

VYHODNOTENIE MEDZIREZORTNÉHO PRIPOMIENKOVÉHO KONANIA

Zákon, ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a ktorým sa menia a dopĺňajú niektoré zákony

Spôsob pripomienkového konania	
Počet vznesených pripomienok, z toho zásadných	148 /43
Počet vyhodnotených pripomienok	148
Počet akceptovaných pripomienok, z toho zásadných	81 /20
Počet čiastočne akceptovaných pripomienok, z toho zásadných	9 /4
Počet neakceptovaných pripomienok, z toho zásadných	58 /19
Rozporové konanie (s kým, kedy, s akým výsledkom)	
Počet odstránených pripomienok	
Počet neodstránených pripomienok	

Sumarizácia vznesených pripomienok podľa subjektov

Č.	Subjekt	Pripomienky do termínu	Pripomienky po termíne	Nemali pripomienky	Vôbec nezaslali
1.	Asociácia na ochranu práv pacientov SR	3 (2o,1z)	0 (0o,0z)		
2.	DÔVERA zdravotná poisťovňa, a. s.	22 (20o,2z)	0 (0o,0z)		
3.	Generálne riaditeľstvo zboru väzenskej a justičnej stráže	1 (1o,0z)	0 (0o,0z)		
4.	Ministerstvo dopravy a výstavby Slovenskej republiky	4 (4o,0z)	0 (0o,0z)		
5.	Ministerstvo financií Slovenskej republiky	8 (6o,2z)	0 (0o,0z)		
6.	Ministerstvo investícií, regionálneho rozvoja a informatizácie Slovenskej republiky	2 (0o,2z)	0 (0o,0z)		

7.	Ministerstvo kultúry Slovenskej republiky	5 (5o,0z)	0 (0o,0z)		
8.	Ministerstvo obrany Slovenskej republiky	11 (11o,0z)	0 (0o,0z)		
9.	Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky	8 (6o,2z)	0 (0o,0z)		
10.	Ministerstvo spravodlivosti Slovenskej republiky	1 (1o,0z)	0 (0o,0z)		
11.	Ministerstvo školstva, vedy, výskumu a športu Slovenskej republiky	1 (1o,0z)	0 (0o,0z)		
12.	Ministerstvo vnútra Slovenskej republiky	11 (5o,6z)	0 (0o,0z)		
13.	Ministerstvo zahraničných vecí a európskych záležitostí Slovenskej republiky	9 (9o,0z)	0 (0o,0z)		
14.	Národná banka Slovenska	2 (2o,0z)	0 (0o,0z)		
15.	Odbor aproximácie práva sekcie vládnej legislatívy Úradu vlády SR	4 (4o,0z)	0 (0o,0z)		
16.	Protimonopolný úrad Slovenskej republiky	1 (1o,0z)	0 (0o,0z)		
17.	Slovenská komora iných zdravotníckych pracovníkov	1 (0o,1z)	0 (0o,0z)		
18.	Slovenská lekárska spoločnosť	1 (1o,0z)	0 (0o,0z)		
19.	Sociálna poisťovňa, Ul. 29 augusta č. 8 a 10, 813 63 Bratislava 1	6 (0o,6z)	0 (0o,0z)		
20.	Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou	5 (0o,5z)	0 (0o,0z)		
21.	Union zdravotná poisťovňa, a.s.	10 (0o,10z)	0 (0o,0z)		
22.	Verejnosť	14 (14o,0z)	0 (0o,0z)		
23.	Všeobecná zdravotná poisťovňa, a. s.	18 (12o,6z)	0 (0o,0z)		
24.	Úrad jadrového dozoru Slovenskej republiky	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)	x	
25.	Štatistický úrad Slovenskej republiky (Úrad vlády Slovenskej republiky, odbor legislatívy ostatných ústredných orgánov štátnej správy)	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)	x	

26.	Ministerstvo životného prostredia Slovenskej republiky	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)	x	
27.	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	
28.	Úrad vlády Slovenskej republiky	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)	x	
29.	Úrad priemyselného vlastníctva Slovenskej republiky	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)	x	
30.	Generálna prokuratúra Slovenskej republiky	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)	x	
31.	Ministerstvo hospodárstva Slovenskej republiky	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)	x	
32.	Ministerstvo pôdohospodárstva a rozvoja vidieka Slovenskej republiky	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)	x	
33.	Asociácia zdravotných poisťovní Slovenskej republiky	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)		x
34.	Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)		x
35.	Úrad pre verejné obstarávanie	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)		x
36.	Úrad pre normalizáciu, metrológiu a skúšobníctvo Slovenskej republiky	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)		x
37.	Úrad geodézie, kartografie a katastra Slovenskej republiky	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)		x
38.	Štatistický úrad Slovenskej republiky	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)		x
39.	Správa štátnych hmotných rezerv Slovenskej republiky	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)		x
40.	Najvyšší kontrolný úrad Slovenskej republiky	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)		x
41.	Najvyšší súd Slovenskej republiky	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)		x
42.	Národná rada Slovenskej republiky	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)		x
43.	Kancelária Ústavného súdu Slovenskej republiky	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)		x
44.	Slovenská poľnohospodárska a potravinárska komora	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)		x

45.	Združenie miest a obcí Slovenska	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)		x
46.	Spplnomocnenec vlády Slovenskej republiky pre rómske komunity	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)		x
47.	Konfederácia odborových zväzov Slovenskej republiky	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)		x
48.	Asociácia zamestnávateľských zväzov a združení Slovenskej republiky	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)		x
49.	Republiková únia zamestnávateľov	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)		x
50.	Konferencia biskupov Slovenska	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)		x
51.	Asociácia priemyselných zväzov	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)		x
52.	Národný bezpečnostný úrad	0 (0o,0z)	0 (0o,0z)		x
	Spolu	148 (105o,43z)	0 (0o,0z)		

Vyhodnotenie vecných pripomienok je uvedené v tabuľkovej časti.

Vysvetlivky k použitým skratkám v tabuľke:

O – obyčajná

A – akceptovaná

Z – zásadná

N – neakceptovaná

ČA – čiastočne akceptovaná

Subjekt	Pripomienka	Typ	Vyhodnotenie	Spôsob vyhodnotenia
AOP P	článku I. bodu 14 "14. V § 18 ods. 2 a 3 sa vypúšťa slovo „písomnej“." Žiadame o vyšpecifikovanie formy komunikácie medzi platiteľom poistného a zdravotnou poisťovňou. Odôvodnenie: Návrh zmeny by mal uľahčiť komunikáciu platiteľovi poistného, ktorý prejaví ochotu a vôľu svoj dlh splatiť, a zdravotnej poisťovne. V návrhu, ani v sprievodných materiáloch nie je vyšpecifikované akou inou formou, ak nie písomnou, je možné viesť ďalšiu komunikáciu tak, aby ju nebolo možné spochybnit' a rozporovať. Môžeme sa iba domnievať, že predkladateľ mal na mysli elektronickú komunikáciu. Bolo by vhodné vyšpecifikovať v zákone formy komunikácie tak, aby nemohla byť spochybnená ani jednou zo zúčastnených strán.	O	A	Ustanovenie bolo vypustené.
AOP P	článku I., bodu 20. "20. V § 22 ods. 2 sa písmeno i) dopĺňa piatym bodom a šiestym bodom." Obyčajná Navrhujeme alternatívu preukázania sa pri poskytnutí zdravotnej starostlivosti u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti aj prostredníctvom preukazu poistenca V § 22 ods. 2 sa písmeno i) bod 1 až bod 4 ponechať v prechodnom napr. na dva roky ako platnú, okrem zobrazenia preukazu v mobilnej aplikácii a uvedenia svojho rodného čísla, ktoré si daný poskytovateľ zdravotnej starostlivosti môže overiť na portáli príslušnej zdravotnej poisťovne alebo na portáli Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. Upozorňujeme aj na to, že táto aplikácia bude využiteľná iba v SR a pre vycestovanie do EÚ bude poistenec naďalej využívať preukaz poistenca. Odôvodnenie: Uvedený návrh by mal zjednodušiť a uľahčiť identifikáciu poistencov pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Vyskytli sa obavy v radoch verejnosti, pacientov, žeby mohli vzniknúť problémy v prípade poskytovania zdravotnej starostlivosti u pacientov, ktorí nemajú možnosť zobrazenia preukazu v mobilnej aplikácii príslušnej zdravotnej poisťovne, prípadne ošetrojúci lekár, zdravotnícky pracovník nebude mať prístup k všetkým údajom v rámci e- zdravotníctva, prepojenia na zdravotnú poisťovňu, prípadne na úrad pre dohľad. Elektronické zdravotníctvo podľa údajov Národného centra zdravotníckych informácií momentálne využíva viac ako 17.000, teda dve tretiny poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.	O	A	Alternatíva preukazovania sa preukazom poistenca ostáva naďalej umožnená (bod 3 a 4), pričom možnosť preukazovania sa preukazom v mobilnej aplikácii je daná iba ako alternatívna možnosť.
AOP P	článku I., bodom 27., 28., 29., 30. a 31.: Žiadame o prehodnotenie návrhu prerozdeľovania verejného zdravotného poistenia medzi zdravotnými poisťovňami tak, aby nedochádzalo k zníženiu efektivity pri nákupe zdravotnej starostlivosti a jej kvality, aby poistenci jednotlivých zdravotných poisťovní mali aj naďalej rovnocenné postavenie a možnosť výberu	Z	A	Predkladateľ prehodnotil navrhovaný spôsob prerozdeľovacieho mechanizmu a v navrhutej podobe ho pokladá za

	poisťovne aj na základe ponúkaných benefitov a rozvoja priorít, ktoré si vláda stanovila v rámci priorít štátnej zdravotnej politiky. Aj pacienti sú platiteľmi zdravotných odvodov a najmä ekonomickí aktívni poistenci sa často pýtajú ako, a či efektívne štát a zdravotné poisťovne hospodária s ich odvodmi. Chceme poukázať na to, že hoci poistenci majú slobodnú voľbu pri výbere poisťovne, nemá to žiadny vplyv na výšku ich poistnej platby a stále takmer minimálny vplyv na odlišnosti v poskytovaných benefitoch. Obávame sa, že aj tie sa stanú pre poistencov a pacientov nedostupné, kvôli obmedzeniu zdrojov, súťaže, snahy poisťovní skvalitňovať služby svojim poistencom.			vhodný a účinný nástroj na udržanie efektivity pri uhrádzaní zdravotnej starostlivosti a zároveň za nástroj na spravodlivé vyrovňovanie rizík medzi jednotlivými zdravotnými poisťovňami tak, aby poistenci jednotlivých zdravotných poisťovní mali zabezpečené rovnocenné postavenie.
DÔV ERA	V článku I sa za bod 2 sa vkladá nový bod 3 „3. V § 8 ods. 1 sa slová „Prihláška musí mať písomnú formu13aaa) a musí obsahovať“ nahrádzajú slovami „Prihláška musí mať písomnú formu13aaa). V prípade, ak je prihláška vyhotovená elektronickými prostriedkami musí byť podpísaná elektronickým podpisom13aab). Prihláška musí obsahovať“ 13aab) čl. 3 bod 10 Nariadenia EP a Rady (EÚ) č. 910/2014 z 23.7.2014 o elektronickej identifikácii a dôveryhodných službách pre elektronické transakcie na vnútornom trhu a o zrušení smernice 1999/93/ES Odôvodnenie: Obdobie pandémie nás presvedčilo o tom, že prihlášky by mali mať zdravotné poisťovne možnosť prijímať aj len elektronicky, 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 poistenec 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 elektronické transakcie na vnútornom trhu a o zrušení smernice 1999/93/ES, ktoré umožňuje využívať na podpísanie „obyčajný“ elektronický podpis, bez nutnosti využívať jeho kvalifikovanú verziu.		O A	
DÔV ERA	K článku I bod 21. a k §29b ods. 13 K článku I bod 21. a k §29b ods. 13 navrhujeme, aby Sociálna poisťovňa oznamovala v dávke aj obdobie od 1. do 10. dňa trvania PN. Predkladateľom navrhovaná zmena si bude vyžadovať aj novelizáciu Metodického usmernenia ÚDZS č. 2/1/2015 Poskytovanie údajov od externých subjektov. Sociálna poisťovňa poskytuje ÚDZS elektronicky v dávke údaje o poberateľoch „dávok“ (nemocenské, materské, ošetrovné, resp. o tom, že PN, resp. potreba ošetrovania, trvá aj po podpornom období), pričom prvých desať dní pri PN náhradu príjmu poskytuje zamestnávateľ.		O N	Nad rámec návrhu zákona.

DÔV ERA	K článku I. bod 16. K článku I. bod 16. navrhujeme jasne stanoviť, ktorým momentom/dňom bude oznámenie považované za doručené v prípade, ak sa bude doručovať prostredníctvom internetového portálu alebo elektronickej podateľne. V súčasnosti účinná dikcia §17b, ktorý upravuje doručovanie nie je pre doručovanie prostredníctvom internetového portálu alebo elektronickej podateľne dostatočná. Jasné stanovenie momentu/dňa doručenia oznámenia je kľúčové pre plynutie ďalších zákonných lehôt napr. na podanie nesúhlasného stanoviska.	O	N	Ustanovenie bolo vypustené.
DÔV ERA	článok I bod 39 K novelizačnému bodu 39. navrhujeme v § 38ew ods. 6 nahradiť slová „do 31.marca 2021“ slovami „do 31. januára 2021“ Odôvodnenie: Vo vzťahu k novelizačnému bodu 21., ktorého účinnosť je navrhovaná od 1.4.2021 navrhujeme posunúť termín na uzatvorenie dohody z dôvodu vytvorenia väčšieho časového priestoru na implementáciu zmien v informačných systémoch.	O	Č A	Subjekty uvedené v § 29b ods. 8, 9, 12 až 14 a 20 uzatvoria dohodu o poskytovaní údajov s úradom najneskôr do 30. septembra 2021.
DÔV ERA	§24 písm. p) Navrhujeme v § 24 doplniť písmeno p) v nasledovnom znení: „p) do 8 dní od prihlásenia požiadať zdravotnú poisťovňu o zriadenie elektronických služieb poisťovne a využívať ich v rámci komunikácie so zdravotnou poisťovňou.“ V prechodných ustanoveniach navrhujeme doplniť nový ods. 7, ktorý znie: „(7) Platiteľ poistného, ktorý do dňa nadobudnutia účinnosti tohto zákona nemal zdravotnou poisťovňou zriadené elektronické služby je povinný splniť povinnosť podľa § 24 písm. p) do 8 dní od nadobudnutia účinnosti tohto zákona.“ Odôvodnenie: Navrhujeme uložiť povinnosť pre platiteľov využívať elektronické služby poisťovne, nakoľko je účelné v čo najväčšej miere využívať elektronickú komunikáciu s platiteľmi v rámci verejného zdravotného poistenia. Zároveň je potrebné zabezpečiť, aby tí platitelia poistného, ktorí do dňa účinnosti zákona sú už prihlásení ale nemajú zriadené prístupy k elektronickým službám zdravotnej poisťovne si prístupy zriadili v stanovenej lehote.	O	N	Nad rámec návrhu zákona.
DÔV ERA	§11 ods. 7 Navrhujeme v §11 ods. 7 vypustiť písm. v) Odôvodnenie: Vzhľadom na minimálnu početnosť takto registrovaných zamestnancov s „odvodovou úľavou“ (t. j. nulovou percentuálnou sadzbou) a v záujme zníženia administratívnej záťaže zamestnávateľov pri plnení vykazovacích a oznamovacích povinností navrhujem zrušenie tejto „kategórie“ takýchto zamestnancov ako poistencov štátu. Nízkoprijemní zamestnanci majú nárok na odpočítateľnú položku podľa § 13a.	O	N	Nad rámec návrhu zákona.
DÔV ERA	§ 13 navrhujeme, nové znenie ods. 10 V § 13 navrhujeme, nové znenie ods. 10 nasledovne: „(10) Na účely tohto zákona sa pojmom minimálny základ rozumie 50% z priemernej mesačnej mzdy. Pokiaľ je vymeriavací základ zamestnanca nižší než	O	N	Nad rámec návrhu zákona.

	minimálny základ, je zamestnanec povinný platiť poistné vo výške 13,5 % z rozdielu týchto základov. Ak má zamestnanec viacero zamestnávateľov, je povinný platiť poistné podľa predchádzajúcej vety prostredníctvom toho zamestnávateľa, ktorého si zvolí. Pokiaľ je vymeriavací základ nižší z dôvodu prekážok na strane zamestnávateľa, je tento rozdiel povinný platiť zamestnávateľ.“ V § 16 ods. 2 písm. a) a c) sa na konci dopĺňajú slová „najmenej však vo výške minimálneho základu podľa § 13 ods. 10.“. Odôvodnenie: Úprava minimálneho základu pre zamestnancov sa predpokladala tiež v predbežnej informácii k tomuto legislatívnemu procesu. Skúsenosti z aplikačnej praxe takisto dokazujú, že pre systém verejného zdravotného poistenia a rezort zdravotníctva by bolo finančne prínosné, ak by boli jasne stanovené minimálne základy pre zamestnanca aj zamestnávateľa (identicky s minimálnym základom pre SZČO a samoplatiteľa). Každý ekonomicky aktívny poistenec by mal uhrádzať minimálne poistné. Súčasne je potrebné zabrániť zneužívaniu systému zo strany zamestnancov, ktorí majú príjem (a teda aj vymeriavací základ) napr. 10 € mesačne, z čoho odvod na zdravotné poistenie je blízky nule pričom ostatné skupiny platiteľov poistného majú povinnosť platiť nepomerne viac. Pritom náklady na zdravotnú starostlivosť sú rovnaké. V 2021 bude minimálny mesačný základ SZČO a samoplatiteľa v sume 546 € (minimálna mzda v I. stupni náročnosti práce na rok 2021 zatiaľ určená nie je. Ale v porovnaní s týmto rokom 2020 je minimálna mzda 580 € a v 6. stupni náročnosti práce 1 160 €). T. j. aj minimálny základ zamestnanca a zamestnávateľa by bol najnižšej hranici náročnosti práce (napr. aj pre konateľov či majiteľov firiem, ktorí nesú najvyššiu zodpovednosť za hospodárenie firmy). Zmena v §16 ods. 2 je legislatívno-technická úprava preddavkov v súvislosti s návrhom minimálneho vymeriavacieho základu.			
DÔV ERA	§ 16 ods. 9 V § 16 ods. 9 navrhujeme nahradiť slová „3 eurá“ slovami „5 eur“. Odôvodnenie: navrhujeme z dôvodu zjednotenia so sumou, keď sa poistné zaplatené bez právneho dôvodu do 5 eur a aj preplatok z RZP do 5 eur nevracia (§ 25 ods. 1 písm. h) a § 19 ods. 17	O	N	Nad rámec návrhu zákona.
DÔV ERA	§19 nový ods. 23 V § 19 navrhujeme doplniť nový odsek 23, ktorý znie: „23. Zdravotná poisťovňa vykoná poistencovi dodatočné ročné zúčtovanie poistného na základe oznámenia podľa § 29b ods. 11 alebo na základe poistencom preukázaného podania dodatočného daňového priznania“ Odôvodnenie: Zdravotná poisťovňa v súčasnosti nemá povinnosť vykonať dodatočné ročné zúčtovanie poistného podľa dodatočného daňového priznania. Pri prípadnom prepočte môže ísť tak o nedoplatok z RZP (ak sa zvýši daňový základ) alebo o preplatok z RZP (ak sa zníži daňový základ) alebo sa zmenia v daňovom priznaní sumy výdavkov na poistenia. Lehota na prepočet a vykonanie „dodatočného“ RZP navrhujeme 5 rokov obdobne ako lehota na vrátenie preplatku (§ 21 ods. 3)	O	N	Nad rámec návrhu zákona.

