

B. Osobitná časť

Čl. I

K bodu 1

Preformulované ustanovenie, popisujúce situáciu, kedy matka dieťaťa z akéhokoľvek dôvodu nemá určenú zdravotnú poisťovňu, z dôvodu jednoznačnosti ustanovenia.

K bodu 2

Preformulovanie ustanovenia, nakoľko obligatórna možnosť (zákonný zástupca môže podať prihlášku) jednoznačnejšie popisuje existujúci právny stav. Zároveň ostáva zachovaná povinnosť podať prihlášku za dieťa, ktoré sa narodilo v inom členskom štáte, nakoľko údaj o tomto dieťati matričný úrad zdravotnej poisťovni neoznamuje.

K bodu 3

Bližšie popísaná jedna z možných písomných foriem (elektronická forma) prihlášky, vrátane jej špecifických náležitostí.

K bodu 4

Vypustená povinná náležitosť prihlášky „čas podania“, nakoľko v súčasnom právnom stave (ak je podaných viac prihlášok do viacerých zdravotných poisťovní, nie je platná žiadna z nich) už nie je potrebná.

K bodu 5

Dátum narodenia nie je v súčasnosti povinnou náležitosťou prihlášky. Je však náležitosťou preukazu poistenca. Z uvedeného dôvodu je potrebné, aby tento údaj získala zdravotná poisťovňa priamo z prihlášky, teda je nevyhnutné zosúladienie týchto dvoch ustanovení zákona. Dátum narodenia sa tiež zasiela ako povinná položka v dávke na Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou pre všetky osoby, ktoré si podali prihlášku.

K bodu 6

Titul nie je v súčasnosti náležitosťou prihlášky, je však náležitosťou preukazu poistenca. Z uvedeného dôvodu je potrebné, aby tento údaj získala zdravotná poisťovňa priamo z prihlášky.

K bodu 7

Dôvodom zmeny je, že nové navrhované znenie jednoznačne určuje skupinu osôb, na ktoré sa má vzťahovať úhrada nákladov v Slovenskej republike v plnom rozsahu. Zámerom je pokryť nárokom na verejné zdravotné poistenie všetkých dôchodcov poberajúcich dôchodok zo SR, teda aj tých, ktorí majú bydlisko v inom členskom štáte EÚ v súlade s čl.1 nariadenia EP a Rady č. 883/2004 a čl.11 vykonávacieho nariadenia 987/2009, ktorí si ale formálne trvalé bydlisko ponechávajú v Slovenskej republike. Ide o dôchodcov, ktorí sa presťahovali, alebo sa dlhodobo zdržiavajú napr. u svojich detí v inom členskom štáte EÚ, ale trvalý pobyt v SR si nezrušili.

K bodom 9 a 10

Zmena usporiadania bodov, popisujúcich zárobkovú činnosť, z dôvodu lepšej prehľadnosti a logickej nadväznosti popisu jednotlivých ekonomických činností.

K bodu 11

Určuje sa obdobie (6 mesiacov), počas ktorého sa osoba s udeleným azylom bude pokladať za poistenca štátu. Vzhľadom k skutočnosti, že osoba s udeleným azylom získava na území SR trvalý pobyt, získava z tohto titulu zároveň účasť na verejnom zdravotnom poistení, pričom za takúto osobu bude štát platiť poistné pri splnení

podmienok podľa § 11 ods. 7, za rovnakých podmienok, ako za iné osoby s trvalým pobytom na území SR. Nejaví sa preto účelné zavádzať natrvalo osobitný inštitút platenia poistného štátom.

Zároveň sa ale javí vhodné určiť dočasné obdobie (navrhuje sa 6 mesiacov), počas ktorého bude za tieto osoby platiť poistné štát vždy, bez ohľadu na ich ekonomický status. Po skončení tohto prechodného obdobia bude za tieto osoby štát platiť poistné naďalej, ak splnia podmienky pre platenie poistného štátom, rovnako ako iné osoby s trvalým pobytom na území SR (napr. evidencia na úrade práce, poberanie dávky v hmotnej núdzi, dosiahnutie dôchodkového veku a pod.).

K bodu 12

Legislatívno-technická zmena, súvisiaca s bodom 24.

K bodom 13 a 14

Zjednotenie a zjednodušenie postupu pre určenie zníženia minimálneho vymeriavacieho základu v prípade situácie, kedy je osoba ekonomicky činná a zároveň splnila podmienky pre platenie poistného štátom.

K bodu 15

Legislatívno-technická úprava. Poznámka pod čiarou k odkazu 16m) bola omylom vypustená novelou č. 41/2017 Z. z., ktorou sa novelizoval zákon č. 153/2013 Z. z. o Národnom zdravotníckom informačnom systéme. Slová „podľa osobitného predpisu“ bez uvedenia odkazu nemajú zmysel.

K bodu 16

Legislatívno-technická úprava v nadväznosti na vypustenie odsekov v § 13 (body 13 a 14).

