výdavkov dokopy za všetky ZP.

13. Čl. I bod 96, § 86zm ods. 6

V § 86zm navrhujeme vypustiť ods. 6, vzhľadom na jeho neaktuálnosť.

14. Čl. I bod 97, príloha č. 1

Navrhujeme doplniť: kde PPZP je počet poistencov zdravotnej poisťovne.

15. Čl. V bod 9, § 79 ods. 1 písm. ze)

Na konci sa pripájajú slová: „ak sa poskytovateľ dohodol na úhrade zdravotnej starostlivosti na základe klasifikačného systému diagnosticko-terapeutických skupín.“

16. Čl. VI bod 8 § 6 ods. 9

Poznámky pod čiarou k §6 ods. 9 znejú:

„13aab) Čl. 3 ods. 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).

13aac) Čl. 3 ods. 10 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).

18aac) § 20 ods. 1 písm. e) druhý bod zákona č. 581/2004 Z. z. “.

17. Čl. VI bod 10, § 6 ods. 10 písm. b)

V § 6 ods. 10 písm. b) sú termíny naviazané na lehotu späťvzatia, ktorá je však upravená inak, ako v predchádzajúcom návrhu. Navrhovaná úprava je preto nesprávna.

18. Čl. VI bod 12, § 6 ods. 11 písm. o)

V § 6 ods. 11 písm. b) navrhujeme ponechať súčasné znenie, aj vzhľadom na úpravu lehoty na späťvzatie (rozdielne ako pôvodný návrh).

19. Čl. VI bod 14, § 6 ods. 15

Zásadne nesúhlasíme s povinnosťou podľa § 6 ods. 15 zdravotnej poisťovne informovať poistenca, ktorý zmenil ZP o tejto skutočnosti, 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 žiadne zmysel ani účel.

20. Čl. VI bod 15, § 7

V § 7 nesúhlasíme s vypustením odseku 6, navrhujeme vypustiť len ods. 4 a 5 (z dôvodu legislatívnej úpravy späťvzatia v § 8a. Je nevyhnutné ponechať odsek 6, aby sa vyriešila duplicita zmenových prihlášok.

21. Čl. VI bod 16, § 8 ods. 1

§8 ods. úvodnú vetu navrhujeme preformulovať nasledovne:

Prihláška musí mať písomnú formu,^{13aaa)} prihlášku možno podať osobne na pracovisku zdravotnej poisťovne uvedenom v registri zdravotných poisťovní vedenom podľa osobitného predpisu, poštou, elektronickými prostriedkami, pričom prihláška podaná elektronickými prostriedkami musí byť podpísaná elektronickým podpisom,^{13aab)} alebo iným spôsobom, pričom prihláška podaná iným spôsobom musí byť podpísaná úradne osvedčeným podpisom alebo kvalifikovaným elektronickým podpisom;^{13aac)} prihláška musí obsahovať“.

Ide o precizovanie textu.

22. Čl. VI bod 19, §8a ods. 2

§8a ods. 2 Navrhujeme ponechať pôvodne navrhovanú úpravu lehoty na podanie späťvzatia – 15 ,resp. 30 dní odo dňa prijatia prihlášky. Takúto úpravu považujeme za správnu a prospešnú pre proces prepoisťovania.

23. Čl. VI bod 19, §8a ods. 3

V §8a ods. 3 spôsoby podania späťvzatia navrhujeme upraviť podobne, ako je upravený spôsob podania prihlášky.

24. Čl. VI bod 20, § 9 ods. 2

§ 9 ods. 2 navrhujeme upraviť nasledovne:

Poistenec, ktorý je dlžníkom podľa § 25a ods. 1, má právo len na úhradu neodkladnej zdravotnej starostlivosti¹⁵⁾ (ďalej len „neodkladná starostlivosť“), zdravotnej starostlivosti poskytovanej v súvislosti s tehotenstvom a úhradu očkovania za účelom prevencie infekčných ochorení ako aj liečbu infekčného ochorenia ; to neplatí, ak ide o dlžníka,

25. Čl. VI bod 24, § 8 ods. 8

§ 9 ods. 8 navrhujeme vypustiť v plnom rozsahu. Rozšírený rozsah ZS, na ktorú má mať nárok dlžník podľa písm. a) a b) navrhujeme zapracovať do § 9 ods. 2 (viď našu úpravu vyššie). Písm. c) navrhujeme vypustiť úplne. Nevykonateľné ustanovenie, nie je objektívne možné určiť čo je chronické ochorenie a kedy má poistenec právo na preplatenie plnej ZS. Napokon sa môže stať, že budeme musieť hradiť dlžníkom všetku vykázanú odkladnú ZS nakoľko nebudeme vedieť vyhodnotiť naplnenie podmienok podľa zákona.

26. Čl. VI bod 44, § 13b

Pri navrhovanom výpočet minimálneho preddavku je opäť zahrnutá aj OOP, ktorá celý výpočet komplikuje a na druhej strane opäť vytvára priestor pre špekulácie (pri prijme 380€ opäť zamestnanec neplatí žiadny preddavok na poistné a poistné zamestnávateľa vo výške 38 € nezodpovedá ani polovici minimálneho preddavku samoplatiteľa.).

27. Čl. VI bod 57, § 25 ods. 1 písm. c)

V § 25 ods. 1 písm. c) znie:

„pri zmene zdravotnej poisťovne podľa § 7 ods. 2 oznámiť poistencovi elektronickými prostriedkami prijatie prihlášky na zmenu zdravotnej poisťovne; oznámenie zdravotná poisťovňa zasiela najneskôr do konca kalendárneho mesiaca, ktorý nasleduje po mesiaci, v ktorom prihlášku prijala, oznámenie musí obsahovať údaje uvedené v § 8 ods. 1 písm. b) a d) a informáciu o

1. prijatí prihlášky poistenca na zmenu zdravotnej poisťovne a o tom, kedy poistencovi vznikne poistný vzťah v zdravotnej poisťovni,
2. tom, kde poistenec nájde zoznam poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, s ktorými má zdravotná poisťovňa uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti,⁵³⁾
3. možnosti vziať prihlášku späť podľa § 8a, pričom zdravotná poisťovňa uvedie aj lehotu a spôsoby akými možno prihlášku vziať späť,
4. povinnosti podľa § 8a ods. 4.“

Účelom tohto ustanovenia by malo byť informovať poistenca včas o prijatí jeho prihlášky a o možnostiach podania späťvzatia. Predišlo by sa tak možným neoprávneným prepoistenia, resp. následným podnetom a sťažnostiam poistencov.

28. Čl. VI bod 61, § 38ezc ods. 2

§ 38ezc ods. 2 navrhujeme vypustiť. Zásadne nesúhlasíme. Ide o retroaktívne ustanovenie, ktoré výrazne negatívne zasahuje do práv poistenca (na zmenu zdravotnej poisťovne) a tak je absolútne neprípustné.

29. Čl. VII bod 4, § 40 ods. 9 písm. d)

V súvislosti § 40 ods. 9 písm. d) navrhujeme doplniť povinnosť PZS, že pokiaľ prerušil na viac ako 10 dní a hrozí, že lehota časovej dostupnosti bude nebude v dôsledku prerušenia dodržaná, PZS musí stanoviť nový termín.

Záver :

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