DÔV ERA	§21 nový ods. 5 V § 21 sa dopĺňa nový ods. 5, ktorý znie: „5. Právo poistenca na vykonanie dodatočného ročného zúčtovania poistného podľa § 19 ods. 18 sa premlčí uplynutím piatich rokov od prvého dňa kalendárneho roka nasledujúceho po roku, v ktorom sa ročné zúčtovanie poistného vykonalo alebo malo vykonať.“ Odôvodnenie: Zdravotná poisťovňa v súčasnosti nemá povinnosť vykonať dodatočné ročné zúčtovanie a ani nie je určená lehota na „prepočet“ RZP na základe nových skutočností. Lehotu na dodatočné prepočítanie a otvorenie pôvodne vykonaného RZP odporúčame do 5 rokov (obdobne ako lehota je určená lehota na vrátenie preplatku z RZP, resp. na vrátenie poistného zaplateného bez právneho dôvodu v § 21 ods. 3).	O	N	Nad rámec návrhu zákona.
DÔV ERA	§ 29b ods. 16 V § 29b ods. 16 sa slová „pri ročnom zúčtovaní poistného“ nahrádzajú slovami „pri vykonávaní verejného zdravotného poistenia“ Odôvodnenie: Obdobne bol v minulosti upravený text na všeobecnú súčinnosť štátnych inštitúcií aj v ods. 8, 9, 10, 11, 12, 13 a 14.	O	N	Nad rámec návrhu zákona.
DÔV ERA	§19 ods. 6 V §19 ods. 6 znie nasledovne: „Ak sú údaje vykázané alebo určené podľa § 20, oznámené podľa § 22 až 24 alebo oznámené podľa § 29b preukazujúce rovnakú skutočnosť rozdielne, zdravotná poisťovňa vychádza prednostne z údajov oznámených podľa § 29b.“ Odôvodnenie: Vzhľadom k elektronickej forme vykazovania zamestnávateľmi a tiež elektronickej forme oznamovania rôznych skutočností o poistencoch elektronickými dávkami štátnych inštitúcií je dostatočne zabezpečená relevantnosť údajov pre vykonávanie verejného zdravotného poistenia. Uvedené navrhujeme tiež za účelom eliminovania administratívnej záťaže platiteľov poistného.	O	N	Nad rámec návrhu zákona.
DÔV ERA	§22 ods. 2 písm. f) V §22 ods. 2 písm. f) znie: „f) poskytnúť súčinnosť zdravotnej poisťovni na jej vyžiadania pri vykonávaní jeho zdravotného poistenia.“ Odôvodnenie: Navrhujeme stanoviť všeobecnú povinnosť poistencov poskytnúť súčinnosť zdravotnej poisťovni v prípadoch, ktoré sa týkajú výkonu zdravotného poistenia dotknutého poistenca a nie iba pri overovaní a preukazovaní, že a či je osoba oprávnená poistencom štátu.	O	N	Nad rámec návrhu zákona.
DÔV ERA	§23 ods. 1 V §23 ods. 1 navrhujeme doplniť nové písmeno f), ktoré znie: „f) číslo bankového účtu a jeho zmenu, ak má zriadený bankový účet.“ Odôvodnenie: Nakoľko činnosť zdravotnej poisťovne obsahuje aj zasielanie čiastky, o ktorú bol limit spoluúčasti prekročený poistencovi je potrebné do zákona doplniť aj povinnosť poistenca oznámiť zdravotnej poisťovni svoje číslo účtu. Nakoľko povinnosti poistencov voči príslušnej	O	N	Nad rámec návrhu zákona.

	zdravotnej poisťovni sú systematicky zaradené §23 zákona č. 580/2004 Z.z. navrhujeme zmenu vykonať práve v tomto zákone.			
DÔV ERA	§3 ods. 3 V §3 ods. 3 písm. j) znie: „je nezaopatrené dieťa podľa § 11 ods. 7 písm. a) do dovŕšenia 18 roku veku s povolením na pobyt na území Slovenskej republiky,8aaa) ktoré má verejne zdravotne poisteného na území Slovenskej republiky aspoň jedného zákonného zástupcu alebo fyzickú osobu, ktorej bolo zverené do starostlivosti na základe rozhodnutia súdu,10)“ Odôvodnenie: Vynechaný text zákona („alebo ktorého pobyt na území Slovenskej republiky je oprávnený podľa osobitného zákona“) pripúšťal rôzne výklady. Pre aplikačnú prax je navrhované znenie presnejšie a jednoznačnejšie.	O	N	Nad rámec návrhu zákona.
DÔV ERA	článok I bod 4. V čl. I, k novelizačnému bodu 4. V § 8 ods. 6 navrhujeme nahradiť slová „titul, ak ho osoba má,“ slovami „titul, ak ho osoba má a má ho zapísaný registri fyzických osôb51d),“ Odôvodnenie: V zmysle § 23 poistenec už nemá povinnosť oznámiť zdravotnej poisťovni titul. V prípade, ak poistenec titul uvedenie v prihláške, ale nemá ho zároveň zapísaný v doklade totožnosti (a teda zároveň v registri fyzických osôb), zdravotná poisťovňa je povinná akceptovať údaje doručené z registra fyzických osôb, nakoľko sa považujú za úplné a zodpovedajúce skutočnosti, kým nie je preukázaný opak.	O	A	
DÔV ERA	článok I bod 5. V čl. I, k novelizačnému bodu 5. V § 9g navrhujeme vypustiť „alebo“ medzi slovami „sirotský dôchodok“ a „výsluhový dôchodok“ Odôvodnenie: Navrhovaná formulácia tohto novelizačného bodu v znení „sirotský dôchodok alebo výsluhový dôchodok a dovŕšil dôchodkový vek podľa osobitného predpisu,“ nabáda k nesprávnemu výkladu, podľa ktorého má poistenec, ktorý je verejne zdravotne poistený v SR, právo na úhradu nákladov zdravotnej starostlivosti poskytnutej v Slovenskej republike v plnom rozsahu, ak má bydlisko v inom členskom štáte, poberá zo SR sirotský dôchodok a zároveň dovŕšil dôchodkový vek. Podľa úmyslu zákonodarcu sa však podmienka dovŕšenia dôchodkového veku zrejme vzťahuje len na osobu poberajúcu výsluhový dôchodok.	O	A	
DÔV ERA	článku I k bodom 19., 22. a 23. V článku I k bodom 19. a 22. navrhujeme, aby boli v § 20 ods. 1 tretej vete a v §24 písm. k), l), m), o) za slovo „elektronicky“ doplnené slová „prostredníctvom internetového portálu alebo elektronickej podateľne“. V § 24 písm. k) sa na konci čiarka nahrádza bodkou a dopĺňa sa veta: „Povinnosť oznámiť vznik platiteľa poistného podľa §11 ods. 5 možno splniť aj písomne.“ V článku I k bodu 23. navrhujeme, aby boli v §24 písm. n) za slová „elektronickej podobe“ doplnené slová „prostredníctvom internetového portálu alebo elektronickej podateľne“ Odôvodnenie: Navrhujeme jasne zadefinovať čo to znamená splnenie povinností	O	N	Úpravu považujeme za dostatočnú.

	platiteľa poisťného elektronicky. Teda, aby platitelia používali v súčasnosti dobre fungujúce spôsoby vykazovania a zasielania rôznych dávok a údajov prostredníctvom internetových portálov alebo elektronických podateľní, e-pobočiek. Upresnenie je potrebné aj s ohľadom na platnú právnu úpravu ochrany osobných údajov a GDPR.			
DÔV ERA	článku I bod 24 alternatívne článok II V článku I navrhujeme bod 24 vypustiť v celom rozsahu. Ak by táto zásadná pripomienka nebola akceptovaná, alternatívne navrhujeme nasledovné: V článku II navrhujeme nasledujúce znenie: Tento zákon nadobúda účinnosť 1. januára 2021, okrem čl. I bod 21, ktorý nadobúda účinnosť 1. apríla 2021 a čl. I bod 24, ktorý nadobúda účinnosť 1. januára 2022. Odôvodnenie: Možno konštatovať, že momentálne nie je platforma e-Slovensko prakticky masovo využívaná a otáznym je aj jej užívateľský komfort. V súčasnosti má každá zdravotná poisťovňa zavedený systém elektronickej komunikácie so svojimi poistencami, platiteľmi, poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, ktorý je hojne využívaný a jej užívatelia si na neho zvykli. Doterajšie elektronické riešenia vyplývali aj z doposiaľ platnej právnej úpravy, ktorá stanovuje zdravotným poisťovniam výlučne elektronickú komunikáciu (napr. § 6 ods. 4 písm. s) alebo tiež § 16 ods. 4 zákona č. 581/2004 Z.z.) v súlade so zákonom o kybernetickej bezpečnosti. Navrhujeme ponechať už rokmi zavedené, funkčné a klientmi využívané technické riešenia zdravotných poisťovní. V čase súčasnej ekonomickej situácie zhoršenej pandémie sa zdá nezmyselné vynakladanie finančných prostriedkov na dopracovanie týchto riešení tak, aby boli kompatibilné s autentifikátorom podľa osobitného predpisu. Pokiaľ nemožno pripomienku akceptovať, navrhujeme, aby bola odložená účinnosť pre implementáciu riešenia aspoň na jeden rok, t.z. posunúť účinnosť najskôr od 1.1.2022. Implementácia IT riešení je dlhý proces a preto je nereálne dodržať termín 1. január 2021. Túto pripomienku považujeme za zásadnú.	Z	A	
DÔV ERA	Článok I V článku I sa za bod 19 vkladá nový bod 20, ktorý znie: „20. V § 22 ods. 1 písm. c) sa na konci dopĺňa bodkočiarka a slová „príslušná zdravotná poisťovňa si povinnosť môže splniť aj uverejnením podľa § 25 ods. 1 písm. f),“. V článku I sa za bod 23 vkladá nový bod 24, ktorý znie: „24. V § 25 ods. 1 písm. f) bod 1. znie: „1. zoznam poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, s ktorými má uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, 53) ktorým uhrádza úhradu za poskytovanú zdravotnú starostlivosť 53af), vrátane lekárov alebo zubných lekárov, ktorí v mene poskytovateľov zdravotnej starostlivosti poskytujú zdravotnú starostlivosť, v rozsahu obchodné meno alebo názov, meno a priezvisko, adresa prevádzky zdravotníckeho zariadenia, úväzok, špecializačný odbor a ordinačné hodiny,“. Poznámka pod čiarou k odkazu 53af) znie: „53af) § 8 zákona č. 581/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.“. Odôvodnenie: Navrhuje sa rozšírenie informačnej povinnosti zo strany zdravotných poisťovní vo vzťahu k svojim poistencom týkajúcej sa zverejňovania zoznamu zmluvných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Vo väčšine prípadov sa jedná o	O	N	Nad rámec návrhu zákona.

	právnické osoby. Bez naštudovania zverejnenej zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti nemôže mať poistenec vedomosť, v akej odbornosti je takýto subjekt zazmluvnený a aký konkrétny zdravotnícky pracovník - lekár v mene poskytovateľa zdravotnej starostlivosti poskytuje zdravotnú starostlivosť. Je vhodné, aby poistenci mali informáciu aj o mene a priezvisku lekára, jeho odbornosti a úväzku a ordinačných hodinách zdravotníckeho zariadenia. Sú to všetko povinné údaje, ktoré zdravotná poisťovňa vyžaduje k uzavretiu zmluvy a súčasne obvykle ide o zverejnené údaje súvisiace s podnikateľskou činnosťou daných subjektov.			
DÔV ERA	§8 ods. 1 písm. a) a h) V ustanoveniach § 8 ods. 1 písm. a) a písm. h) zákona č. 580/2004 z. z. navrhujeme vypustiť „čas“. Odôvodnenie: Spomedzi povinných náležitostí prihlášky navrhujeme vypustiť čas podania prihlášky a čas prijatia prihlášky. Vzhľadom na § 7 ods. 6, podľa ktorého ak poistenec podal prihlášku vo viacerých zdravotných poisťovniach, všetky jeho prihlášky podané z dôvodu zmeny zdravotnej poisťovne sú neplatné, t. j. čas podania je irelevantný. Čas podania a čas prijatia prihlášky mal význam v minulosti, kedy v prípade, že boli prihlášky podané naraz do viacerých zdravotných poisťovní, príslušnosť zdravotnej poisťovne závisela aj od času prijatia prihlášky, v súčasnosti už však nemá opodstatnenie.	O	A	
DÔV ERA	K článku I bodom 26. až 34. a 39. Žiadame novelizačné body upravujúce inštitút nadlimitnej sumy vypustiť. Odôvodnenie: Víťame každú iniciatívu smerujúcu k zlepšeniu prerozdelenia mechanizmu tak, aby bol tento systém spravodlivejší a transparentnejší. Súčasne ale treba pripomenúť, že účelom prerozdelenia poistného nemá byť úhrada skutočne vynaložených nákladov tak, ako to vyplýva z predloženého návrhu. Účelom prerozdelenia je vyrovnanie príjmových „pokrivení“ spôsobených stanovovaním výšky poistného bez ohľadu na nákladové riziko poistencov (solidarita chorých a zdravých) a zároveň vyrovnanie príjmových „pokrivení“ spôsobených určovaním výšky poistného úmerne výške príjmov poistencov (solidarita lepšie a horšie zarábajúcich osôb a osôb bez vlastných príjmov). Toto vyrovnanie „pokrivení“ spočíva v prerozdelení poistných zdrojov tak, aby konečné príjmy poisťovne zohľadňovali rizikový/nákladový profil poistného kmeňa zdravotnej poisťovne a nie úhradu skutočne vynaložených nákladov poisťovne na poskytnutú zdravotnú starostlivosť. Inak povedané, účelom prerozdelenia poistného nemá byť ex post úhrada reálnych nákladov, ktoré vznikli jednej poisťovni za poskytnutú zdravotnú starostlivosť, inou zdravotnou poisťovňou. Nejde o úhradový systém, kde jedna poisťovňa automaticky dostane od ostatných poisťovní náhradu vynaložených nákladov, ale ide o identifikáciu a váženie poistného (zdravotného) rizika poistného kmeňa, pričom toto riziko sa môže a nemusí naplniť, resp. sa naplní do určitej miery. Skutočnosť, že predikčný model (ex-ante prerozdelenie) nekompenzuje dokonalo všetky náklady zdravotnej poisťovne na poskytovanú zdravotnú starostlivosť nie je primárne spôsobené nedokonalosťou tohto modelu.	Z	N	Napriek kompenzácii 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. Z tohto dôvodu sa navrhuje do procesu prerozdelenia poistného zaviesť prvok „Nadlimitná suma“. Ak by hodnotenie rizika poistného kmeňa bolo optimálne nastavené a prerozdelenie na báze indexov rizika by presne kompenzovalo všetky budúce náklady na poistenca, potom by dodatočné

Vyplýva to zo samotnej podstaty toho ako funguje systém verejného zdravotného poistenia v Slovenskej republike (a v iných krajinách s pluralitným modelom zdravotného poistenia) pričom významný vplyv v tomto ohľade má aj cenová politika a revízná činnosť konkrétnej zdravotnej poisťovne. Prerozdeľovací mechanizmus nemôže motivovať poisťovne k nižšej efektívnosti a účelnosti vynakladania zdrojov z verejného zdravotného poistenia, avšak navrhovaná úprava práve tam smeruje. Zdravotná poisťovňa ďalej pripomína, že otázka toho aký prerozdeľovací mechanizmus by bolo vhodné v podmienkach Slovenskej republiky používať vyhodnotil nezávislý poradca GUPTA. Na zaangažovaní tohto nezávislého poradcu sa dohodli všetky kľúčové dotknuté subjekty (MZ SR, VŠZP, UZP a DZP tak, aby boli eliminované záujmy jednotlivých poisťovní). GUPTA potvrdil, že vhodnejší model je v súčasnosti platný model ex ante prerozdelenia a navrhol jeho vylepšenia. GUPTA konštatoval, že nie sú na Slovensku splnené podmienky na to, aby sa malo zvažovať zavedenie ex post prerozdelenia. Zároveň bola všetkými zdravotnými poisťovňami aj MZ SR odsúhlasená „road map“ teda ďalší postup na zlepšovanie ex ante prerozdeľovacieho modelu, na ktorého vylepšení by bolo vhodné ďalej pokračovať. Výrazné zlepšenie predikčnej schopnosti ex ante prerozdeľovacieho modelu nastalo práve vďaka postupom odporučeným GUPTOU a schváleným zdravotnými poisťovňami a MZ SR. Uvedený návrh by znamenal účelové pokrivenie systému smerom k zvýhodňovaniu jednej zdravotnej poisťovne na úkor iných a porušenie dohôd a princípov, ktoré boli aj zo strany MZ SR prijaté pri kultivácii prerozdelenia na Slovensku. Túto pripomienku považujeme za zásadnú. Ak by táto pripomienka nebola akceptovaná alternatívne navrhujeme nasledovné body 1. a 2.: 1. K článku I novelizačný bod 26. znie: V § 27 ods. 3 sa za slová „preddavkov na poistné“ vkladajú slová „po odpočítaní súčtu preddavkov na nadlimitnú sumu podľa odseku 12 a pripočítaní súčtu preddavkov na podlimitnú sumu podľa odseku 13 za všetky zdravotné poisťovne“ K článku I novelizačný bod 27. znie: V § 27 ods. 6 sa na konci pripája táto veta: „Výsledok mesačného prerozdeľovania pre zdravotnú poisťovňu sa zvýši o mesačný preddavok na nadlimitnú sumu podľa odseku 12 a zníži o mesačný preddavok na podlimitnú sumu podľa odseku 13.“ K článku I novelizačný bod 28. znie: V § 27 ods. 8 sa písmeno a) dopĺňa štvrtým a piatym bodom, ktoré znejú: „4. výšku mesačného preddavku na nadlimitnú sumu podľa odseku 12, 5. výšku mesačného preddavku na podlimitnú sumu podľa odseku 13.“. K článku I novelizačný bod 29. znie: § 27 sa dopĺňa odsekmi 12 a 13, ktoré znejú: „(12) Mesačný preddavok na nadlimitnú sumu predstavuje jednu dvanástinu podielu zdravotnej poisťovne na nadlimitnej sume podľa § 27aa ods. 4 za kalendárny rok, ktorý dva roky predchádza roku, v ktorom sa mesačné prerozdeľovanie vykonáva. Mesačný preddavok na nadlimitnú sumu sa zaokrúhľuje na dve desatinné miesta. (13) Mesačný preddavok na podlimitnú sumu predstavuje jednu dvanástinu podielu zdravotnej poisťovne na podlimitnej sume podľa § 27ab ods. 4 za kalendárny rok, ktorý dva roky predchádza roku, v ktorom sa mesačné prerozdeľovanie vykonáva. Mesačný preddavok na podlimitnú sumu sa zaokrúhľuje na dve desatinné miesta.“ K článku I novelizačný bod 30. znie: V § 27a ods. 3 sa za slová „písm. a)“ vkladajú slová „po odpočítaní nadlimitnej sumy podľa § 27aa ods. 1 a pripočítaní podlimitnej sumy podľa § 27ab ods. 1 za všetkých poistencov“ K článku I novelizačný	prerozdeľovanie na základe ustanovenia o nadlimitnej sume bolo prakticky neúčinné svojím dopadom na výsledok prerozdelenia a nebolo by nutné ho opätovne zavádzať. Avšak nadlimitná suma má vplyv na prerozdelenie vo významnej miere.
---	---

bod 31. znie: V § 27a ods. 9 písm. a) sa dopĺňa štvrtým až deviatym bodom, ktoré znejú: „4. počet poistencov s nenulovou nadlimitnou sumou podľa § 27aa ods. 1, 5. počet poistencov s nenulovou podlimitnou sumou podľa § 27ab ods. 1 6. celkovú sumu, ktorá predstavuje súčet nadlimitných súm za všetkých poistencov podľa bodu 4., 7. celkovú sumu, ktorá predstavuje súčet podlimitných súm za všetkých poistencov podľa bodu 5., 8. celkové priemerné náklady na jedného poistenca podľa § 27aa ods. 3, 9. celkové priemerné náklady na jedného poistenca podľa § 27ab ods. 3“. K článku I novelizačný bod 32. znie: V § 27a ods. 9 písm. b) sa dopĺňa siedmym až desiatym bodom, ktoré znejú: „7. podiele na nadlimitnej sume podľa § 27aa ods. 4 za každú zdravotnú poisťovňu, 8. podiele na podlimitnej sume podľa § 27ab ods. 4 za každú zdravotnú poisťovňu, 9. upravenom podiele na nadlimitnej sume podľa § 27aa ods. 5 za každú zdravotnú poisťovňu, 10. upravenom podiele na podlimitnej sume podľa § 27ab ods. 5 za každú zdravotnú poisťovňu“. K článku I novelizačný bod 33. znie: V § 27a ods. 10 prvej vete sa za slová „písm. a)“ vkladajú slová „upraveného o upravený podiel na nadlimitnej sume podľa § 27aa ods. 5 a o upravený podiel na podlimitnej sume podľa § 27ab ods. 5“. V článku I sa vkladá nový novelizačný bod 35., ktorý znie: Za § 27aa sa vkladá nový § 27ab, ktorý vrátane nadpisu znie: „§ 27ab Podlimitná suma (1) Podlimitnou sumou sa rozumie 80 % zo sumy, o ktorú sú skutočné náklady zdravotnej poisťovne na zdravotnú starostlivosť na poistenca [§ 28 ods. 4 písm. b)] menšie ako rozdiel štandardizovaných nákladov skupiny určenej indexom podľa § 28 ods. 3 a 3-násobku celkových priemerných nákladov na jedného poistenca v období, za ktoré sa ročné prerozdeľovanie vykonáva. (2) Štandardizované náklady skupiny určenej indexom podľa § 28 ods. 3 sa určia ako súčin indexu rizika nákladov pre skupinu a celkových priemerných nákladov na poistenca. (3) Celkové priemerné náklady na poistenca sú určené ako podiel celkových nákladov zdravotných poisťovní na zdravotnú starostlivosť na všetkých poistencov [§ 28 ods. 4 písm. b)] a celkového počtu poistencov. (4) Podiel zdravotnej poisťovne na podlimitnej sume predstavuje súčet podlimitných súm podľa odseku 1 za všetkých jej poistencov. (5) Upravený podiel zdravotnej poisťovne na podlimitnej sume predstavuje rozdiel podielu zdravotnej poisťovne na podlimitnej sume podľa odseku 4 a súčtu mesačných preddavkov na podlimitnú sumu za rozhodujúce obdobie. (6) Štandardizované náklady skupiny a celkové priemerné náklady sa zaokrúhľujú na dve desatinné miesta.“. V článku I novelizačný bod 39. znie: Za § 38ew sa vkladá § 38ew, ktorý vrátane nadpisu znie: „§ 38ew Prechodné ustanovenia k úpravám účinným od 1. januára 2021 (1) Výška mesačného preddavku na nadlimitnú sumu v mesačnom prerozdeľovaní podľa § 27 ods. 12 v roku 2021 sa určí ako jedna dvanástina z nadlimitnej sumy za obdobie, ktoré dva roky predchádza kalendárnemu roku, za ktorý sa mesačné prerozdeľovanie vykonáva. (2) Výška mesačného preddavku na podlimitnú sumu v mesačnom prerozdeľovaní podľa § 27 ods. 13 v roku 2021 sa určí ako jedna dvanástina z podlimitnej sumy za obdobie, ktoré dva roky predchádza kalendárnemu roku, za ktorý sa mesačné prerozdeľovanie vykonáva. (3) Na výpočet hodnoty nadlimitnej sumy za obdobia podľa odseku 1 sa použije postup, ustanovený v § 27aa s indexmi rizika nákladov, ktoré boli platné v príslušnom období, ktorého sa výpočet týka. (4) Na výpočet hodnoty podlimitnej sumy za obdobia podľa odseku 2 sa použije postup, ustanovený v		
--	--	--