K bodom 17 a 18

Úprava termínov na predkladanie údajov do ročného zúčtovania so štátom s cieľom zosúladiť tieto termíny s predkladaním údajov k ročnému prerozdeleniu poistného.

K bodom 19, 21 až 23

V súvislosti s elektronizáciou verejnej správy a existujúcou povinnosťou elektronickej komunikácie s Finančnou správou SR sa zjednocuje spôsob predkladania údajov do zdravotnej poisťovne na elektronickú komunikáciu, bez ohľadu na počet zamestnancov zamestnávateľa.

Navrhovaná úprava by nemala spôsobovať zamestnávateľom problémy pri vykazovaní, nakoľko aj Sociálnej poisťovni a Finančnej správe sú zamestnávatelia už v súčasnosti povinní vykazovať len elektronicky.

K bodu 20

Cieľom navrhovanej zmeny je v čo najväčšej miere zjednodušiť a elektronizovať procesy v zdravotných poisťovniach, ako aj v celom sektore zdravotníctva. V prípade ak by prišlo k poskytovaniu zdravotnej starostlivosti je cieľom, aby sa umožnilo poistencovi preukázať sa preukazom poistenca príslušnej ZP prostredníctvom mobilnej aplikácie, za predpokladu, že nevlastní doklad totožnosti s čipom, alebo uvedením svojho rodného čísla, ktoré si poskytovateľ zdravotnej starostlivosti môže overiť na portáli Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou alebo priamo na portáli jeho príslušnej zdravotnej poisťovne.

K bodu 24

Určuje sa, že platiteľ poistného nemá povinnosť predkladať zdravotnej poisťovni údaje o zmenách platiteľa poistného z dôvodu uvedeného v § 11 ods. 7 písm. c), m) a s) (poberanie rodičovského príspevku, nemocenského, ošetrovného, materského, náhrady služobného platu alebo príjmu), ak bola informácia o tejto zmene už poskytnutá od iného orgánu verejnej moci (napr. zo Sociálnej poisťovne).

Povinnosť predkladať údaje, ktoré nie sú zamestnávateľom oznamované inému orgánu verejnej moci (napr. údaj o poberaní náhrady príjmu) trvá naďalej.

K bodu 25

Pre jednoznačnú aplikáciu ustanovení o zozname dlžníkov v praxi sa určuje, že v tomto zozname nemajú byť vedení dlžníci, ktorí si na dlh úspešne uplatnili námietku premlčania, alebo k odpisu ich dlhu došlo na základe niektorého zo zákonných dôvodov podľa § 17c ods. 1 (napr. po skončení konkurzu, po reštrukturalizácii a pod.).

K bodu 26

Legislatívno-technická zmena, súvisiaca s bodom 24.

K bodom 27 až 35

Do procesu prerozdelenia poistného sa zavádza prvok „Nadlimitná suma“.

Napriek kompenzácií nákladov prerozdeľovaním prostredníctvom indexov rizika jednotlivých poistencov v súlade s ustanoveniami zákona, existuje významná skupina poistencov, ktorých náklady na zdravotnú starostlivosť výrazne prekračujú kompenzáciu prostredníctvom ich indexu rizika.

Výrazným prvkom v systéme, ktorý prerozdelenie v súčasnosti nerieši je existencia vysokonákladových poistencov, ktorých je pomerne málo a nie je možné vopred predpovedať výšku ich nákladov. Pre týchto je ideálnym modelom samostatné prerozdelenie, podobne ako v iných krajinách. Cieľom zmeny je, aby každá zdravotná poisťovňa mala dostatok zdrojov aj na liečbu ťažko chorých poistencov. Poistenci, ktorých sa toto osobitné prerozdelenie bude týkať sú takí poistenci, ktorých skutočné náklady sú vyššie, ako súčet nákladov určených podľa indexu skupiny, do ktorej je zaradený a 20-násobku priemerných nákladov na poistenca. Náhrada takýchto nadlimitných nákladov sa stanovuje vo výške 80% z nákladov, prekračujúcich túto hranicu.

K bodom 36 a 37

Zákomom č. 351/2018 Z. z. sa s účinnosťou od 30.12.2018 doplnila povinnosť štátu platiť poistné za osoby podľa písmena j) a k) za súčasnej podmienky, že za inú osobu neplatí poistné štát na totožné dieťa alebo totožnú osobu. Súčasne však neboli ustanovené podmienky na preukázanie týchto skutočností. Pre účely preukázania danej skutočnosti v prípade § 11 ods. 7 písm. j) zdravotná poisťovňa nevyhnutne potrebuje údaje o dieťati a fyzickej osobe, ktorá na toto dieťa čerpá materské alebo rodičovské, aby si na totožné dieťa nemohla iná fyzická osoba podľa § 11 ods. 7 písm. j) uplatniť tiež platiteľa štát. Navrhuje sa, aby tieto údaje boli poskytované Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou na základe uzavretej dohody s Ústredím práce, sociálnych vecí a rodiny a Sociálnou poisťovňou.