	§ 27ab s indexmi rizika nákladov, ktoré boli platné v príslušnom období, ktorého sa výpočet týka. (5) Ministerstvo zdravotníctva oznámi úradu do 15 dní od účinnosti tohto zákona na účely výpočtu hodnoty nadlimitnej sumy podľa § 27aa, podlimitnej sumy podľa §27ab a kontroly správnosti údajov o poistencoch, ktoré predkladajú zdravotné poisťovne, údaje o poistencoch za rok 2019 v rozsahu a) rodné číslo poistenca, pri ktorom hodnota nadlimitnej sumy alebo podlimitnej sumy je nenulová; ak ide o cudzinca, ktorý nemá pridelené rodné číslo, meno, priezvisko a dátum narodenia, b) pohlavie, c) výška skutočných nákladov zdravotnej poisťovne na zdravotnú starostlivosť na poistenca, d) zaradenie poistenca do skupiny určenej indexom podľa § 28 ods. 3, e) výška nadlimitnej sumy za poistenca ak je nenulová, f) výška podlimitnej sumy za poistenca ak je nenulová, g) kód príslušnej zdravotnej poisťovne poistenca. (4) Mesačné prerozdeľovanie podľa tohto zákona sa vykoná prvýkrát v marci 2021 za mesiac január 2021. (5) Ročné prerozdeľovanie poistného za rok 2020 sa vykoná v roku 2021 podľa tohto zákona v znení účinnom do 31. decembra 2020. (6) Subjekty uvedené v § 29b ods. 8, 9, 12 až 14, 20 a 22 uzatvoria dohodu s úradom a so zdravotnými poisťovňami najneskôr do 31. januára 2021.“. 2. K článku I novelizačnom bode 34. v §27aa ods. 1 sa slová „20-násobku“ nahrádzajú slovami „40-násobku“ Odôvodnenie: Navrhujeme doplniť do zákona inštitút podlimitnej sumy podobne ako pri nadlimitnej sume kde sa určuje jej hranica ako štandardizované náklady na poistenca určené indexom + 20-násobok priemerných nákladov, pre podlimitnú sumu navrhujeme hranicu ako štandardizované náklady určené indexom – 3-násobok priemerných nákladov. Pri – 3-násobku spadá do podlimitnej sumy podobné množstvo finančných prostriedkov ako do nadlimitnej sumy (~3%). Podlimitná suma by bola 80% z rozdielu hranice a skutočných nákladov - teda podlimitná suma sa bude aplikovať na tých poistencov, ktorí sú nadkompenzovaní prerozdelením (na rozdiel od nadlimitnej sumy, do ktorej spadajú podkompenzovaní poistenci). Sumu, ktorá je v podlimitnej sume týmto dostala poisťovňa oproti skutočným nákladom z prerozdelenia "navyš". Túto sumu by potom dodatočne vrátila do prerozdelenia analogickým mechanizmom ako pri nadlimitnej sume. Navrhujeme zvýšiť násobok nadlimitnej sumy na 40. Takto nastavená konštanta zasiahne len skutočne vysoké náklady odhadom 1% najvyšších nákladov. Predkladateľom navrhovaný 20-násobok by zasiahol odhadom 3% nákladov. Teda ak bolo zámerom predkladateľa „pokryť“ inštitútom nadlimitnej sumy najnákladnejších poistencov sme toho názoru, že je potrebné zvýšiť konstantu minimálne na nami navrhovanú hodnotu. Predkladateľom navrhnutá hodnota konštanty by zasiahla náklady už od úrovne približne 20 000 eur. Túto pripomienku považujeme za zásadnú			
GR ZVJS	k § 25 nad rámec navrhovanej novely V § 25 za odsek 5 doplniť nový odsek 6, ktorý znie: „(6) Zdravotná poisťovňa na žiadosť Zboru väzenskej a justičnej stráže poskytne informáciu, či obvinený vo výkone väzby alebo odsúdený vo výkone trestu odňatia slobody je osobou podľa § 12 ods. 2.“. Odôvodnenie: Ústav ako zamestnávateľ obvinených a odsúdených potrebuje aktuálnu informáciu ohľadne zdravotného postihnutia obvineného a odsúdeného poberajúceho	O	N	Nad rámec návrhu.

	pracovnú odmenu. Poskytnutím takejto informácie priamo zo zdravotnej poisťovne bude ústav predchádzať veľkému počtu nesúladow pri vykonávaní zrážok z pracovnej odmeny obvinených a odsúdených na úhradu preddavkov poisťného na verejné zdravotné poistenie, ktoré sa riešia rôznymi dodatočnými opravami odvodov preddavkov poisťného a opravami mesačných výkazov. Za bežných okolností má zamestnanec (obvinený a odsúdený) povinnosť predložiť doklad o znížení pracovnej schopnosti, prípadne informáciu o tom, či je poberateľom invalidného dôchodku. V mnohých prípadoch obvinení a odsúdení nedisponujú takýmto dokladom a je časovo náročné doklad o potvrdení ich zdravotného postihnutia získať, čím sa predlžuje lehota na odstránenie nedostatkov, vyplývajúcich z mesačných výkazov predkladaných zdravotným poisťovniam. Samozrejme ústav má záujem predchádzať zbytočnej byrokracii a preto doplnením uvedeného odseku získa požadované informácie priamo od zdravotných poisťovní v snahe odbremeniť od preukazovania zdravotného postihnutia obvinenými a odsúdenými a zároveň predchádzať nezrovnalostiam vo vykazovaní úhrad poisťného na verejné zdravotné poistenie. Uvedená informácia pomôže ako zboru, tak zdravotným poisťovniam a to znížením spätných opráv. Okrem toho Zbor väzenskej a justičnej stráže má povinnosť v súlade s § 99 ods. 1 písm. i) zákona č. 475/2005 Z. z. o výkone trestu odňatia slobody a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov spracúvať údaje o zdravotnej klasifikácii odsúdeného a v súlade s § 63 ods. 1 písm. i) zákona č. 221/2006 Z. z. o výkone väzby v znení neskorších predpisov spracúvať údaje o zdravotnej klasifikácii obvineného.			
MDa VSR	K Čl. I, bod 7. Novelizačný bod 7. odporúčame upraviť takto: „V § 10b ods. 1 písm. a) šiesty bod znie: „odchodného, výsluhového príspevku alebo príjmov z rekreačnej starostlivosti podľa osobitného predpisu, 19a)“.	O	A	
MDa VSR	K Čl. I, bod 37. Odporúčame novelizačný bod 37. rozdeliť do dvoch samostatných novelizačných bodov.	O	A	
MDa VSR	K Čl. I, bod 24. V Čl. I, bod 24. odporúčame v poznámke pod čiarou k odkazu 53aaaa za slová „zákona č. 305/2013 Z. z.“ vložiť slová „v znení neskorších predpisov“.	O	A	
MDa VSR	K Čl. I, bod 6. V Čl. I, bod 6. odporúčame pred slovami „štvrtom bode“ vypustiť predložku „v“.	O	A	
MFS R	Všeobecne Do predloženého materiálu žiadame doplniť a) kvantifikáciu vplyvu na rozpočet verejnej správy v súvislosti s navrhovanou právnou úpravou v čl. I bode 5 § 9g, ktorá má zjednodušiť prístup k zdravotnej starostlivosti hradenej v plnom rozsahu osobám, ktoré majú v Slovenskej republike trvalý pobyt a poberajú zo Slovenskej	Z	N	Ad a) jedná sa o špecifickú skupinu osôb (osoba poberajúca dôchodok s trvalým pobytom v SR a bydliskom v inom členskom štáte); tieto osoby

	republiky príslušný dôchodok, ale sa dlhodobo zdržiavajú v zahraničí, b) kvantifikáciu vplyvu na rozpočet verejnej správy v súvislosti s navrhovanou právnou úpravou v čl. I bode 34 § 27aa, ktorou sa dopĺňa súčasný prerozdeľovací mechanizmus poistného o ex-post kompenzáciu nákladov na špecifické skupiny poistencov s vysokými nákladmi na zdravotnú starostlivosť; v rámci toho žiadame aj o kvantifikáciu predpokladaného úhrnu nadlimitných súm a počtu poistencov, na ktorých sa nadlimitná suma bude vzťahovať, ich skutočných nákladov a nákladových indexov a priemerných nákladov poistenca v príslušnej skupine (vstupy do výpočtu nadlimitnej sumy).	majú nárok na potrebnú zdravotnú starostlivosť už v súčasnosti. Pokiaľ ide o nárok na zdravotnú starostlivosť v plnom rozsahu, k tej sa vedeli dostať aj v súčasnosti, ale komplikovanejším spôsobom (museli by deklarovať bydlisko v SR). Vzhľadom na nízku početnosť takýchto osôb a vzhľadom k skutočnosti, že tieto osoby sa dokážu (komplikovanejším administratívnym postupom) dostať k plnému rozsahu už dnes, nepredpokladáme merateľný dopad na výdavky zdravotných poisťovní; jedná sa v prvom rade o uľahčenie postavenia týchto osôb. Dovoľujeme si zároveň upozorniť, že tieto osoby už v súčasnosti sú účastníkmi systému zdravotného poistenia v SR, štát za nich platí poistné, ale k plnému rozsahu zdravotnej starostlivosti sa vedľa dostať len vyššie opísaným komplikovaným spôsobom. Zároveň podotýkame, že SR už pred rokmi požiadala Európsku komisiu o zápis do prílohy k nariadeniu 883/2004, pričom po zápise bude musieť vyššie uvedenú povinnosť voči týmto osobám plniť automaticky. Ad b) nepredpokladáme vplyv na príjmy a výdavky verejného zdravotného poistenia, nakoľko sa jedná iba o
--	--	---

			prerozdelenie už existujúcich zdrojov medzi zdravotnými poisťovňami.
MFS R	Všeobecne Návrh je potrebné zosúladiť s prílohou č. 1 Legislatívnych pravidiel vlády SR (napríklad v čl. I bod 12 vypustiť, pretože navrhovaná úprava je už súčasťou platného znenia zákona, v bode 31 úvodnej vete slová „písm. a) sa dopĺňa štvrtým“ nahradiť slovami „sa písmeno a) dopĺňa štvrtým bodom“, v bode 31 § 27a ods. 9 písm. a) piatom bode slová „bodu 4“ nahradiť slovami „štvrtého bodu“, v bode 32 úvodnej vete slová „písm. b) sa“ nahradiť slovami „sa písmeno b)“, v bode 34 úvodnej vete vypustiť slovo „nový“ ako nadbytočné, v bode 34 § 27aa ods. 2 slová „sa určia“ nahradiť slovami „sa určujú“, v § 27aa ods. 3 slová „sú určené“ nahradiť slovami „sa určujú“, v § 27aa ods. 4 a 5 slovo „predstavuje“ nahradiť slovami „sa určuje ako“, v bode 35 slová „písmena c)“ nahradiť slovami „písm. c)“, v bode 36 slová „písmena m)“ nahradiť slovami „písm. m)“, v bode 39 § 38ew ods. 3 úvodnej vete slová „do 15 dní od účinnosti tohto zákona“ nahradiť slovami „do 15. januára 2021“, v § 38ew ods. 4 za slová „tohto zákona“ vložiť slová „v znení účinnom od 1. januára 2021“, v čl. II slovo „bod“ nahradiť slovom „bodu“).	O A	
MFS R	k čl. I, k bodu 38 (§ 29b ods. 22) Návrh ukladá Sociálnej poisťovni povinnosť oznámiť Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou alebo zdravotným poisťovníam skutočnosti o zmenách súvisiacich s poistencom Sociálnej poisťovne v týždennom intervale. Nie je však špecifikovaný spôsob oznamovania týchto informácií. Z uvedeného dôvodu je potrebné doplniť spôsob prenosu údajov o poistencoch. Ak má byť pre tento účel vytvorený nový informačný systém, je potrebné doplniť kvantifikáciu nákladov na jeho vytvorenie. Ak takýto informačný systém už existuje, je potrebné uviesť túto skutočnosť v doložke vybraných vplyvov.	O N	Tieto údaje sa oznamujú už v súčasnosti, na mesačnej báze. nejedná sa teda o vytvorenie nového informačného systému, iba o využívanie rovnakých systémov ako doposiaľ s jedinou zmenou – častejšie predkladanie údajov (nie mesačne, ale týždenne).
MFS R	k čl. I, k bodu 34 (§ 27aa) Návrh zavádza ex-post prerozdelenie poistného v rovnakej podobe, ako sa používal do roku 2018, kedy bol zrušený kvôli obave z rizika, že by zdravotné poisťovne nemali snahu efektívne manažovať nákladných poistencov, ak by za nich boli plne kompenzované. Je potrebné pomenovať riziko, ktoré vyplýva z opätovného zavedenia tejto podoby ex-post prerozdelenia poistného, ktorá bola už v minulosti zrušená. Upozorňujeme, že podľa Revízie výdavkov na zdravotníctvo 2019 jednou z možností pre manažovanie rizika by bolo zriadenie nezávislej revíznej komisie pre všetky tri zdravotné poisťovne, ktorá by rozhodovala o opodstatnenosti nákladov na liečbu u malého počtu nákladných pacientov, ktorých nezachytí	O N	Ak by hodnotenie rizika poistného kmeňa bolo optimálne nastavené a prerozdelenie na báze indexov rizika by presne kompenzovalo všetky budúce náklady na poistenca, potom by dodatočné prerozdeľovanie na základe ustanovenia o nadlimitnej sume bolo prakticky neúčinné svojim

	ex-ante model. Vďaka tomuto mechanizmu by zdravotné poisťovne neboli stratové a stále by mali motiváciu poistenca efektívne liečiť.			dopadom na výsledok prerozdelenia a nebolo by nutné ho opätovne zavádzať. Avšak podľa prepočtov tento dopad nie je nenulový, ale je vo významnej miere. Toto dodatočné kompenzovanie pacientov, ktorí sú výrazne nákladoví aj po prerozdelení podľa modelu prerozdelenia je ďalším spravodlivým vylepšením prerozdeľovacieho mechanizmu. Mnoho z týchto pacientov nezachytáva žiadny súčasný parameter modelu napríklad preto, že majú veľmi zriedkavé ochorenie a užívajú vysoko nákladné lieky. Nejedná sa o zvýšenie predikčnej sily prerozdeľovacieho mechanizmu, ale o spravodlivé tzv. ex-post prerozdelenie, na základe ktorého bude eliminované riziko zdravotných poisťovní, vyplývajúce z príliš vysokých nákladov na individuálnych poistencov, ktoré nie je kryté súčasným modelom prerozdelenia.
MFS R	k čl. I, k bodu 13 (§ 17c ods. 1 písm. b)) Navrhovaná právna úprava ustanovuje presný okamih odpisu pohľadávky zdravotnej poisťovne a výmazu dlžníka zo zoznamu dlžníkov po splnení reštrukturalizačného plánu. Z navrhovaného znenia však nie je zrejmé, či má dlžník, voči ktorému je pohľadávka po splnení reštrukturalizačného plánu zdravotnou poisťovňou odpísaná, povinnosť vyplatiť dlžnú sumu, ak sa dostane do zisku. Uvedené žiadame upresniť. Ak sa povinnosť dlžníka splatiť dlžnú sumu po reštrukturalizácii mení oproti platnému právnemu stavu,	Z	Č A	Ustanovenie vypustené.

	žiadame pomenovanie a kvantifikáciu rizika výpadku príjmov od dlžníkov, ktorí by sa po reštrukturalizácii dostali do zisku a pohľadávky mohli splatiť (ako je to podľa platnej právnej úpravy).			
MFS R	k čl. I, k bodu 24 (§ 25 ods. 1 písm. n)) Navrhované znenie ukladá zdravotnej poisťovni povinnosť zriadiť informačný systém pre výmenu oznámení a výkazov s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, ako aj s poistencami, ktorým má byť umožnený prístup do systému pomocou autentifikátora. Je potrebné doplniť kvantifikáciu nákladov na vytvorenie nového informačného systému alebo prispôsobenie existujúceho informačného systému požiadavkám vyplývajúcim z návrhu. Ak takýto informačný systém už existuje a navrhovaná právna úprava nevyžaduje vytvorenie nového informačného systému, je potrebné uviesť túto skutočnosť v doložke vybraných vplyvov.	O	A	Ustanovenie bolo vypustené.
MFS R	k čl. I, k bodu 13 (§ 17c ods. 1 písm. b)) Upozorňujeme, že podľa § 19 ods. 2 písm. h) druhého bodu zákona č. 595/2003 Z. z. o dani z príjmov v znení neskorších predpisov sa za daňový výdavok považuje odpis pohľadávky zahrnutej do zdanieľných príjmov, ak to vyplýva z výsledku reštrukturalizačného konania. Na účely daňovo uznaného odpisu nepostačuje schválenie reštrukturalizačného plánu súdom, ale tento reštrukturalizačný plán musí byť aj splnený.	O	A	Ustanovenie vypustené.
MFS R	Všeobecne V doložke vybraných vplyvov je označený žiadny vplyv na rozpočet verejnej správy. V časti 10. Poznámky doložky vybraných vplyvov je potrebné uviesť, že navrhované legislatívne zmeny nebudú mať žiadny vplyv na rozpočet verejného zdravotného poistenia. Upozorňujeme, že s predloženým návrhom možno súhlasiť len za podmienky, že jeho prijatím nevzniknú dodatočné požiadavky na rozpočet verejnej správy.	O	A	
MIR RI SR	vlastnému materiálu K čl. I novelizačný bod 24 Žiadame predkladateľa o doplnenie správcu nového informačného systému do § 25 ods. 1. písm. n). Odôvodnenie: predkladateľ v ustanovení § 25 ods. 1 písm. n) zriaďuje nový informačný systém. V zmysle § 2 ods. 5 zákona 95/2019 Z. z. o informačných technológiách vo verejnej správe a o zmene a doplnení niektorých zákonov, žiadame jednoznačne uviesť, resp. označiť správcu daného systému.	Z	A	Ustanovenie bolo vypustené.
MIR RI SR	doložke vplyvov Žiadame o vyznačenie pozitívneho vplyvu na informatizáciu spoločnosti do doložky vplyvov a vypracovanie analýzy vplyvov na informatizáciu spoločnosti k predloženému materiálu v zmysle odôvodnenia. Odôvodnenie: predkladateľ v čl. I novelizačný bod 24. v § 25 ods. 1 písm. n) zriaďuje nový informačný systém. To znamená, že tento návrh zákona má pozitívny vplyv na informatizáciu spoločnosti,	Z	N	Predmetné ustanovenie bolo vypustené, pripomienka sa stala irelevantnou.

	ktorý je potrebné vyznačiť v doložke vplyvov a súčasne je potrebné vypracovať analýzu vplyvov na informatizáciu spoločnosti.			
MKS R	K čl. I bod 12 Odporúčame zvážiť znenie tohto novelizačného bodu, keďže v § 17b ods. 2 sa nad slovom „predpisu“ v platnom a účinnom znení zákona nachádza odkaz na poznámku pod čiarou 16m. Predchádzajúcou novelou bol tento odkaz ako aj text poznámky pod čiarou k tomuto odkazu vypustený v inom paragrafe, ale v § 17b ods. 2 sa stále nachádza. Odporúčame preto zvážiť znenie tohto novelizačného bodu a jeho súlad s platným a účinným znením novelizovaného zákona. Odôvodnenie: Legislatívna technika.	O	A	
MKS R	K čl. I bod 7 Slová „odchodného, výsluhového“ odporúčame nahradiť slovami „z odchodného, z výsluhového“. Odôvodnenie: Legislatívna technika.	O	A	
MKS R	K čl. I bod 36 Slová „písmena m)“ odporúčame nahradiť slovami „písm. m)“. Odôvodnenie: Legislatívna technika.	O	A	
MKS R	K čl. I bod 31 Slová „V § 27a ods. 9 písm. a) sa“ odporúčame nahradiť slovami „V § 27a ods. 9 sa písmeno a)“. Odôvodnenie: Bod 31 Prílohy č. 1 k Legislatívnym pravidlám vlády Slovenskej republiky.	O	A	
MKS R	K čl. I bod 32 Slová „V § 27a ods. 9 písm. b) sa“ odporúčame nahradiť slovami „V § 27a ods. 9 sa písmeno b)“. Odôvodnenie: Bod 31 Prílohy č. 1 k Legislatívnym pravidlám vlády Slovenskej republiky.	O	A	
MOS R	čl. I – bod 33 Bod 33 odporúčame upraviť takto: „V § 27a ods. 10 sa na konci prvej vety pripájajú tieto slová: „upraveného o upravený podiel na nadlimitnej sume podľa § 27aa ods. 5“.“	O	A	
MOS R	čl. I – bod 12 Slová „osobitného predpisu 16m)“ sa v § 17b ods. 2 zákona č. 580/2004 Z. z. už nachádzajú. Z uvedeného dôvodu odporúčame v bode 12 ponechať len text týkajúci sa poznámky pod čiarou.	O	A	
MOS R	čl. I – bod 35 Slová „písmena c)“ odporúčame v súlade s bodom 22.7. Legislatívnych pravidiel vlády Slovenskej republiky nahradiť slovami „písm. c)“.	O	A	

MOS R	čl. I – bod 36 Slová „písmena m)“ odporúčame v súlade s bodom 22.7. Legislatívnych pravidiel vlády Slovenskej republiky nahradiť slovami „písm. m).	O	A	
MOS R	čl. I – bod 20 Slová „písmeno i)“ odporúčame nahradiť slovami „písmeno j)“, pretože písmeno i) sa nečlení na body.	O	A	
MOS R	čl. I – bod 16 Slová „pripája sa táto veta:“ odporúčame nahradiť slovami „pripájajú sa tieto slová:“	O	A	
MOS R	čl. II Slovo „bod“ odporúčame nahradiť slovom „bodu“.	O	A	
MOS R	čl. I – bod 31 V úvodnej vete odporúčame slová „písm. a) sa“ nahradiť slovami „sa písmeno a)“ a v piatom bode odporúčame slová „bodu 4“ nahradiť slovami „štvrtého bodu“.	O	A	
MOS R	čl. I – bod 32 V úvodnej vete odporúčame slová „písm. b) sa“ nahradiť slovami „sa písmeno b)“.	O	A	
MOS R	čl. I – bod 34 V úvodnej vete odporúčame vypustiť slovo „nový“.	O	A	
MOS R	čl. I – bod 26 Za slová „§ 27 ods. 3“ odporúčame vložiť slová „úvodnej vete“.	O	A	
MPS VRS R	K Čl. I bodu 20 Odporúčam v Čl. I bode 20 navrhovanom § 22 ods. 2 písm. i) piatom bode za slovo „preukazom“ vložiť slovo „poistenca“. Odporúčam v Čl. I bode 20 navrhovanom § 22 ods. 2 písm. i) šiestom bode za slová „preukaz s“ vložiť slovo „elektronickým“. Odôvodnenie: Legislatívno-technická pripomienka.	O	A	
MPS VRS R	K Čl. I bodu 21 Odporúčam v Čl. I bode 21 zväžiť použitie pojmu „inštitúcii zabezpečujúcej sociálne zabezpečenie“. Odôvodnenie: Z predloženého návrhu zákona ani zo znenia zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení nie je zrejmé, o aké inštitúcie ide, keďže pojem nie je vymedzený a v platnom znení sa používajú aj pojmy Sociálna poisťovňa, resp. útvar sociálneho zabezpečenia podľa osobitného predpisu. Zároveň upozorňujem, že Ústredie práce, sociálnych vecí a rodiny nie je možné považovať za inštitúciu zabezpečujúcu sociálnej	O	A	

	zabezpečenie. Ústredie práce, sociálnych vecí a rodiny podľa § 29b ods. 12 zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení poskytuje Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou elektronicky údaje na účely vykonávania verejného zdravotného poistenia o fyzickej osobe aj podľa § 11 ods. 7 písm. c) zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení (poberanie rodičovského príspevku).			
MPS VRS R	K Čl. I bodu 5 Odporúčam v Čl. I bode 5 navrhovaný § 9g upraviť v tom zmysle, aby bolo zrejmé, že poistenec verejne zdravotne poistený v Slovenskej republike, ktorý je poberateľom dôchodku s bydliskom v inom členskom štáte, má právo na úhradu nákladov zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike na rovnakom základe, ako iní poistenci v Slovenskej republike, t.j. nie v plnom rozsahu, ale len v rozsahu, ktorý patrí do rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia.	O	A	
MPS VRS R	K Čl. I bodu 5 Odporúčam v Čl. I bode 5 v nadpise § 9g nahradiť slová „poberateľovi dôchodku, ktorý má bydlisko“ slovami „poistencovi, ktorý je poberateľom dôchodku a má bydlisko“. Odôvodnenie: Legislatívno-technická pripomienka.	O	A	
MPS VRS R	K Čl. I bodu 36 Odporúčam v Čl. I znenie bodu 36 nahradiť znením: „36. V § 29b ods. 13 sa na konci pripájajú tieto slová: „a na účel preukázania skutočností podľa § 11 ods. 7 písm. j) údaje o dieťati v rozsahu rodné číslo, meno, rodné priezvisko, priezvisko, dátum narodenia a údaje o fyzickej osobe, za ktorú je platiteľom štát podľa § 11 ods. 7 písmena m) prvého bodu pre toto dieťa v rozsahu rodné číslo, meno, rodné priezvisko, priezvisko, dátum narodenia fyzickej osoby.““. Odôvodnenie: Legislatívno-technická pripomienka z dôvodu jednotnej terminológie v nadväznosti na predchádzajúce ustanovenia zákona.	O	A	
MPS VRS R	K doložke vybraných vplyvov Odporúčam zhodnotiť, t.j. bližšie kvantifikovať početnosť skupín osôb, ako aj vyčíslieť sumu, o ktorú vzrastú príjmy domácnosti z dôvodu, že tieto osoby budú platiť poisťné z nižšieho vymeriavacieho základu a uvedené reálne zohľadniť, ako v doložke vybraných vplyvov, tak aj v analýze sociálnych vplyvov. V prípade, že k sociálnym vplyvom nedochádza, resp. sú marginálne, odporúčam danú skutočnosť deklarovať v doložke vybraných vplyvov bode 10. Poznámky. Odôvodnenie: Podľa údajov uvádzaných predkladateľom v doložke vybraných vplyvov jednou z oblastí, ktorá by mala byť riešená predloženým návrhom zákona je „zjednodušenie určenia postupu znižovania minimálneho vymeriavacieho základu, z ktorého sa platí poisťné“. V osobitnej časti dôvodovej správy predkladateľ konkretizuje, že účelom novelizačných bodov 9 až 11 predloženej novely je „zjednotenie a zjednodušenie postupu pre určenie zníženia minimálneho vymeriavacieho základu v prípade situácie, kedy je osoba ekonomicky činná a zároveň splnila podmienky	O	N	Zjednodušovanie určovania postupu znižovania minimálneho základu neznamena, že minimálny základ sa bude znižovať väčšiemu (alebo menšiemu) počtu osôb ako je tomu v súčasnosti. Znamená to len zjednodušenie postupu výpočtu pri zachovaní v súčasnosti platných pravidiel. „Nadalej by dochádzalo k vzniku nákladov na zdravotnú starostlivosť u individuálnych

	pre platenie poistného štátom“. V doložke vybraných vplyvov predkladateľ uvádza aj skutočnosť, že ak by nedošlo k prijatiu navrhovanej úpravy, potom „naďalej by dochádzalo k vzniku nákladov na zdravotnú starostlivosť u individuálnych poistencov“. V osobitnej časti dôvodovej správy predkladateľ uvádza, že „Dôvodom zmeny je, že nové navrhované znenie jednoznačne určuje skupinu osôb, na ktoré sa má vzťahovať úhrada nákladov 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, ale trvalý pobyt v SR si nezrušili.“. Predložená novela zároveň podľa predkladateľa do procesu prerozdelenia poistného zavádza prvok „Nadlimitná suma“. Predkladateľ uvádza, že „náhrada nadlimitných nákladov sa stanovuje vo výške 80% z nákladov, prekračujúcich túto hranicu“, pričom nekonkretizuje ako sa v porovnaní so súčasným stavom zmení výška doplatkov občana za poskytnutie zdravotnej starostlivosti v daných prípadoch.	poistencov“ – uvedený text sa týka nákladov zdravotných poisťovní na poistencov (nie nákladov domácností) v prípade neexistencie tzv. nadlimitnej sumy. Nadlimitná suma predstavuje iba vnútorné prerozdelenie poistného medzi zdravotnými poisťovňami, bez dopadu na príjmy a výdavky domácností a bez dopadu na rozpočet verejného zdravotného poistenia. Úhrada nákladov zdravotnej starostlivosti pre dôchodcov s trvalým pobytom v SR – jedná sa o špecifickú skupinu osôb (osoba poberajúca dôchodok s trvalým pobytom v SR a bydliskom v inom členskom štáte); tieto osoby majú nárok na potrebnú zdravotnú starostlivosť už v súčasnosti. Pokiaľ ide o nárok na zdravotnú starostlivosť v plnom rozsahu, k tej sa vedeli dostať aj v súčasnosti, ale komplikovanejším spôsobom (museli by deklarovať bydlisko v SR). Vzhľadom na nízku početnosť takýchto osôb a vzhľadom k skutočnosti, že tieto osoby sa dokážu (komplikovanejším administratívnym postupom) dostať k plnému rozsahu už dnes, nepredpokladáme merateľný dopad na výdavky zdravotných poisťovní; jedná sa v prvom rade o uľahčenie postavenia týchto osôb.
--	--	--

			Dovoľujeme si zároveň upozorniť, že tieto osoby už v súčasnosti sú účastníkmi systému zdravotného poistenia v SR, štát za nich platí poistné, ale k plnému rozsahu zdravotnej starostlivosti sa vedia dostať len vyššie opísaným komplikovaným spôsobom. Zároveň podotýkame, že SR už pred rokmi požiadala Európsku komisiu o zápis do prílohy k nariadeniu 883/2004, pričom po zápise bude musieť vyššie uvedenú povinnosť voči týmto osobám plniť automaticky.
MPS VRS R	K Čl. I bodu 21 Zásadne žiadam v Čl. I bode 21 zmenu navrhovaného ustanovenia § 24 písm. c). Zámer predkladateľa a navrhované znenie je potrebné prerokovať na expertnej úrovni so zástupcami Sociálnej poisťovne, nakoľko v uvedenom ustanovení predkladateľ navrhuje, aby platiteľ poistného (napríklad zamestnávateľ, samostatne zárobkovo činná osoba) nemal povinnosť predkladať zdravotnej poisťovni údaje o zmenách platiteľa poistného (napríklad prechod do statusu poistenca štátu) z dôvodu uvedeného v § 11 ods. 7 písm. c), m) a s) zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení (poberanie rodičovského príspevku, nemocenského, ošetrovného, materského, náhrady služobného platu alebo príjmu), ak platiteľ poistného už tieto zmeny oznámil inštitúcii zabezpečujúcej sociálnej zabezpečenie tejto osoby, napríklad Sociálnej poisťovni. Zároveň je potrebné primerane upraviť v Čl. I bode 21 navrhovaný § 24 písm. c) aj vo vzťahu k Ústrediu práce, sociálnych vecí a rodiny. Ústredie práce, sociálnych vecí a rodiny podľa § 29b ods. 12 zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení poskytuje Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou elektronicky údaje na účely vykonávania verejného zdravotného poistenia o fyzickej osobe aj podľa § 11 ods. 7 písm. c) zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení (poberanie rodičovského príspevku). Upozorňujem, že Ústredie práce, sociálnych vecí a rodiny nie je možné považovať za inštitúciu zabezpečujúcu sociálnej zabezpečenie. Odôvodnenie: V Čl. I bode 21 predkladateľom navrhovaná úprava § 24 písm. c) evokuje, že platiteľ poistného na zdravotné poistenie, ako je napríklad zamestnávateľ a samostatne zárobkovo činná osoba, zmenu platiteľa poistného na zdravotné poistenie oznamuje Sociálnej poisťovni, pričom takáto povinnosť platiteľovi poistného zo zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení a	Z A	Úprava bola zmenená. V § 24 nový odsek 2 znie: "(2) Ak zdravotnej poisťovni poskytuje údaj o zmene platiteľa poistného z dôvodu uvedeného v § 11 ods. 7 písm. c), m) a s) úrad podľa § 29b ods. 6, povinnosť platiteľa poistného oznamovať túto zmenu zdravotnej poisťovni nevzniká.“.

	ani zo zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení nevyplýva. Informácia týkajúca sa zmeny platiteľa poistného na zdravotné poistenie, z akéhokoľvek dôvodu, je pre výkon sociálneho poistenia, teda aj pre samotnú Sociálnu poisťovňu, irelevantná. Informáciami k titulom podľa § 11 ods. 7 písm. m) zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení zakladajúcich zmenu platiteľa poistného na zdravotné poistenie Sociálna poisťovňa disponuje a poskytuje ich podľa § 29b ods. 13 zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou elektronicky. Ústredie práce, sociálnych vecí a rodiny podľa § 29b ods. 12 zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení poskytuje Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou elektronicky údaje na účely vykonávania verejného zdravotného poistenia o fyzickej osobe aj podľa § 11 ods. 7 písm. c) zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení (poberanie rodičovského príspevku). Za predpokladu, že majú byť údaje poskytované aj zdravotným poisťovňam, je potrebné túto povinnosť náležite spresniť aj na účely ich poskytovania zdravotným poisťovňam. Predkladateľom navrhované znenie je v kontexte vyššie uvedeného zmätočné a nevykonateľné.			
MPS VRS R	K Čl. I bodu 37 Zásadne žiadam v Čl. I znenie bodu 37 nahradiť bodmi 37 a 38, ktoré znejú: „37. V § 29b ods. 20 sa vypúšťa písmeno f). 38. V § 29b sa za odsek 20 vkladá nový odsek 21, ktorý znie: „(21) Sociálna poisťovňa poskytuje zo svojho informačného systému úradu a zdravotnej poisťovni prostredníctvom informačného systému verejnej správy podľa osobitného predpisu55c) elektronicky na účely vykonávania verejného zdravotného poistenia údaje o a) osobách, na ktoré sa podľa osobitných predpisov3a) vzťahujú právne predpisy Slovenskej republiky v rozsahu meno, priezvisko, dátum narodenia, rodné číslo, alebo ak ide o cudzinca, identifikačné číslo sociálneho zabezpečenia pridelené Sociálnou poisťovňou, adresa trvalého pobytu alebo adresa na doručovanie a dátum začiatku a ukončenia uplatňovania právnych predpisov Slovenskej republiky, štát uplatniteľnej legislatívy, štát, ktorý vydal prenosný dokument, číslo prenosného dokumentu, charakter pozície, b) osobách, na ktoré sa nevzťahujú právne predpisy Slovenskej republiky z dôvodu nesúhlasu s výnimkou podľa osobitných predpisov,3a) v rozsahu meno, priezvisko, dátum narodenia, rodné číslo, alebo ak ide o cudzinca, identifikačné číslo sociálneho zabezpečenia pridelené Sociálnou poisťovňou, ak mu bolo pridelené, adresa trvalého pobytu alebo adresa na doručovanie a dátum začiatku neuplatňovania právnych predpisov Slovenskej republiky.“. Doterajší odsek 21 sa označuje ako odsek 22.“. Zároveň je potrebné v Čl. I nasledujúce novelizačné body primerane prečíslovať. Vzhľadom na v tejto zásadne pripomienke navrhované nové znenie v Čl. I bodov 37 a 38 zásadne žiadam legislatívnu úpravu zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov. Upozorňujem, že je potrebné, aby Čl. I body 37, 38 a legislatívna úprava zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov nadobudli účinnosť súčasne. Odôvodnenie: Predkladateľom navrhovanou úpravou sa rozširuje § 29b ods. 20 zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení o poskytnutie informácie o vyjadrení nesúhlasu príslušného orgán členského štátu s tým, že výnimka nie je udelená a osoba sa musí zaregistrovať	Z	A	Novelizačný bod bol vypustený.

	v inštitúcii sociálneho zabezpečenia v štáte výkonu svojho zamestnania, resp. samostatnej zárobkovej činnosti. Zo znenia, ako ho navrhuje predkladateľ vyplýva, že Sociálna poisťovňa bude poskytovať údaje v rozsahu podľa § 29b ods. 20 písm. a) až f) zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení nielen zdravotným poisťovňam, ale aj Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. V tejto súvislosti upozorňujem na to, že podľa doteraz platnej úpravy v zmysle § 29b ods. 13 zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení Sociálna poisťovňa poskytuje Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou údaje v rozsahu potrebnom na účely vykonávania verejného zdravotného poistenia. Prijatím znenia, ako ho navrhuje predkladateľ, by Sociálna poisťovňa poskytovala Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou na ten istý účel aj ďalšie údaje, avšak v širšom rozsahu, ako podľa doteraz platného § 29b ods. 13 zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení, t.j. v rozsahu vymedzenom § 29b ods. 20 písm. a) až f) zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení pre zdravotné poisťovne. Predkladateľ v dôvodovej správe nezdôvodňuje poskytovanie údajov Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou v širšom rozsahu, ale svoj záujem orientuje výlučne len na údaje, ktoré sú potrebné na účely uplatňovania právnych predpisov členského štátu podľa nariadenia Európskeho parlamentu a Rady 883/2004 z 29. apríla 2004 o koordinácii systémov sociálneho zabezpečenia. Štruktúra údajov, ktoré sa v tejto súvislosti majú poskytovať zo strany Sociálnej poisťovne, musí byť výslovne definovaná, a musí byť jasné, aké údaje sa majú poskytovať, aby bol splnený účel ich poskytovania.			
MSS R	Čl. I bod 20 Odporúčame predkladateľovi vo vlastnom materiáli v bode 20. nahradiť písmeno „i)“ písmenom „j)“ nakoľko predkladateľom uvedené zákonné ustanovenie, nie je členené na body.	O	A	
MŠV VaŠS R	všeobecne Odporúčame návrh zákona upraviť legislatívno-technicky, napr.: v čl. I bode 12 vypustiť úvodnú vetu z dôvodu, že odkaz 16m je už uvedený v účinnom znení, čl. I bod 20 zosúladiť, vzhľadom na to, že písm. i) nie je členené na body.	O	A	
MVS R	k čl. I bod 3 (§ 8 ods. 1 písm. b) 1. K bodu 3 (§ 8 ods. 1 písm. b)) Znenie bodu 3 (§ 8 ods. 1 písm. b)) je možné uviesť aj nasledovne: „V § 8 ods. 1 písm. b) sa za slová „priezvisko, rodné číslo,“ vkladajú slová „dátum narodenia,“.	O	A	
MVS R	k návrhu zákona 10. Nad rámec návrhu zákona Navrhujeme tiež do návrhu doplniť nový čl. II, ktorý znie: „Čl. II Zákon č. 480/2002 Z. z. o azyle a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení zákona č. 606/2003 Z. z., zákona č. 207/2004 Z. z., zákona č. 1/2005 Z. z., zákona č. 692/2006 Z. z., zákona č. 643/2007 Z. z., zákona č. 451/2008 Z. z., zákona č. 75/2013 Z. z., zákona č. 305/2013 Z. z., zákona č. 495/2013 Z. z., zákona č.	Z	Č A	Osoba s poskytnutou doplnkovou ochranou má na území SR zabezpečené poskytovanie zdravotnej starostlivosti v rovnakom rozsahu, ako osoba verejne