K bodu 38

V súvislosti so zrušením povinnosti platiteľa poistného predkladať údaje o zamestnancoch, ktoré už nahlásil inštitúcii, vykonávajúcej sociálne zabezpečenie týchto osôb (bod 21) sa zavádza zároveň povinnosť pre tieto inštitúcie predkladať údaje na úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou v dvojtyždňových intervaloch. Tento interval bol určený s ohľadom na potrebu spracovávať v IS zdravotných poisťovní čo najaktuálnejšie údaje, aby sa predišlo situáciám, kedy by platiteľ poistného bol vyzývaný na doplnenie chýbajúcich údajov (ktoré už ale predtým nahlásil na inú inštitúciu), prípadne ním zasielané mesačné výkazy by boli IS zdravotnej poisťovne automaticky zamietané ako chybné.

K bodom 39 a 40

S cieľom zrýchliť proces vymáhania pohľadávok zdravotnej poisťovne sa ukončuje platnosť opatrení počas krízového stavu, ktoré boli prijaté v období marca 2020 v súvislosti s v tom čas aktuálnou situáciou v ekonomike SR. Vzhľadom k skutočnosti, že napriek pokračovaniu trvania mimoriadnej situácie sa situácia v oblasti

predkladania dokumentácie, vykazovania a platenia poistného na verejné zdravotné poistenie normalizovala, nejaví sa ako účelné naďalej zachovávať tieto obmedzenia pre vymáhanie poistného.

K bodu 40

Ustanovujú sa prechodné ustanovenia z dôvodov

- doplnenia parametra „Nadlimitná suma“ do procesu prerozdelenia poistného a nutnosti určiť postup pri prerozdelení poistného a preddavkov na poistné v prechodnom období,
- nutnosti uzavretia dohody o poskytovaní údajov,
- určenia prechodného obdobia, počas ktorého bude štát platiť poistné za azylantov, ktorí status azylanta získali pred dňom účinnosti zákona
- určenia povinnosti Ministerstva vnútra SR poskytnúť informácie potrebné na úhradu zdravotnej starostlivosti pre osoby s doplnkovou ochranou,
- vytvorenie časového rámca počas ktorého budú preukazy o nároku na zdravotnú starostlivosť doposiaľ vydávané Ministerstvom vnútra SR nahradené preukazom vydaným zákonom určenou zdravotnou poisťovňou.

K Čl. I bodu 8, K čl. II až IV

Slovenská republika zabezpečuje pre osoby s poskytnutou doplnkovou ochranou zdravotnú starostlivosť v rovnakom rozsahu, ako je nárok z verejného zdravotného poistenia. Doposiaľ bola táto zdravotná starostlivosť uhrádzaná z rozpočtovej kapitoly Ministerstva vnútra SR a osoby s poskytnutou doplnkovou ochranou sa u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti preukazovali dokladom, ktorý im vydalo Ministerstvo vnútra SR.

S cieľom zjednodušiť tieto činnosti sa navrhuje presun týchto výdavkov na rozpočtovú kapitolu Ministerstva zdravotníctva SR, ako subjektu vecne príslušného pre oblasť zdravotnej starostlivosti. Zároveň sa navrhuje, aby samotné technické činnosti súvisiace so zabezpečovaním tejto zdravotnej starostlivosti vykonávala a uhrádzala zdravotná poisťovňa s najväčším počtom poistencov (vzhľadom k existujúcemu personálnemu a technickému zabezpečeniu pre tieto činnosti), ktorej budú takto uhrádzané výdavky refundované raz mesačne Ministerstvom zdravotníctva SR.

Zároveň sa navrhuje, aby zdravotná poisťovňa s najväčším počtom poistencov vydávala aj nárokové preukazy pre tieto osoby, nakoľko doposiaľ používaný doklad, vydávaný Ministerstvom vnútra SR v niektorých prípadoch nemusel byť všeobecne známy medzi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti a mohla nastať neistota, či na základe tohto dokladu budú náklady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť uhradené.

Čl. V

Navrhuje sa účinnosť vzhľadom na predpokladanú dĺžku legislatívneho procesu.

Vzhľadom na aktuálny stav a možnosti Sociálnej poisťovne sa zvýšenie periodicity predkladaných údajov (bod 37) navrhuje s účinnosťou od 1. júla 2021. Pre ustanovenie, týkajúce sa ukončenia povinnosti vykazovania údajov, ktoré už boli predložené inému subjektu verejnej správy (bod 23 a súvisiace) sa navrhuje posun účinnosti na 1. október 2021 z dôvodu nutnosti uzatvorenia dohody o poskytovaní týchto údajov a vzhľadom k aktuálne deklarovaným možnostiam odovzdania týchto údajov na strane Sociálnej poisťovne. Odloženú účinnosť majú aj ustanovenia súvisiace s