131/2015 Z. z., zákona č. 125/2016 Z. z., zákona č. 198/2018 Z. z. a nálezu Ústavného súdu Slovenskej republiky č. 70/2019 Z. z. sa mení takto: 1. V § 27b sa vypúšťajú písmená a) až d). Doterajšie písmená e) až h) sa označujú ako písmená a) až d). 2. V § 27c sa vypúšťa odsek 3. Poznámka pod čiarou k odkazu 18b sa vypúšťa. 3. V § 47b ods. 1 písm. b) sa vypúšťa druhý bod. Doterajší tretí bod sa označuje ako druhý bod. Odôvodnenie: V súvislosti s návrhom na zaradenie cudzincov, ktorým sa poskytla doplnková ochrana, na verejné zdravotné poistenie sa navrhuje novelizovať aj zákon č. 480/2002 Z. z. o azyle a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. Navrhuje sa vypustiť tie ustanovenia zákona o azyle, ktoré sa týkajú úhrady za poskytovanie zdravotnej starostlivosti za cudzincov, ktorým sa poskytla doplnková ochrana a nie sú verejne zdravotne poistení a dokladu o oprávnení na poskytnutie zdravotnej starostlivosti vrátane povinnosti chrániť takýto doklad, ohlásiť Ministerstvu vnútra SR jeho odcudzenie, poškodenie, a pod., či odovzdať takýto doklad. Navrhuje sa vypustiť aj ustanovenie týkajúce sa povinnosti oznámiť Ministerstvu vnútra SR vznik, zmenu alebo skončenie pracovnoprávneho vzťahu, keďže toto ustanovenie malo význam len ohľadom oprávnenosti na poskytovanie zdravotnej starostlivosti v zmysle zákona o azyle. Túto pripomienku považujeme za zásadnú.	zdravotne poistená (individuálne pochybenia poskytovateľov v prípade uvádzanej neakceptácie preukazu nemožno označiť za iný rozsah nároku). Rozdiel medzi azylom a doplnkovou ochranou je v dočasnosti – kým azyl sa poskytuje na neurčitú dobu a je reálny predpoklad, že osoba natrvalo ostáva v SR, doplnková ochrana je dočasné opatrenie, ktoré trvá po dobu, kedy osoba nespĺňa podmienku na udelenie azylu, avšak do krajiny pôvodu sa nemôže vrátiť vzhľadom k momentálnej situácii v tej krajine. Účasť na systéme verejného zdravotného poistenia sa osobám s udeleným azylom poskytuje práve z dôvodu trvalosti ich statusu. Ak by sa osoby s doplnkovou ochranou stali účastníkmi systému, bolo by potrebné zároveň riešiť celé ďalšie spektrum problémov (platiteľ poistného za tieto osoby, poskytovanie a preplácanie zdravotnej starostlivosti v ostatných štátoch EÚ a pod.). Vzhľadom k dočasnosti tohto statusu je tu aj riziko vzniku (ťažko vymožiteľných) pohľadávok z neuhradeného poistného voči týmto
--	--

				osobám. Z tohto pohľadu sa javí ako vhodnejšia aktuálna situácia, kedy je im zdravotná starostlivosť uhrádzaná v rovnakom rozsahu ako účastníkom systému zdravotného poistenia, avšak do systému tieto osoby nevstupujú. Po prerokovaní zásadnej pripomienky si predkladateľ zákona osvojil pripomienku ako predmet pripomienky ako podnet na systémovejšou zmenu úhrady zdravotnej starostlivosti osobám s poskytnutou doplnkovou ochranou. Vzhľadom na odôvodnenie uvedené vyššie zvolil v tomto čase formu riešenia, v ktorom sa úhrada za túto zdravotnú starostlivosť presunie do pôsobnosti Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky.
MVS R	k čl. II 11. K pôvodnému čl. II (Účinnosť) Doterajší čl. II je potrebné označiť ako čl. III. V novooznačenom čl. III žiadame na konci pripojiť tieto slová „a čl. II, ktorý nadobúda účinnosť 1. júla 2021“. Odôvodnenie: Navrhujeme sa osobitne upraviť nadobudnutie účinnosti novely zákona o azyle. V rámci prechodného obdobia (do konca júna 2021) by za cudzincov, ktorým sa poskytla doplnková ochrana a nie sú verejne zdravotne poistení, uhrádzalo zdravotnú starostlivosť poskytnutú na území SR Ministerstvo vnútra SR. Osoby, ktorým sa poskytla doplnková ochrana pred nadobudnutím účinnosti novely zákona o zdravotnom poistení (do 31.12.2020) a nie sú verejne zdravotne poistení, tak budú mať dostatočný časový priestor, aby podali prihlášku na verejné zdravotné poistenie, ktorým im vznikne verejné zdravotné poistenie. Túto pripomienku považujeme za zásadnú. Záverom poznamenávame, že z dôvodu doplnenia čl. II bude potrebné upraviť názov predmetného návrhu zákona, a to nasledovne: „Návrh zákona, 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	Z	Č A	Odôvodnenie vyššie.

	zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a o zmene zákona č. 480/2002 Z. z. o azyle a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.			
MVS R	k čl. I bod 4 (§ 8 ods. 6) 2. K bodu 4 (§ 8 ods. 6) K zneniu bodu 4 (§ 8 ods. 6) uvádzame, že platné znenie § 8 ods. 6 sa týka poistenca, preto vo vkladanom znení slovo „osoba“ navrhujeme nahradiť slovom „poistenec“.	O	A	
MVS R	k čl. I 3. Nad rámec návrhu zákona Žiadame do návrhu doplniť nové body, ktoré znejú: „V § 3 ods. 3 písmeno c) znie: „c) je azylant4) alebo cudzinec, ktorému sa poskytla doplnková ochrana,4)“.“. „V § 8 ods. 5 prvá veta znie: „Ak podáva prihlášku azylant4) alebo cudzinec, ktorému sa poskytla doplnková ochrana,4) ktorý nemá pridelené rodné číslo, je povinný spolu s prihláškou predložiť rozhodnutie o udelení azylu alebo o poskytnutí doplnkovej ochrany.“.“. Odôvodnenie: Ministerstvo vnútra SR dlhodobo požaduje zaradiť aj cudzincov, ktorým sa poskytla doplnková ochrana na verejné zdravotné poistenie. Súčasnú právnu úpravu, keď zdravotnú starostlivosť poskytnutú na území Slovenskej republiky cudzincovi, ktorému sa poskytla doplnková ochrana a nie je verejne zdravotne poistený, uhrádza Ministerstvo vnútra SR v rozsahu, v akom sa uhrádza na základe verejného zdravotného poistenia, nepovažujeme za systémovú. V tejto súvislosti nemožno opomenúť tiež skutočnosť, že napriek viac ako desaťročnej právnej úprave sa časť poskytovateľov zdravotnej starostlivosti doteraz úplne „nežžila“ s používaním dokladu o oprávnení na poskytnutie zdravotnej starostlivosti, ktorý Ministerstvo vnútra SR vydáva cudzincovi, ktorému sa poskytla doplnková ochrana a nie je verejne zdravotne poistený. Podľa nášho názoru neexistuje rozumný dôvod, aby v podmienkach Slovenskej republiky naďalej existoval rozdielny spôsob zabezpečovania/poskytovania zdravotnej starostlivosti pre azylantov a cudzincov, ktorým sa poskytla doplnková ochrana. Poznamenávame, že podľa čl. 30 ods. 1 smernice Európskeho parlamentu a Rady 2011/95/EÚ o normách pre oprávnenie štátnych príslušníkov tretej krajiny alebo osôb bez štátneho občianstva mať postavenie medzinárodnej ochrany, o jednotnom postavení utečencov alebo osôb oprávnených na doplnkovú ochranu a o obsahu poskytovanej ochrany (prepracované znenie) Členské štáty zaistia, aby osoby s postavením medzinárodnej ochrany mali prístup k zdravotnej starostlivosti za rovnakých podmienok oprávnenosti ako štátni príslušníci členského štátu, ktorým udelil takúto ochranu. Podotýkame, že osobami s postavením medzinárodnej ochrany sa rozumejú azylanti a cudzinci, ktorým sa poskytla doplnková ochrana. Navrhovaná úprava je tiež v súlade s úlohou B.1 uznesenia vlády Slovenskej republiky č. 568/2015 k Informácii o podpore aktivít mimovládnych organizácií pri humanitárnej a integračnej podpore utečencom predložených iniciátormi petície Výzva k ľudskosti, nakoľko dôjde k zjednoteniu a zosystemizovaniu integrácie osôb s udelenou medzinárodnou ochranou v oblasti poskytovania zdravotnej starostlivosti. Túto pripomienku považujeme za zásadnú.	Z	Č A	Odôvodnenie vyššie.

MVS R	k čl. I bod 8 (§ 11 ods. 7 písm. q) 4. K bodu 8 [§ 11 ods. 7 písm. q)] Navrhujeme v § 11 ods. 7 písmeno q) upraviť nasledovne: „q) azylanta⁴⁾ alebo cudzinca, ktorému sa poskytla doplnková ochrana,⁴⁾ v období šesť po sebe nasledujúcich kalendárnych mesiacov od dátumu udelenia azylu alebo poskytnutia doplnkovej ochrany,“. Odôvodnenie: Vzhľadom na navrhované zmeny v § 3 ods. 3 písm. c) a § 8 ods. 5 sa navrhuje aj v prípade cudzinca, ktorému sa poskytla doplnková ochrana, obdobne ako v prípade azylanta stanoviť šesť mesačné obdobie od dátumu poskytnutia doplnkovej ochrany, počas ktorého sa cudzinec, ktorému sa poskytla doplnková ochrana, bude pokladať za poistenca štátu. Počas tohto obdobia bude za túto osobu platiť poistné štát vždy, bez ohľadu na jej ekonomický status. Túto pripomienku považujeme za zásadnú.	Z	Č A	Odôvodnenie vyššie.
MVS R	k čl. I bod 16 (§ 19 ods. 8) 5. K bodu 16 (§ 19 ods. 8) Znenie textu § 19 ods. 8 zákona za bodkočiarkou je možné uviesť aj nasledovne: „platiteľom poistného, ktorými sú zamestnanec, ktorému sa doručuje výsledok ročného zúčtovania alebo platiteľ poistného podľa § 11 ods. 2, môže zdravotná poisťovňa doručovať oznámenie aj elektronicky prostredníctvom internetového portálu alebo elektronickej podateľne, ak má platiteľ poistného zriadený prístup.“.	O	A	
MVS R	k čl. I bod 21 (§ 24 písm. c) 6. K bodu 21 (§ 24 písm. c)) V bode 21 návrhu zákona žiadame v § 24 písm. c) do navrhovaného textu ustanovenia zahrnúť okrem tam uvedeného subjektu, ktorému sa oznamuje zmena platiteľa poistného, aj ďalší subjekt, a to „Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou“, t. j. za textom „inštitúcii zabezpečujúcej sociálne zabezpečenie tejto osoby“ doplniť text „alebo úradu“. Odôvodnenie: Vzhľadom na to, že Ministerstvo vnútra SR (ďalej len „ministerstvo“) má, pokiaľ ide o policajtov a hasičov, osobitný systém sociálneho zabezpečenia (podľa zákona č. 328/2002 Z. z. o sociálnom zabezpečení policajtov a vojakov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov) a na základe zmluvy medzi ministerstvom a Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej len „úrad“), ministerstvo zmenu platiteľa poistného príslušnej zdravotnej poisťovni z dôvodu uvedeného v § 11 ods. 7 písm. s) zákona oznamuje úradu a nie „inštitúcii sociálneho zabezpečenia“, ktorou je napr. Sociálna poisťovňa. Túto pripomienku považujeme za zásadnú.	Z	A	
MVS R	k čl. I 7. Nad rámec návrhu zákona Žiadame doplniť do návrhu aj nasledovný bod, ktorý znie: „V § 29b ods. 8 písm. c) žiadame slová „dátum udelenia, zániku a odňatia azylu“ nahradiť slovami „dátum udelenia azylu alebo poskytnutia doplnkovej ochrany, dátum zániku azylu alebo zániku doplnkovej ochrany, ak takýto zánik nastal skôr ako šesť po sebe nasledujúcich kalendárnych mesiacov od dátumu udelenia azylu alebo	O	Č A	Dátum odňatia azylu je podstatná informácia aj v prípade, ak štát už za takúto osobu neplatí poistné (po uplynutí 6 mesiacov), nakoľko odňatie azylu znamená zároveň aj

	poskytnutia doplnkovej ochrany“.“. Odôvodnenie: Predmetné ustanovenie súvisí so zmenami uvedenými v § 3 ods. 3 písm. c), § 8 ods. 5 a § 11 ods. 7 písm. q). Vzhľadom na skutočnosť, že štát už nebude platiteľom poistného za azyllanta počas „celého“ trvania azylu z dôvodu, že je azyllant, ale len počas prvých šesť mesiacoch od dátumu udelenie azylu, nie je už potrebná informácia o zániku azylu, ak by takýto zánik nastal až po šiestich mesiacoch od dátumu udelenia azylu. Obdobná právna úprava by sa uplatnila aj v prípade poskytnutia doplnkovej ochrany, ak budú cudzinci s touto formou medzinárodnej ochrany napojení na verejné zdravotné poistenie.			zánik účasti na verejnom zdravotnom poistení. V časti týkajúcej sa doplnkovej ochrany odôvodnenie uvedené vyššie.
MVS R	k čl. I bodu 39 (§ 38ew) 8. K § 38ew (prechodné ustanovenia) V § 38ew ods. 6 navrhujeme vypustiť slová „a 22“, pretože výpočet subjektov uvedených v § 29b ods. 22 je duplicitný s navrhovaným znením § 38ew ods. 6. Navrhujeme tiež upresniť, čo má byť obsahom dohody uvedenej v § 38ew, pretože odkaz na príslušné odseky § 29b sa týka len subjektov (ktoré by mohli byť aj výslovne uvedené bez tohto odkazu), nič však nevytvára o obsahu zmluvy, ktorú majú tieto subjekty s Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou a zdravotnými poisťovňami uzatvoriť.		O A	
MVS R	k čl. I bod 39 (§ 38ew) 9. K bodu 39 (§ 38ew Prechodné ustanovenia) Žiadame v navrhovanom § 38ew doplniť nové odseky 7 a 8, ktoré znejú: „(7) Za azyllanta, ktorému bol azyl udelený pred 1. januárom 2021, je štát platiteľom poistného do 30. júna 2021. (8) Cudzincovi, ktorému sa poskytla doplnková ochrana pred 1. januárom 2021, vzniká verejné zdravotné poistenie podaním prihlášky na verejné zdravotné poistenie, ak tento zákon neustanovuje inak; štát je platiteľom poistného za takéhoto cudzinca šesť po sebe nasledujúcich kalendárnych mesiacov od dátumu vzniku verejného zdravotného poistenia, najneskôr však do 31. decembra 2021.“. Odôvodnenie: Ministerstvo vnútra SR nerozporuje návrh predkladateľa určiť obdobie, počas ktorého bude štát platiteľom poistného za azyllanta a nahradiť tak súčasný systém (i keď je na zváženie, či by toto obdobie nemohlo trvať deväť mesiacov, resp. jeden rok), avšak považuje za potrebné prechodne upraviť situáciu osôb, ktorým sa azyl udelil pred navrhovanou účinnosťou zákona (pred 1. januárom 2021), aby mohli byť tieto osoby včas informované o zmene ich práv ohľadom verejného zdravotného poistenia (a tým aj poskytovania zdravotnej starostlivosti). Štát by bol platiteľom poistného za takéto osoby ešte šesť mesiacov od nadobudnutia účinnosti zákona (do konca júna 2021). Týmto sa predíde situácii prípadného zadlžovania takýchto osôb, resp. sa takáto možnosť v čo najväčšej miere eliminuje. Ministerstvo vnútra SR považuje za potrebné, aby sa v súvislosti s jeho návrhom na zaradenie cudzincov, ktorým sa poskytla doplnková ochrana, do systému verejného zdravotného poistenia, prechodne upravila aj situácia osôb, ktorým sa poskytla doplnková ochrana pred nadobudnutím účinnosti zákona (pred 1. januárom 2021), aby mohli byť tieto osoby včas informované o zmene ich práv ohľadom poskytovania zdravotnej starostlivosti. V tomto prípade sa		Z Č A	Prechodné ustanovenie ohľadom azyllantov doplnené. K uhrádzaniu za osoby, ktorým sa poskytla doplnková ochrana je odôvodnenie uvedené vyššie.

	navrhuje, aby v prípade cudzincov, ktorým sa poskytla doplnková ochrana a nie sú verejne zdravotne poistení z iného dôvodu (zamestnanie, podnikanie, udelenie trvalého pobytu, a pod.) vzniklo verejné zdravotné poistenie až podaním prihlášky na verejné zdravotné poistenie. Štát by bol platiteľom poistného za takéto osoby ešte šesť mesiacov od vzniku verejného zdravotného poistenia (podania prihlášky na verejné zdravotné poistenie), najneskôr však do konca roku 2021. Týmto sa predíde situácii prípadného zadlžovania takýchto osôb, resp. sa takáto možnosť v čo najväčšej miere eliminuje. Túto pripomienku považujeme za zásadnú.			
MZV EZ SR	K čl. I bodu 20 V čl. I bode 20 odporúčame písmeno "i)" nahradiť písmenom "j)". Odôvodnenie: Oprava nesprávneho znenia ustanovenia.	O	A	
MZV EZ SR	K čl. I bodu 16 V čl. I bode 16 slová "pripája sa táto veta:" odporúčame nahradiť slovami "pripájajú sa tieto slová:". Odôvodnenie: Legislatívno-technická pripomienka.	O	A	
MZV EZ SR	K čl. I bodu 24 V čl. I bode 24 poznámke pod čiarou k odkazu 53aaaa za slová "zákona č. 305/2013 Z. z." odporúčame vložiť slová "v znení neskorších predpisov". Odôvodnenie: Legislatívno-technická pripomienka.	O	A	
MZV EZ SR	K čl. I bodu 26 V čl. I bode 26 za slová "§ 27 ods. 3" odporúčame vložiť slová "úvodnej vete". Odôvodnenie: Legislatívno-technická pripomienka.	O	A	
MZV EZ SR	K čl. I bodu 31 V čl. I bode 31 úvodnej vete slová "písm. a) sa" odporúčame nahradiť slovami "sa písmeno a)" a v piatom bode odporúčame slová "bodu 4" nahradiť slovami "štvrtého bodu". Odôvodnenie: Legislatívno-technická pripomienka.	O	A	
MZV EZ SR	K čl. I bodu 35 V čl. I bode 35 slová "písmena c)" odporúčame nahradiť slovami "písm. c)" podľa bodu 22.7 LPV SR. Odôvodnenie: Legislatívno-technická pripomienka.	O	A	
MZV EZ SR	K čl. I bodu 6 V čl. I bode 6 za slovami "písm. a)" odporúčame vypustiť slovo "v". Odôvodnenie: Legislatívno-technická pripomienka.	O	A	

MZV	K čl. II			
EZ	V čl. II slovo "bod" odporúčame nahradiť slovom "bodu". Odôvodnenie: Legislatívno-technická	O	A	
SR	pripomienka.			
MZV	K čl. I bodu 32			
EZ	V čl. I bode 32 úvodnej vete slová "písm. b) sa" odporúčame nahradiť slovami "sa písmeno b)".	O	A	
SR	Odôvodnenie: Legislatívno-technická pripomienka.			
NBS	k čl. I bodu 12 a 34 K bodu 12 Vzhľadom na skutočnosť, že v novelizačnom bode navrhovaná zmena v § 17b ods. 2 zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení je už v súčasnosti (v dôsledku prijatia zákona č. 356/2016 Z. z., ktorým sa menil a doplňal aj zákon č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení) premietnutá do platného a účinného znenia § 17b ods. 2 zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení, je potrebné navrhovaný novelizačný bod vypustiť a v nadväznosti na to prečíslovať nasledujúce novelizačné body. K bodu 34 V úvodnej vete novelizačného bodu je potrebné vypustiť slovo „nový“.	O	Č A	Novelizačný bod bol vypustený.
NBS	k čl. II K čl. II (ustanovenie o účinnosti) V čl. II je potrebné v súlade s bodom 64.2. prílohy č. 1 k Legislatívnym pravidlám vlády Slovenskej republiky za číslom „2021“ vypustiť čiarku a slovo „bod“ nahradiť slovom „bodu“.	O	A	
OAP	K doložke zlučiteľnosti, V bode č. 3 v časti b) sekundárne právo			
SVL	2. Žiadame upraviť citáciu uvedeného právneho predpisu nasledovne: Delegované nariadenie Komisie (EÚ)	O	A	
ÚVS	2016/127 z 25. septembra 2015, ktorým sa dopĺňa nariadenie Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) č.			
R	609/2013, pokiaľ ide o osobitné požiadavky na zloženie a informácie platné pre počiatočnú dojčenskú výživu a následnú dojčenskú výživu a pokiaľ ide o požiadavky na informácie týkajúce sa výživy dojčiat a malých detí.			
OAP	K návrhu zákona, k čl. I bod 14			
SVL	Predkladateľ navrhuje zmenu v ustanovení § 18, ktorou dáva možnosť platiteľovi poistného prejavíť svoju vôľu splácať svoj dlh v splátkach alebo svoju žiadosť znížiť alebo odpustiť úrok z omeškania, nie len písomne ale aj inou formou komunikácie. V dôvodovej správe však nie je bližšie špecifikované, akými	O	A	Ustanovenie bolo vypustené.
ÚVS	konkrétnymi spôsobmi by mohol platiteľ poistného prejavíť svoju vôľu tak, aby bolo na tento prejav			
R	prihliadané, resp. aby daný prejav vôle nebolo možné spätne rozporovať. Odporúčame bližšie špecifikovať			

	predmetnú úpravu, prípadne uviesť príklady „inej formy komunikácie“ ako uvádza sprievodná dokumentácia k návrhu zákona.			
OAP SVL ÚVS R	K návrhu zákona, k čl. I bod 20 V bode 20. návrhu zákona predkladateľ dopĺňa v § 22 ods. 2 písmeno i) piaty a šiesty bod. Upozorňujeme, že predmetné zákonné ustanovenie, nie je členené na body, a máme za to, že predkladateľ dopĺňa piatym a šiestym bodom ustanovenie § 22 ods. 2 písmeno j). Žiadame dať do súladu.	O	A	
OAP SVL ÚVS R	K doložke zlučiteľnosti, V bode č. 3 v časti b) sekundárne právo V názve nariadenie Európskeho parlamentu a Rady (ES) č. 987/2009 zo 16. septembra 2009 žiadame slovo „ustanovuje“ nahradiť slovom „stanovuje“.	O	A	
PMÚ SR	celéme materiálu Všeobecne k celému návrhu Predkladanými návrhmi (LP/2020/288 a LP/2020/289) sa sprísňuje regulácia, resp. sa zužuje priestor na možnosti rozlíšenia aktivít jednotlivých zdravotných poisťovní v oblasti poskytovania zdravotného poistenia ako aj v oblasti obstarávania zdravotnej starostlivosti, napriek skutočnosti, že v Slovenskej republike je v súčasnosti zavedený systém viacerých zdravotných poisťovní. Uvedené by mohlo mať vplyv na súťaž v oblasti nákupu zdravotnej starostlivosti, z predkladaných materiálov však nie je možné toto jednoznačne zhodnotiť (v pozitívnom, ani negatívnom zmysle), nakoľko nie je zrejmá komplexná stratégia predkladateľa v tomto smere do budúcnosti.	O	N	Oblasť verejného zdravotného poistenia predstavuje oblasť sociálneho zabezpečenia, a nemá hospodársku povahu (https://curia.europa.eu/jcms/upload/docs/application/pdf/2020-06/cp200067sk.pdf)
SKIZ P	Čl. I Žiadame z uvedeného zákona vypustiť všetky návrhy týkajúce sa tzv. nalimitov a namiesto toho za článok I. vložiť článok II., ktorý znie: „Čl. II Zákon č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení zákona č. 719/2004 Z. z., zákona č. 353/2005 Z. z., zákona č. 538/2005 Z. z., zákona č. 660/2005 Z. z., zákona č. 25/2006 Z. z., zákona č. 282/2006 Z. z., zákona č. 522/2006 Z. z., zákona č. 12/2007 Z. z., zákona č. 215/2007 Z. z., zákona č. 309/2007 Z. z., zákona č. 330/2007 Z. z., zákona č. 358/2007 Z. z., zákona č. 530/2007 Z. z., zákona č. 594/2007 Z. z., zákona č. 232/2008 Z. z., zákona č. 297/2008 Z. z., zákona č. 461/2008 Z. z., zákona č. 581/2008 Z. z., zákona č. 192/2009 Z. z., zákona č. 533/2009 Z. z., zákona č. 121/2010 Z. z., zákona č. 34/2011 Z. z., nález Ústavného súdu Slovenskej republiky č. 79/2011 Z. z., zákona č. 97/2011 Z. z., zákona č. 133/2011 Z. z., zákona č. 250/2011 Z. z., zákona č. 362/2011 Z. z., zákona č. 547/2011 Z. z., zákona č. 185/2012 Z. z., zákona č. 313/2012 Z. z., zákona č. 421/2012 Z. z., zákona č. 41/2013 Z. z., zákona č. 153/2013 Z. z., zákona č. 220/2013 Z. z., zákona č. 338/2013 Z. z., zákona č. 352/2013 Z. z., zákona č. 185/2014 Z. z., zákona č. 77/2015 Z. z., zákona č. 140/2015 Z. z., zákona č. 265/2015 Z. z.,	Z	N	Pripomienka je nad rámec návrhu zákona. Zákon

zákona č. 429/2015 Z. z., zákona č. 91/2016 Z. z., zákona č. 125/2016 Z. z., zákona č. 286/2016 Z. z., zákona č. 315/2016 Z. z., zákona č. 317/2016 Z. z., zákona č. 356/2016 Z. z., zákona č. 41/2017 Z. z., zákona č. 238/2017 Z. z., zákona č. 257/2017 Z. z., zákona č. 266/2017 Z. z., zákona č. 336/2017 Z. z., zákona č. 351/2017 Z. z., zákona č. 87/2018 Z. z., zákona č. 109/2018 Z. z., zákona č. 156/2018 Z. z., zákona č. 177/2018 Z. z., zákona č. 192/2018 Z. z., zákona č. 35/2019 Z. z., zákona č. 221/2019 Z. z., zákona č. 231/2019 Z. z., zákona č. 398/2019 Z. z. a zákona č. 125/2020 Z. z. sa mení a dopĺňa takto: 1. V § 6 ods. 1 sa za písm. ad) pripája písm. ae), ktoré znie: „ae) uhrádza držiteľovi povolenia na poskytovanie prevádzkovanie medicínskeho laboratória, ktorému vyšší územný celok nariadil poskytovanie pohotovostnej služby v mieste, kde je určený pevný bod ambulantnej pohotovostnej služby, 16p) paušálnu úhradu za poskytovanie služieb medicínskeho laboratória, 16p)“. Odôvodnenie: Je potrebné doriešiť financovanie laboratórií pôsobiacich pri ambulantnej pohotovostnej službe, resp. financovanie laboratórií všeobecne a ujasniť podmienky nielen v období mimoriadnych situácií, ale aj v bežnom období. 2. V § 7 ods. 11 písm. c) sa na konci vety pokračuje bodkočiarkou a vetou, ktorá znie: „zdravotná poisťovňa nesmie uprednostniť uzatvorenie zmluvy s poskytovateľom zdravotnej starostlivosti za nižšiu cenu, ak je táto na úkor možností zabezpečenia kvality“. Odôvodnenie: V zdravotníctve nesmie byť najnižšia alebo nižšia ponúknutá cena kritériom na uzatvorenie zmluvy resp. uprednostnenie iného poskytovateľa, pretože na základe skúseností z praxe to predstavuje priame ohrozovanie života a zdravia pacientov a niekedy aj zdravotníckeho personálu. 4. V § 8 na konci pripája odsek 22, ktorý znie: „(22) Zdravotná poisťovňa uhrádza poskytovateľovi, ktorý je držiteľom povolenia na prevádzkovanie neštátneho zdravotníckeho zariadenia, ktoré je medicínskym laboratóriom, zariadením zobrazovacích metód, zariadením klinickej fyziky alebo zariadením fyzioterapie a s ktorým má uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, úhradu za zdravotné výkony vykonané na základe indikácie lekára.“ Odôvodnenie: Doterajšia právna úprava umožňuje zdravotným poisťovňám neuhradiť zdravotné výkony vykonané medicínskymi laboratóriami takzvané „nad rámec stanoveného limitu“, čo významne komplikuje situáciu podnikateľov poskytovateľov zdravotnej starostlivosti napríklad pri mimoriadnych situáciách ako bola napríklad situácia v roku 2020 v súvislosti s COVID-19. Pritom laboratórium sa nemôže rozhodnúť, ktorú biologickú vzorku vyšetří a ktorú nie. Medicínske laboratória pracujú analogicky ako lekáreň – t. j. na základe indikácie lekára - nemajú žiadnu legálnu možnosť rozsah indikovaných laboratórnych vyšetrení ovplyvniť = lekárom indikovaný výkon musia vykonať. Požaduje sa preto, aby aj pre medicínske laboratória bola zabezpečená plná úhrada zdravotných výkonov indikovaných lekármi. Uvedeným sa zamedzí, aby sa medicínske laboratória dostávali do druhotnej platobnej neschopnosti z dôvodu, že zdravotná poisťovňa laboratóriu neuhradila vykonané zdravotné výkony napriek tomu, že ich lekár v laboratóriu riadne pre pacienta objednal ako zdravotné výkony hrazené z prostriedkov verejného zdravotného poistenia. 5. V § 8 sa za (navrhovaný) odsek 22 pripája ďalší nový odsek 23, ktorý znie: „(23) Zdravotná poisťovňa uhrádza poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti, ktorý je držiteľom povolenia na prevádzkovanie neštátneho zdravotníckeho zariadenia		
---	--	--

	špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti a s ktorým má uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, okrem vykázaných zdravotných výkonov aj mesačnú paušálnu úhradu, ktorá predstavuje mesačné paušálne náklady na prevádzku zdravotníckeho zariadenia bez ohľadu na to, či zdravotnícke zariadenie vykonáva činnosť, alebo čaká na výkon z dôvodu mimoriadnych opatrení.“ Odôvodnenie: Ochrana zdravotníckych pracovníkov a poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí sú podnikateľmi (nielen lekárov, ide aj o zariadenia ambulantnej zdravotnej starostlivosti pre seniorov a podobne) pred vydieraním zo strany štátu poskytovať zdravotnú starostlivosť bez nároku na úhradu primeraných nákladov a vlastnej práce (napríklad pri nariadenej práci alebo nariadenom čakaní na prácu počas mimoriadnych situácií ale nielen počas nich) pred zamedzením v pokračovaní v poskytovaní zdravotnej starostlivosti z objektívnych dôvodov – ako napríklad z dôvodu, že nájomca v čase COVID-19 zdvihol zdravotníckemu zariadeniu ako nájomcovi nájomné a úhrady za výkony na jeho pokrytie nestačia na zabezpečenie prevádzkovania ambulancie a podobne (okrem nájomného ide o náklady na elektrinu, vodu, plyn, internet, poštovné a iné obdobné služby, likvidáciu biologického odpadu, právne služby, servis zariadení a iné povinné príspevky na chod zariadenia). Zabezpečenie plynulého chodu zdravotníckych zariadení, najmä tých tzv. – v prvej línii – t. j. primárnej a sekundárnej špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti. 6. V § 14 sa pripája ods. 8, ktorý znie: „(8) Platobná schopnosť zdravotnej poisťovne nesmie byť na úkor platobnej schopnosti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, s ktorými mala uzavretú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Poskytovateľ ambulantnej zdravotnej starostlivosti, s ktorým mala zdravotná poisťovňa uzatvorenú zmluvu o úhrade poskytovanej zdravotnej starostlivosti, vymáha svoje pohľadávky voči zdravotnej poisťovni podľa 5 samostatne alebo v spolupráci s ostatnými poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti prostredníctvom príslušnej organizácie. Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti má nárok na vymáhanie a úhradu vykonaných a zdravotnou poisťovňou uznaných ale neuhradených zdravotných výkonov aj na základe predchádzajúcich zmlúv so zdravotnou poisťovňou a to najviac 10 rokov spätne od uplynutia lehoty splatnosti, ak o to požiada. Zdravotná poisťovňa zabezpečí úhradu vymáhaných úhrad za oprávnené vykonané zdravotné výkony poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti zo štátneho rozpočtu v najbližšom kalendárnom roku.“ Odôvodnenie: Ochrana poskytovateľov zdravotnej starostlivosti pred druhotnou platobnou neschopnosťou voči ostatným dodávateľom (nájomné, energie, likvidácia odpadu, elektronizácia zdravotníctva a servis, právne služby, atď.) z dôvodu absencie úhrad za poskytnutú zdravotnú starostlivosť zo strany zdravotných poisťovní. Doterajší článok II. sa označuje ako článok III.			
SLS	§ 47, odsek 4 Slovenská spoločnosť akupunktúry Navrhuje, aby pri mene a priezvisku toho, kto vykonáva kontrolu bol uvedený aj jeho titul a špecializácia.	O	N	Nad rámec návrhu zákona.

SOC POIS T	K čl. I - k bodu 36 – k § 29b ods. 13 Na účely jednoznačnej identifikácie poistenca a jeho dieťaťa považujeme za postačujúce oznámiť druhému orgánu verejnej moci iba meno, priezvisko, rodné číslo a dátum narodenia dotknutej osoby tak, ako je definované aj v súčasnom znení odseku 13. Vzhľadom na uvedené navrhujeme v odseku 13 slová „rodné priezvisko“ na obdivoch miestach vypustiť. Referenčným registrom vo vzťahu k osobným údajom poistencov a ich detí je register fyzických osôb, ktorý obsahuje predmetný údaj, preto poskytovanie údajov o rodnom priezvisku Sociálnou poisťovňou považujeme za neodôvodnené. Súčasne uvádzame, že pri cudzincoch, resp. pri ich deťoch, a pri deťoch, ktoré nie sú zapísané v matrike na území Slovenskej republiky, Sociálna poisťovňa vo svojom informačnom systéme používa vlastný identifikátor. Sociálna poisťovňa považuje za potrebné znenie § 29b ods. 13 upraviť po konzultácii so Sociálnou poisťovňou. Túto pripomienku považujeme za zásadnú.	Z	A	
SOC POIS T	K čl. I – k bodu 37 - k § 29b ods. 20 písm. f) Sociálna poisťovňa navrhuje, aby povinnosť poskytovať informáciu o neudelení výnimky príslušnej zdravotnej poisťovni a Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou bola určená priamo príslušnej inštitúcii, do pôsobnosti ktorej patrí táto kompetencia, t. j. Ministerstvu práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky (MPSVaR SR). Podľa navrhovaného znenia má Sociálna poisťovňa poskytovať príslušnej zdravotnej poisťovni a Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou informáciu o vyjadrení nesúhlasu zo strany príslušného orgánu iného členského štátu s udelením výnimky podľa osobitných predpisov (ďalej len „informácia o neudelení výnimky“). Nie je zrejmé z akého dôvodu sa uvedená povinnosť určuje vo vzťahu k Sociálnej poisťovni, nakoľko Sociálna poisťovňa nie je gestorom tohto údajov, predmetnú informáciu dostáva od MPSVR SR iba písomne, formou listu, obdobne ako Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. Sociálnej poisťovni bola Zmluvou o pristúpení Slovenskej republiky k Európskej únii zverená pôsobnosť pri určovaní príslušnosti právnych predpisov podľa Hlavy II nariadenia (ES) Európskeho parlamentu a Rady č. 883/2004 o koordinácii systémov sociálneho zabezpečenia (ďalej len „základné nariadenie“), avšak konanie o udelení výnimky v zmysle čl. 16 základného nariadenia bolo predmetnou zmluvou zverené do vecnej pôsobnosti MPSVaR SR, t. j. informáciou o neudelení výnimky podľa osobitných predpisov disponuje MPSVaR SR, pričom informácia o neudelení výnimky obsahuje aj osobné údaje dotknutých osôb. Informácia o neudelení výnimky nezakladá ďalšie povinnosti pre Sociálnu poisťovňu. Vzhľadom na vyššie uvedené považujeme poskytovanie informácie o neudelení výnimky zo strany Sociálnej poisťovne príslušnej zdravotnej poisťovni a Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou za neodôvodnené a z hľadiska právneho základu za sporné. Navyše Sociálna poisťovňa nemôže byť zodpovedná za poskytnutie údajov, ktorý vytvára iná inštitúcia. Ďalej uvádzame, že text návrhu doplnenia ustanovenia § 29b ods. 20 nekorešponduje s textom uvedeným v dôvodovej správe k bodu 37, nakoľko v texte zákona sa v ustanovení § 29b ods. 20 vkladajú do druhej vety za slovo „systému“ slová	Z	A	

	„úradu a“. V dôvodovej správe k bodu 37 sa uvádza, že ustanovenie § 29b ods. 20 sa dopĺňa o povinnosť Sociálnej poisťovne zasielať Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou aj informáciu o neudelení výnimky. Vychádzajúc z dôvodovej správy, cieľom doplnenia tohto ustanovenia je teda povinnosť Sociálnej poisťovne zasielať Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou predmetnú informáciu o vyjadrení nesúhlasu s udelením výnimky. Keďže v ustanovení § 29b ods. 20 sa stanovuje, že Sociálna poisťovňa poskytuje zo svojho informačného systému zdravotnej poisťovni údaje uvedené v písm. a) až f) doplnením textu „úradu a“ by Sociálna poisťovňa mala poskytovať aj Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou všetky údaje uvedené v písm. a) až f) a nielen údaje uvedené v písm. f), ako sa uvádza v dôvodovej správe. Túto pripomienku považujeme za zásadnú.			
SOC POIS T	K čl. I - k bodu 39 – k § 38ew ods. 6 Sociálna poisťovňa už za súčasnej právnej úpravy podľa § 29b ods. 6 zákona č. 580/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov má uzatvorenú dohodu o poskytovaní údajov s Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. Vzhľadom na skutočnosť, že Sociálna poisťovňa nemá informáciu o zdravotnej poisťovni svojich poistencov, údaje zo Sociálnej poisťovne po ich prerozdelení poskytuje príslušným zdravotným poisťovniam Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. Z uvedeného dôvodu priame poskytovanie údajov zdravotným poisťovniam bez vyriešenia identifikácie poistencov konkrétnej zdravotnej poisťovne je pre Sociálnu poisťovňu nevykonateľné. Túto pripomienku považujeme za zásadnú.	Z	A	
SOC POIS T	K čl. II a k bodu 39 - § 38ew ods. 6 Sociálna poisťovňa v súčasnosti pracuje na implementácii viacerých zmien právnej úpravy účinných od 1. januára 2021, preto navrhovanú účinnosť od 1. januára 2021, ako aj termín na uzatvorenie dohody s Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou najneskôr do 31. marca 2021 považuje za problematickú. Definitívne stanovisko k účinnosti a k termínu na uzatvorenie dohody môže Sociálna poisťovňa zaujať až po vymedzení rozsahu poskytovaných údajov po konzultácii s predkladateľom návrhu zákona. Túto pripomienku považujeme za zásadnú.	Z	A	
SOC POIS T	K čl. I - k bodu 21 – k § 24 písm. c) V § 24 písm. c) sa navrhuje vypustiť povinnosť platiteľa poistného predkladať zdravotnej poisťovni údaje o zmenách platiteľa poistného z dôvodu poberania rodičovského príspevku, nemocenského, ošetrovného, materského, náhrady služobného platu alebo príjmu, ak platiteľ poistného už tieto zmeny oznámil inštitúcii, zabezpečujúcej sociálne zabezpečenie tejto osoby (napr. Sociálnej poisťovni). V tejto súvislosti uvádzame, že vyššie uvedené skutočnosti (poberanie rodičovského príspevku, nemocenského, ošetrovného, materského, náhrady služobného platu alebo príjmu) platiteľ poistného neoznamuje Sociálnej poisťovni a navyše v sociálnom poistení z dôvodu poberania nemocenského, ošetrovného a materského, náhrady príjmu	Z	A	Úprava bola zmenená. V § 24 nový odsek 2 znie: "(2) Ak zdravotnej poisťovni poskytuje údaj o zmene platiteľa poistného z dôvodu uvedeného v § 11 ods. 7 písm. c), m) a s) úrad podľa § 29b ods. 6, povinnosť platiteľa poistného

	nedochádza k zmene platiteľa poisťného. V období poberania nemocenskej dávky resp. v období dočasnej pracovnej neschopnosti má platiteľ poisťného (zamestnávateľ aj zamestnanec) iba vylúčenú povinnosť platiť poisťné na sociálne poistenie. Údaje o poberaní nemocenského, ošetrovného a materského sú údaje z informačného systému Sociálnej poisťovne, ktoré Sociálna poisťovňa už v súčasnosti poskytuje Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou úradu podľa § 29b ods. 13 zákona č. 580/2004 Z. z. na základe dohody uzatvorenej medzi Sociálnou poisťovňou a Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. K údajom o poberaní rodičovského príspevku uvádzame, že výplata rodičovského príspevku patrí do pôsobnosti úradov práce, sociálnych vecí a rodiny, a podľa § 29b ods. 12 zákona č. 580/2004 Z. z. výmena údajov o tejto skutočnosti medzi Ústredím práce, sociálnych vecí a rodiny a Úradom by mala byť realizovaná už aj v súčasnosti. Taktiež náhradu príjmu nevypláca Sociálna poisťovňa, ale zamestnávateľia, takže Sociálna poisťovňa nemá informáciu o jej poskytovaní. Z uvedených dôvodov Sociálna poisťovňa nemôže poskytovať predmetné údaje a preto zásadne nesúhlasí s rozšírením poskytovania týchto údajov Sociálnou poisťovňou. V kontexte na uvedené, navrhované znenie § 24 písm. c) je zmatečné a nevykonateľné, preto Sociálna poisťovňa považuje za potrebné znenie bodu 21 upraviť po konzultácii so Sociálnou poisťovňou. Túto pripomienku považujeme za zásadnú.			oznamovať túto zmenu zdravotnej poisťovni nevzniká.“.
SOC POIS T	K čl. I - k bodu 38 – k 29b ods. 22 V navrhovanom odseku 22 sa zavádza povinnosť Sociálnej poisťovne predkladať údaje Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou v týždenných intervaloch s ohľadom na potrebu spracovávať v informačnom systéme čo najaktuálnejšie údaje. Sociálna poisťovňa vypláca nemocenské dávky spravidla dvakrát mesačne, preto prenos údajov raz týždenne považujeme za neefektívny a nadbytočný. V kontexte uvedeného navrhujeme určiť prenos údajov o nemocenských dávkach dvakrát mesačne. V súvislosti s poskytovaním údajov zo Sociálnej poisťovne navrhujeme doplniť nový novelizačný bod, ktorého obsahom bude zrušenie povinnosti poistenca dokladovať zdravotnej poisťovni potvrdenie o vyplatených nemocenských dávkach [(§ 22 ods. 2 písm. f)], nakoľko vydávanie potvrdení o skutočnostiach, ktoré sú predmetom elektronického prenosu údajov je záťažou pre poistencov, ako aj pre Sociálnu poisťovňu. Túto pripomienku považujeme za zásadnú.	Z	A	
ÚDZ S	K článku I. bodu 29 § 27 ods. 12 - zásadná Navrhujeme znenie textu „v ktorom sa mesačné prerozdeľovanie vykonáva“ nahradiť textom „za ktorého mesiac sa mesačné prerozdeľovanie vykonáva“. Odôvodnenie: Za mesiac november 2021 sa bude mesačné prerozdeľovanie vykonávať až v januári 2022, za december 2021 sa bude mesačné prerozdeľovanie vykonávať až vo februári 2022. Ak by úrad postupoval podľa predkladateľom navrhovaného znenia, pri mesačnom prerozdeľovaní za mesiace január až október 2021 by sa pri výpočte mesačného preddavku zohľadňovali údaje z roku 2019, ale pri mesačnom prerozdeľovaní za mesiace november a december 2021 už údaje z roku 2020, čo nie je dôvodné ani logické.	Z	A	

ÚDZ S	K článku I. bodu 30 § 27a ods. 3 - zásadná Navrhujeme na konci textu doplniť nasledovné znenie textu „ danej zdravotnej poisťovne“. Odôvodnenie: Navrhujeme doplniť uvádzaný text, aby bolo jednoznačne zrejmé, že pri výpočte základu ročného prerozdeľovania sa pri každej zdravotnej poisťovni zohľadňuje nadlimitná suma len za poistencov danej zdravotnej poisťovne, nie poistencov všetkých zdravotných poisťovní dohromady.	Z	A	
ÚDZ S	K článku I bodu 34 § 27aa ods. 3- zásadná Navrhujeme upraviť znenie textu nasledovne „ (3) Celkové priemerné náklady na poistenca zdravotnej poisťovne sú určené ako podiel celkových nákladov zdravotnej poisťovne na zdravotnú starostlivosť na všetkých jej poistencov [§ 28 ods. 4 písm. b)] a celkového počtu poistencov zdravotnej poisťovne.“ Odôvodnenie: Navrhujeme upresniť navrhované znenie tak, aby bolo jednoznačne zrejmé, že celkové priemerné náklady na poistenca sa určujú pre každú zdravotnú poisťovňu osobitne. Navrhované znenie v návrhu novely zákona, vyvoláva dojem, že tieto náklady sú určované spoločne za všetky tri zdravotné poisťovne.	Z	N	Náklady sa majú skutočne určiť za všetky zdravotné poisťovne.
ÚDZ S	K článku I. bod 39 § 38ew ods. 3 - zásadná Navrhujeme upraviť znenie textu nasledovne „(3) Ministerstvo zdravotníctva oznámi úradu do 15 dní od účinnosti tohto zákona údaje o poistencoch za rok 2019 v rozsahu a) rodné číslo poistenca, pri ktorom hodnota nadlimitnej sumy je nenulová; ak ide o cudzinca, ktorý nemá pridelené rodné číslo, meno, priezvisko a dátum narodenia, b) výška nadlimitnej sumy za poistenca, c) kód príslušnej zdravotnej poisťovne poistenca.“ Odôvodnenie: Výšku nadlimitnej sumy by malo určiť a úradu oznámiť Ministerstvo zdravotníctva SR, nakoľko disponuje údajmi na jej výpočet. Úradu tak už bude postačovať zaslať len vyššie uvádzané údaje.	Z	A	Pojem nahradený pojmom "určenie".
ÚDZ S	K článku I. bod 39 § 38ew ods. 1 - zásadná Navrhujeme znenie textu „ z nadlimitnej sumy za obdobie, ktoré dva roky predchádza kalendárnemu roku, za ktorý sa mesačné prerozdeľovanie vykonáva,, nahradiť textom „z nadlimitnej sumy za rok, ktorý dva roky predchádza kalendárnemu roku, za ktorého mesiace sa mesačné prerozdeľovanie vykonáva“. Odôvodnenie: Navrhujeme upresnenie znenie textu, keďže navrhovaná formulácia v návrhu novely zákona je nejednoznačná z dôvodu použitia nepresnej terminológie. Pod obdobím mal predkladateľ na mysli zrejme rok (pojem obdobie nie je presné a má potenciál vyvolať interpretačné rozdielnosti), vo vzťahu k textu za čiarkou (...., ktorý dva roky predchádza kalendárnemu roku, za ktorého mesiace sa mesačné prerozdeľovanie vykonáva) vid'. odôvodnenie k bodu č. 29.	Z	A	

Union ZP	Pripomienka nad rámec návrhu zákona k § 22 Navrhujeme nahradiť znenie § 22 ods. 2 písm. f) nasledovným znením: „f) poskytnúť súčinnosť zdravotnej poisťovni na jej vyžiadania pri vykonávaní jeho zdravotného poistenia.“ Rozšírenie povinnosti poistencov poskytovať súčinnosť zdravotným poisťovniam nielen pri vykonávaní RZP ale všeobecne pri výkone verejného zdravotného poistenia. V praxi sa zdravotné poisťovne často stretávajú s neochotou zo strany poistencov spolupracovať pri odstránení prípadných rozporov a overovaní skutočností potrebných pre výkon verejného zdravotného poistenia.	Z	N	Nad rámec návrhu.
Union ZP	Pripomienka nad rámec návrhu zákona k § 16 Navrhujeme v § 16 ods. 2 písm. a) a c) doplniť slová: „najmenej však vo výške minimálneho základu podľa § 13 ods. 10.“ Zmena v §16 ods. 2 je legislatívno-technická úprava preddavkov v súvislosti s návrhom minimálneho vymeriavacieho základu.	Z	N	Nad rámec návrhu.
Union ZP	Pripomienka nad rámec návrhu zákona k § 29b navrhujeme v § 29b ods. 16 slová „pri ročnom zúčtovaní poistného“ nahradiť slovami „pri vykonávaní verejného zdravotného poistenia“ Uloženie povinnosti na všeobecnú súčinnosť aj štátnym inštitúciám.	Z	N	Nad rámec návrhu.
Union ZP	Pripomienka nad rámec návrhu zákona k § 8 ods. 1 písm. a) a písm. h) Navrhujeme v § 8 ods. 1 písm. a) a písm. h) vypustiť z textu slovo „čas“ Spomedzi povinných náležitostí prihlášky navrhujeme vypustiť čas podania prihlášky a čas prijatia prihlášky. Vzhľadom na § 7 ods. 6, podľa ktorého ak poistenec podal prihlášku vo viacerých zdravotných poisťovniach, všetky jeho prihlášky podané z dôvodu zmeny zdravotnej poisťovne sú neplatné, t. j. čas podania je irelevantný. Čas podania a čas prijatia prihlášky mal význam v minulosti, kedy v prípade, že boli prihlášky podané naraz do viacerých zdravotných poisťovní, príslušnosť zdravotnej poisťovne závisela aj od času prijatia prihlášky, v súčasnosti už však nemá opodstatnenie.	Z	A	
Union ZP	Pripomienka nad rámec návrhu zákona k § 13 ods. 10 Navrhujeme znenie § 13 ods. 10 nahradiť nasledovným znením: Na účely tohto zákona sa pojmom minimálny základ rozumie 50% z priemernej mesačnej mzdy. Pokiaľ je vymeriavací základ zamestnanca nižší než minimálny základ, je zamestnanec povinný platiť poistné vo výške 13,5 % z rozdielu týchto základov. Ak má zamestnanec viacero zamestnávateľov, je povinný platiť poistné podľa predchádzajúcej vety prostredníctvom toho zamestnávateľa, ktorého si zvolí. Pokiaľ je vymeriavací základ nižší z dôvodu prekážok na strane zamestnávateľa, je tento rozdiel povinný platiť zamestnávateľ.“ Úprava minimálneho základu pre zamestnancov sa predpokladala tiež v predbežnej informácii k tomuto legislatívnemu procesu. Skúsenosti z aplikačnej praxe takisto dokazujú, že pre systém verejného zdravotného poistenia a rezort zdravotníctva by bolo finančne prínosné, ak by boli jasne stanovené minimálne základy pre zamestnanca aj	Z	N	Nad rámec návrhu.

	zamestnávateľa (identicky s minimálnym základom pre SZČO a samoplatiteľa). Každý ekonomicky aktívny poistenec by mal uhrádzať minimálne poistné. Súčasne je potrebné zabrániť zneužívaniu systému zo strany zamestnancov, ktorí majú príjem (a teda aj vymeriavací základ) napr. 10 € mesačne, z čoho odvod na zdravotné poistenie je blízky nule pričom ostatné skupiny platiteľov poistného majú povinnosť platiť nepomerne viac. Pritom náklady na zdravotnú starostlivosť sú rovnaké. V 2021 bude minimálny mesačný základ SZČO a samoplatiteľa v sume 546 € (minimálna mzda v I. stupni náročnosti práce na rok 2021 zatiaľ určená nie je. Ale v porovnaní s týmto rokom 2020 je minimálna mzda 580 € a v 6. stupni náročnosti práce 1 160 €). T. j. aj minimálny základ zamestnanca a zamestnávateľa by bol najnižšej hranici náročnosti práce (napr. aj pre konateľov či majiteľov firiem, ktorí nesú najvyššiu zodpovednosť za hospodárenie firmy).		
Union ZP	Čl. I bod 26 § 27 ods. 3 zákona č- 580.2004 Z. z. Union ZP odmieta navrhovanú úpravu prerozdeľovania poistného resp. implementáciu ustanovenia § 27aa a s tým súvisiacich ustanovení. Aj keď zákonodarca proklamuje zámer zefektívniť vynakladanie verejných prostriedkov, nie je možné ho hodnotiť ako pripravené a spravodlivé riešenie. Vzhľadom na skutočnosť, že každá zdravotná poisťovňa má špecifický poistný kmeň bude aj úhrada nadlimitnej sumy podľa názoru Union ZP nespravodlivá a nebude viesť k zefektívneniu vynakladania verejných prostriedkov ale práve naopak. Prerozdeľovací mechanizmus by nikdy nemal presne predikovať všetky budúce náklady pacientov pretože v takom prípade by mechanizmus úplne eliminoval riziko pre zdravotnú poisťovňu a motivácia zdravotnej poisťovne nakladať s finančnými prostriedkami efektívne by zanikla. Na toto riziko upozorňuje aj Európska komisia vo svojej správe „the Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems & Fiscal Sustainability“ (2016). Práve v tejto správe Európska komisia chváli Holandsko pre postupné zrušenie ex-post pravidiel, keďže „bez ex-post mechanizmu majú zdravotné poisťovne motiváciu obstaráť zdravotnú starostlivosť efektívnejšie. Cieľom mechanizmu by mala byť podľa názoru Union ZP snaha kompenzovať náklady za špecifickú skupinu poistencov. Je zrejme, že v rámci tejto skupiny budú ľahšie (menej nákladné) aj ťažšie (viac nákladné) prípady, ale zdravotná poisťovňa s dostatočne veľkým poistným kmeňom bude v konečnom dôsledku za túto skupinu poistencov kompenzovaná. Plánované zmeny považuje Union ZP ako snahu o zvýhodnenie zdravotnej poisťovne s najpočetnejším poistným kmeňom, a teda aj najväčším počtom vysokonákladových poistencov. Prijatie takejto úpravy prerozdelenia môže pôsobiť demotivujúco, keďže nevytvára dostatočný tlak na zdravotné poisťovne efektívne zabezpečiť zdravotnú starostlivosť. Union ZP nie je zrejme, na základe akých skutočností dospel zákonodarca k číslam „80 % zo sumy, o ktorú prekračujú skutočné náklady zdravotnej poisťovne na zdravotnú starostlivosť na poistenca“ a „20-násobku celkových priemerných nákladov na jedného poistenca“, keďže nie sú podložené žiadnou hĺbkovou analýzou. Zároveň zákonodarca nepopisuje relevantným spôsobom možný dopad na všetky zdravotné poisťovne. Uvedené pôsobí na Union ZP tak, že ide takpovediac o experimentálnu legislatívnu zmenu, ktorej dôsledky môžu mať negatívny vplyv, podľa názoru Union ZP, predovšetkým na zdravotnú	Z N	Napriek kompenzácii 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. Z tohto dôvodu sa navrhuje do procesu prerozdelenia poistného zaviesť prvok „Nadlimitná suma“. Ak by hodnotenie rizika poistného kmeňa bolo optimálne nastavené a prerozdelenie na báze indexov rizika by presne kompenzovalo všetky budúce náklady na poistenca, potom by dodatočné prerozdeľovanie na základe ustanovenia o nadlimitnej sume bolo prakticky neúčinné svojím dopadom na výsledok prerozdelenia a nebolo by nutné ho opätovne zavádzať. Avšak nadlimitná suma

poisťovňu s najmenším poistným kmeňom, a teda aj najnižším počtom vysokonákladových poistencov. Z uvedeného vyplýva, že zákonodarca priamo legislatívnou zmenou zvýhodní vybrané subjekty zabezpečujúce verejné zdravotné poistenie. Podstatou idey prerozdelenia je, že zdravotná poisťovňa stále nesie určité bremeno rizika za svojich poistencov. Toto riziko motivuje zdravotnú poisťovňu liečiť pacienta včas (napr. podporou preventívnych prehliadok), cielene (napr. využitím chemoterapie účinnej proti konkrétnemu typu tumoru) a efektívne (napr. centrálnym nákupom liekov). Znížením rizika pre zdravotnú poisťovňu do veľkej miery zaniká aj motivácia hospodáriť efektívne, na čo upozorňuje vo svojej správe aj Európska komisia. Nezávislá konzultačná spoločnosť vybraná MZ SR a AZP v roku 2018 vypracovala analýzu, v ktorej neodporúča použiť ex-post prerozdelenie („nadlimitnú sumu“) v takej podobe, ako je dnes navrhované, keďže mu chýba „teoretický aj matematický základ.“ Firma odporučila zaviesť parameter Viacročných nákladových indexov, ktorý bol zavedený v roku 2019, a ktorý výrazne zvýšil predikčnú silu mechanizmu a znížil počet poistencov, ktorí boli podkompenzovaní. Po zavedení tohto parametra mechanizmus nadlimitnej sumy, ktorý bol podľa firmy Gupta „experimentálny“ a „dočasný“ do veľkej miery stratil svoje opodstatnenie. Záverom Gupty bolo, že „ďalšia analýza mechanizmov a efektov ex-post prerozdelenia je potrebná pre vybudovanie pevného základu a dôvery v tento mechanizmus.“ Podľa nášho názoru tieto kroky ani spomínaná analýza neboli vykonané. Union ZP nepopiera, že prerozdelenie mechanizmus by sa mal ďalej zlepšovať. Nezávislí analytici z Gupta Strategists odporúčali zavedenie napríklad parametrov terapeutických pomôcok a diagnostických nákladových skupín, čo sú transparentné parametre, ktorých zavedenie podporujeme. Ex-post prerozdelenie však vytvára neoptimálny mechanizmus, kedy zdravotná poisťovňa nenesie plne zodpovednosť za svoje náklady – to nemotivuje zdravotnú poisťovňu k prevencii pacienta, cielenej liečbe ani k efektívnemu obstarávaniu zdravotnej starostlivosti. Union ZP namieta aj rozsah finančných prostriedkov prerozdelených navrhovaným spôsobom, ktorý predstavuje značný nepomer aj oproti vyspelejším krajinám EU (niekoľkonásobne väčší objem zdrojov). Ex-post prerozdelenie by teda bez dostatočného teoretického základu a analýzy dopadov na zdravotné poistenie a pacienta výrazne zasiahlo do súčasného systému verejného zdravotného poistenia. Ako bolo už spomenuté, Európska komisia konštatuje, že ex-post mechanizmy budú v budúcnosti odstránené, čo zabezpečí „motiváciu pre zdravotné poisťovne obstarávať zdravotnú starostlivosť efektívnejšie.“ Navrhované riešenie zmeny prerozdelenia poistného preto nepovažujeme za optimálne. Práve naopak, zdravotné poisťovne nemotivuje, aby znižovali svoje náklady na mimoriadne nákladných poistencov. Ani v zahraničí sa navrhovaný model prerozdelenia poistného neosvedčil a krajiny, ktoré ho zaviedli postupne upustili od tohto modelu. Preto navrhujeme, aby zmeny zákona č. 580/2004 Z. z. týkajúce sa najmä zavedenia nadlimitnej sumy, Ministerstvo zdravotníctva SR neimplementovalo. Na základe našej analýzy do ex-post prerozdelenia v navrhovanej podobe spadá vyše 15 000 poistencov a okolo 200 miliónov eur, čo predstavuje významný zásah do prerozdelenia mechanizmu, ktorý nie je nijako analyticky podložený, respektíve existujúca analýza od firmy Gupta ho neodporúča. Osobitná dôvodová správa uvádza, že mnoho z		má vplyv na prerozdelenie vo významnej miere.
--	--	--

	nadlimitných pacientov „nezachytáva žiadny súčasný parameter modelu napríklad preto, že majú veľmi zriedkavé ochorenie a užívajú vysoko nákladné lieky.“ Toto tvrdenie nie je podľa našej analýzy správne: 40 percent poistencov, ktorí sú nadlimitní sú už kompenzovaní prostredníctvom farmaceuticko-nákladových skupín. Navyše po zaradení Viacročných nákladových indexov takmer 60 percent nadlimitných poistencov už patrí do VRNI skupiny 4 a vyššie, čiže sú jedni z top 10 percent najdrahších pacientov za posledné 3 roky a ich index pre prerozdelenie je výrazne vyšší. Ex-post prerozdelenie by prípadne mohlo dávať zmysel pre nadmerne nákladných poistencov, ktorí už nie sú kompenzovaní prostredníctvom PCG alebo VRNI parametrov – sem spadá však len malá časť poistencov z množiny, ktorá je zadefinovaná v nadlimitnom prerozdelení v návrhu zákona. V súčasnej definícii sú teda niektoré skupiny pacientov kompenzované dvakrát, raz prostredníctvom PCG a VRNI schémy a duplicitne prostredníctvom nadlimitnej sumy. Napríklad onkologickí pacienti kompenzovaní prostredníctvom PCG skupiny „ONK“ by malo byť pri ex-post prerozdelení kompenzovaných ďalších vyše 10 miliónov eur prostredníctvom nadlimitného mechanizmu. To znamená, že skupina „ONK“ sa stáva ziskovou, čo je proti idei prerozdeľovacieho mechanizmu, ktorý má zabezpečiť rozpočtovú neutralitu každej kompenzovanej skupiny.			
Union ZP	Pripomienka nad rámec návrhu zákona k § 19 V § 19 navrhujeme doplniť nový odsek 23, ktorý znie: „23. Zdravotná poisťovňa vykoná poistencovi dodatočné ročné zúčtovanie poistného na základe oznámenia podľa § 29b ods. 11 alebo na základe poistencom preukázaného podania dodatočného daňového priznania“ Zdravotná poisťovňa v súčasnosti nemá povinnosť vykonať dodatočné ročné zúčtovanie poistného podľa dodatočného daňového priznania. Pri prípadnom prepočte môže ísť tak o nedoplatok z RZP (ak sa zvýši daňový základ) alebo o preplatok z RZP (ak sa zníži daňový základ) alebo sa zmenia v daňovom priznaní sumy výdavkov na poistenia. Lehota na prepočet a vykonanie „dodatočného“ RZP navrhujeme 5 rokov obdobne ako lehota na vrátenie preplatku (§ 21 ods. 3)	Z	N	Nad rámec návrhu.
Union ZP	Pripomienka nad rámec návrhu zákona k § 21 V § 21 sa dopĺňa odsek 5, ktorý znie: Právo poistenca na vykonanie dodatočného ročného zúčtovania poistného podľa § 19 ods. 18 sa premlčí uplynutím piatich rokov od prvého dňa kalendárneho roka nasledujúceho po roku, v ktorom sa ročné zúčtovanie poistného vykonalo alebo malo vykonať." Zdravotná poisťovňa v súčasnosti nemá povinnosť vykonať dodatočné ročné zúčtovanie a ani nie je určená lehota na „prepočet“ RZP na základe nových skutočností. Lehotu na dodatočné prepočítanie a otvorenie pôvodne vykonaného RZP odporúčame do 5 rokov (obdobne ako lehota je určená lehota na vrátenie preplatku z RZP, resp. na vrátenie poistného zaplateného bez právneho dôvodu v § 21 ods. 3).	Z	N	Nad rámec návrhu.

Union ZP	Pripomienka nad rámec návrhu zákona k § 8 ods. 1 V článku I za bod 2. sa vkladá nový bod 3 s nasledovným znením: V § 8 ods. 1 sa slová „Prihláška musí mať písomnú formu13aaa) a musí obsahovať“ nahrádzajú slovami „Prihláška musí mať písomnú formu13aaa). V prípade, ak je prihláška vyhotovená elektronickými prostriedkami musí byť podpísaná elektronickým podpisom13aab). Prihláška musí obsahovať“ 13aab) čl. 3 bod 10 Nariadenia EP a Rady (EÚ) č. 910/2014 z 23.7.2014 o elektronickej identifikácii a dôveryhodných službách pre elektronické transakcie na vnútornom trhu a o zrušení smernice 1999/93/ES Zdravotné poisťovne by mali mať možnosť prijímať prihlášky aj len elektronicky, 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 poistenec podáva prihlášku osobne. Takouto úpravou sa zefektívni a zjednoduší proces podávania prihlášok aj pre poistencov.	Z	A	
Union ZP	Čl. I bod. 34 - § 27aa ods. 1 zákona č. 580.2004 Z. z. V prípade, že zákonodarcia nevyhovie predchádzajúcej pripomienke, navrhujeme nahradiť znenie §27aa ods. 1 zákona nasledovným znením: Nadlimitnou sumou sa rozumie 80 % zo sumy, o ktorú prekračujú skutočné náklady zdravotnej poisťovne na zdravotnú starostlivosť na poistenca [§ 28 ods. 4 písm. b)] súčet štandardizovaných nákladov skupiny určenej indexom podľa § 28 ods. 3 a 50-násobku celkových priemerných nákladov na jedného poistenca v období, za ktoré sa ročné prerozdelenie vykonáva v prípade, že tento poistenec nie je zaradený do farmaceuticko-nákladovej skupiny alebo do viacročnej nákladovej skupiny 4 a vyššie. Pri vyššie spomenutých návrhoch spadá do nadlimitnej schémy 3000 poistencov pri 50-násobku priemerných nákladov na poistenca použitého v definícii nadlimitného prerozdelenia. Aj keď považujeme tieto počty poistencov stále za vysoké, keďže cieľom ex-post mechanizmu je kompenzácia nákladov pre malý počet poistencov s vysokými nákladmi nepokrytými existujúcim prerozdelením, a pritom ponechanie motivácie pre zdravotnú poisťovňu hospodáriť efektívne, táto úprava je podľa názoru Union ZP vernejšia využitiu ex-post mechanizmu, ktoré je opísané v dôvodovej správe. Zároveň navrhujeme, aby sa nadlimitné prerozdelenie vzťahovalo len na tých poistencov, ktorí už nie sú zaradení v PCG skupine alebo vo VRNI skupine 4 a vyššie, takže nenastáva dvojité kompenzácia pre určité skupiny poistencov.	Z	N	Navrhovaná úprava je v rozpore s koncepciou návrhu zákona.
Verejnosť	k čl. I bodu 14 Na účel vykonateľnosti a jednoznačnosti žiadam doplniť všetky možné spôsoby a formy podania žiadosti. Odôvodnenie: Pripomienka na účel vykonateľnosti a jednoznačnosti	O	A	Ustanovenie vypustené.
Verejnosť	k čl. I bodu 34 § 27aa – k nadlimitnej sume a k súvisiacim ustanoveniam právneho poriadku - Zásadné pripomienky	O	N	Pripomená je nad rámec návrhu zákona.

Nadlimitná suma komplexne nerieši terajší systém zdravotných odvodov, verejného zdravotného poistenia a úhrad v oblasti zdravotníctva, ktorý je neprípustný z právneho hľadiska aj morálneho hľadiska. Napr. ako sa uvádza v dôvodovej správe, „Cieľom zmeny je, aby každá zdravotná poisťovňa mala dostatok zdrojov aj na liečbu ťažko chorých poistencov.“. Predkladateľ však neustanovuje povinnosť ZP alebo revízných lekárov udeľovať súhlasy na liečbu, uhradiť mnohé lieky, ZP, DP (ani ak ide o choroby priamo ohrozujúcu život alebo o vážne choroby) a nemení terajšie mnohé neprijateľné ustanovenia právneho poriadku SR. Terajší právny systém SR nie je právne ani morálne prijateľný, keďže porušuje o. i. základné práva na život a na ochranu zdravia garantované o. i. Ústavou Slovenskej republiky, je diskriminačný a nie je solidárny voči všetkým poistencom, napr. voči pacientom, ktorí na záchranu života alebo zlepšenie ťažkého zdravotného stavu potrebujú drahé lieky (napr. neregistrované alebo nezaradené v zozname kategorizovaných liekov) a voči pacientom so zriedkavými vážnymi chorobami vyžadujúcimi mimoriadne nákladnú liečbu. V SR je toho času ustanovený neprípustný rozdielny prístup k ochrane života a zdravia poistencov vrátane pacientov so smrteľnými chorobami bezprostredne ohrozujúcimi život a s vážnymi ochoreniami - o. i. v dôsledku terajších neakceptovateľných a protiprávných pravidiel úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín a úhrady zdravotných výkonov a postupu zdravotných poisťovní a revízných lekárov zdravotných poisťovní pri udeľovaní predchádzajúcich súhlasov podľa ich ľubovôle (a to aj ak ide o smrteľné ochorenia) Napr. podľa § 88 ods. 8 zákona č. 363/2011 Z. z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 363/2011 Z. z.“) zdravotná poisťovňa iba môže (nemusí, a to ani pri bezprostrednom ohrození života) po vopred udelenom súhlase poistencovi plne uhradiť a) neregistrovaný liek, ktorého použitie povolilo MZ SR podľa osobitného predpisu, b) registrovaný liek, ktorého použitie na terapeutickú indikáciu, ktorá nie je uvedená v rozhodnutí o registrácii humánneho lieku, povolilo MZ SR podľa osobitného predpisu, c) dietetickú potravinu pre pacientov s metabolickou poruchou, ktorej prevalencia v Slovenskej republike je nižšia ako 1:300 000. Podľa § 88 ods. 7 zákona č. 363/2011 Z. z. zdravotná poisťovňa môže po vopred udelenom súhlase poistencovi najviac v zákonom ustanovenej výške uhradiť o. i. liek, ktorý nie je zaradený v zozname kategorizovaných liekov; liek, ktorý nie je zaradený v zozname liekov s úradne určenou cenou; zdravotnícku pomôcku, ktorá nie je zaradená v zozname kategorizovaných zdravotníckych pomôcok; zdravotnícku pomôcku, ktorá nie je zaradená v zozname zdravotníckych pomôcok s úradne určenou cenou; dietetickú potravinu, ktorá nie je zaradená v zozname kategorizovaných dietetických potravín; dietetickú potravinu, ktorá nie je zaradená v zozname dietetických potravín s úradne určenou cenou; liek zaradený v zozname kategorizovaných liekov, ktorý nesplňa preskripčné obmedzenie alebo indikačné obmedzenie ... V týchto prípadoch navyše zdravotná poisťovňa okrem prípadov hodných osobitného zreteľa poistencom môže uhradiť najviac sumu vo výške 90 %, 80 % alebo 75 % z ceny lieku, zdravotníckej pomôcky alebo dietetickej potraviny. V zmysle § 88 ods. 9 zákona č. 363/2011 Z. z. zdravotná poisťovňa úhradu podľa		
--	--	--

vyššie uvedených ustanovení § 88 ods. 7 a 8 zákona č. 363/2011 Z. z. iba môže (nemusi) odsúhlasiť v odôvodnených prípadoch, najmä vtedy, ak je poskytnutie lieku, zdravotníckej pomôcky alebo dietetickej potravy s prihliadnutím na zdravotný stav poistenca jedinou vhodnou možnosťou; a to iba na základe písomnej žiadosti poskytovateľa. Mnohí ťažko chorí pacienti, ktorým plnú úhradu z verejného zdravotného poistenia zdravotná poisťovňa neodsúhlasí a nemajú potrebné finančné prostriedky, neakceptovateľne a zbytočne zomierajú, hoci ich choroba je liečiteľná. Podľa § 42 ods. 5 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 v znení neskorších predpisov zdravotný výkon, ktorý nie je uvedený v Zozname zdravotných výkonov indikovaných pri jednotlivých chorobách, možno plne alebo čiastočne uhradiť poistencovi len s predchádzajúcim súhlasom revízneho lekára zdravotnej poisťovne. Aj znenie tohto platného ustanovenia považujem za neakceptovateľné z hľadiska ochrany života a zdravia poistencov (napr. ak ide o zdravotný výkon v súlade s prirodzeným právom, ktorý je nevyhnutný na záchranu života, pri liečení ťažkej choroby, na odstránenie silnej bolesti a pod.). Znenie viacerých ustanovení terajšieho právneho poriadku (viď napr. vyššie) je v rozpore so základnými právami na život a na ochranu zdravia, je diskriminačné a právne neprípustné a žiadam ho bezodkladne zmeniť tak, aby sa bezplatná, kvalitná a účinná zdravotná starostlivosť (napr. lieky, zdravotnícke pomôcky, dietetické potraviny, zdravotné výkony ...) za podmienky súhlasu pacienta poskytovala povinne bez akýchkoľvek predchádzajúcich súhlasov a žiadostí iných osôb prinajmenšom všetkým pacientom s chorobami ohrozujúcimi život, všetkým pacientom s vážnymi chorobami, všetkým pacientom so silnou bolesťou a všetkým tým, pre ktorých je predmetná liečba jedinou možnosťou – a to bez výnimky a s plnou úhradou z verejných prostriedkov bez ohľadu na výšku finančných nákladov. Nejde len o inštitút doplatkov za lieky, zdravotnícke pomôcky a dietetické potraviny, podstatné zmeny si vyžaduje celý zdravotnícky systém - vrátane zdravotných odvodov. Žiadam nastaviť zdravotné odvody tak, aby nebolo možné tvoriť zisk a v plnom rozsahu sa využili na poskytovanie zdravotnej starostlivosti, a to zrušiť verejné zdravotné poistenie a zdravotné poisťovne a zaviesť zdravotnú daň). Terajšie neprípustné predchádzajúce súhlasy zdravotných poisťovní a revíznych lekárov zdravotných poisťovní žiadam vypustiť aspoň vo vyššie uvedených prípadoch, je nutné upraviť aj oblasť kategorizácie a poskytovania zdravotnej starostlivosti. Na účel ochrany života a zdravia pacientov je nevyhnutné o. i. úplne zakázať výkon umelých potratov a všetkých ďalších činností a inštitútov (o. i. liekov, ZP, výkonov) neprípustných z hľadiska prirodzeného práva a morálky, úplne odstrániť vplyv finančných skupín a podnikateľov v zdravotníctve, a realizovať viaceré kroky v prospech pacientov a zdravotníckych pracovníkov, o. i. zakázať v oblasti zdravotníctva krížové vlastníctvo súkromnými osobami a konflikt záujmov, komplexne zmeniť systém zdravotných odvodov, odstrániť korupciu a realizovať ďalšie systémové zmeny v oblasti poskytovania zdravotnej starostlivosti a zdravotníctva. Čo sa týka úhrad v oblasti zdravotníctva, okrem nutnosti zrušiť aktuálne znenie neprípustných predchádzajúcich súhlasov zdravotných poisťovní a revíznych lekárov zdravotných poisťovní		
---	--	--

aspoň v prípadoch ohrozenia života, vážnych chorôb, silnej bolesti alebo jedinej možnosti považujem za potrebnú o. i. aj nasledovnú úpravu. Čo sa týka predpísaných liekov, predpísaných zdravotníckych pomôcok a predpísaných dietetických potravín, mám za to, že by mal byť zrušený doplatok pre osoby s ťažkým zdravotným postihnutím, osoby s ťažkými ochoreniami, osoby v hmotnej núdzi, dôchodcov s nízkym príjmom, ďalších sociálne slabých obyvateľov a pre deti aspoň v útlom veku. Vláda SR sa v Programovom vyhlásení vlády SR na obdobie rokov 2020 – 2024 zaviazala zrušiť doplatky za lieky pre ťažko zdravotne postihnuté osoby, deti do 6 rokov veku a pre dôchodcov (pri nich sa má zohľadňovať výška ich príjmu), a to do výšky doplatku najlacnejšieho zameniteľného lieku. So zrušením doplatkov sa stotožňujem, avšak za nasledovných podmienok: Za nutné považujem vzťahovať toto zrušenie aj na zdravotnícke pomôcky a dietetické potraviny, doplatky zrušiť aj pre osoby v hmotnej núdzi, ďalšie sociálne slabé skupiny a osoby s ťažkými ochoreniami a namiesto zrušenia do výšky najlacnejšej zameniteľnej varianty ustanoviť zrušenie doplatkov tak, aby neuprednostňovalo užívanie generických liekov a príslušných podnikateľov na úkor pacientov – napr. mnohým pacientom lacný generický liek neprospieva, má vedľajšie účinky a pod. a nemajú dostatok financií na iný liek. Odôvodnenie: Nevyhnutnosť dosiahnuť ochranu základných práv a slobôd, najmä práva na život a na ochranu zdravia. Podľa čl. 12 ods. 2 Ústavy Slovenskej republiky základné práva a slobody vrátane práva na ochranu zdravia sa zaručujú na území SR všetkým bez ohľadu o. i. na sociálny pôvod, majetok alebo iné postavenie. Nikoho nemožno z týchto dôvodov poškodzovať, zvyhodňovať alebo znevýhodňovať. V zmysle čl. 40 Ústavy Slovenskej republiky každý má právo na ochranu zdravia. Na základe zdravotného poistenia majú občania právo na bezplatnú zdravotnú starostlivosť a na zdravotnícke pomôcky za podmienok, ktoré ustanoví zákon. Je potrebné dosiahnuť tento cieľ uvedený v Programovom vyhlásení vlády SR na obdobie rokov 2020 – 2024: „Vláda SR deklaruje, že kľúčovými hodnotami v systéme zdravotníctva sú spravodlivosť, solidarita, kvalita a rovnosť prístupu k zdravotnej starostlivosti pre každého občana.“. Nie je prijateľné umožňovať neakceptovateľný zisk finančným skupinám a iným podnikateľom na úkor života a zdravia pacientov. Miera úmrtnosti odvrátiteľnej zdravotnou starostlivosťou (treatable mortality) v SR je alarmujúca. Ako sa uvádza v Revízii výdavkov na zdravotníctvo II. Záverečnej správy MF SR a MZ SR z októbra 2019, v r. 2017 malo ísť až o „168 úmrtí na 100 000 obyvateľov“ ... „Ak by Slovensko v roku 2016 bolo na úrovni priemeru krajín V3, predišlo by sa úmrtiu približne 1 300 ľudí. Ak by sa dostalo na úroveň EÚ15, znamenalo by to o približne 5 000 odvrátiteľných úmrtí ročne menej.“(file:///C:/Users/42191/Downloads/revizia_zdravotnictvo_2%20(3).pdf). O. i. na účel ochrany života a zdravia pacientov je nevyhnutné úplne vylúčiť vplyv finančných skupín v oblasti zdravotníctva, zakázať v oblasti zdravotníctva krížové vlastníctvo súkromnými osobami a konflikt záujmov, komplexne zmeniť systém zdravotných odvodov, odstrániť korupciu a realizovať ďalšie systémové zmeny. Potrebné je zapojiť o. i. Protimonopolný úrad SR.			
--	--	--	--

Verejnosť	k čl. I bodu 24 § 25 ods. 1 novému písmenu n) - zásadná pripomienka: Novú povinnosť ZP zriaďiť informačný systém žiadam upraviť a doplniť tak, aby boli v plnej miere chránené základné práva osôb na život a na ochranu zdravia, na nedotknuteľnosť súkromia osoby, na ochranu pred neoprávneným zasahovaním do súkromného života a na ochranu pred neoprávneným zhromažďovaním, zverejňovaním alebo iným zneužívaním údajov o svojej osobe (práva na ochranu osobných údajov) a aby boli príslušné ustanovenia určité (napr. slová „využívať iné služby sú neprípustné, je ich nutné konkretizovať ...), nezneužiteľné a v súlade s platným právnym poriadkom, o. i. s nariadením EÚ 2016/679 a so zákonom č. 18/2018 Z. z.	O	A	Ustanovenie bolo vypustené.
Verejnosť	k čl. I bodom 37 a 38 § 29b a k ustanoveniam týkajúcim sa osobných údajov - zásadné pripomienky S viacerými navrhovanými ustanoveniami zásadne nesúhlasím kvôli porušovaniu základných ľudských práv na nedotknuteľnosť súkromia osoby, na ochranu pred neoprávneným zasahovaním do súkromného života a na ochranu pred neoprávneným zhromažďovaním, zverejňovaním alebo iným zneužívaním údajov o svojej osobe na ochranu osobných údajov) – vid' napr. čl. 16 ods. 1 a čl 19 ods. 2 a 3 Ústavy SR, ako aj porušovaniu príslušných ustanovení GDPR (o. i. čl. 5 a 6) a príslušných ustanovení zákona č. 18/2018 Z. z. Tieto ustanovenia žiadam zosúladiť s platným právnym poriadkom. O. i. nie je právne prípustné: - vložiť do úvodnej druhej vety § 29b ods. 20 slová „úradu a“, t. j. doplniť ÚDZS medzi osoby, ktorým SP poskytuje zo svojho informačného systému všetky osobné údaje vymenované v odseku 20. Slová „úradu a“ žiadam z úvodnej vety § 29b ods. 20 vypustiť. Odôvodnenie: Dosiahnutie súladu s platným právnym poriadkom (vid' napr. text pripomienky). Z DS je zjavné, že úradu je nutné poskytovať iba údaj o predmetnom nesúhlase s udelením výnimky podľa bodu 37; nie je prijateľné poskytovať úradu akékoľvek ďalšie údaje podľa odseku 20, keďže to nie je nevyhnutné (ide o priame porušenie o. i. čl. 5 ods. 1 GDPR (zásad spracúvania OÚ); - s vyššie uvedenou zásadnou pripomienkou žiadam zosúladiť bod 38 § 29b ods. 22 a všetky súvisiace ustanovenia, napr. vypustiť slová „úradu alebo“; - pri všetkých ustanoveniach návrhu týkajúcich sa OÚ žiadam dodržať GDPR - o. i. čl. 5, 6 a čl. 36 ods. 4 GDPR a príslušné ustanovenia zákona č. 18/2018 Z. z. Podľa čl. 36 ods. 4 nariadenia EÚ 2016/679 členské štáty obligatórne uskutočňujú s dozorným orgánom (t. j. v SR s ÚOOÚ SR) konzultácie počas prípravy návrhu legislatívneho opatrenia, ktoré má prijať národný parlament, alebo regulačného opatrenia založeného na takomto legislatívnom opatrení, ktoré sa týka spracúvania OÚ. Odôvodnenie: Dosiahnutie súladu s GDPR a príslušnými ustanoveniami zákona č. 18/2018 Z. z. Podľa čl. 5 ods. 1 GDPR osobné údaje musia byť a) spracúvané zákonným spôsobom, spravodlivo a transparentne vo vzťahu k dotknutej osobe („zákonnosť, spravodlivosť a transparentnosť“); b) získavané na konkrétne určené, výslovne uvedené a legitímne účely a nesmú sa ďalej spracúvať spôsobom, ktorý nie je zlučiteľný s týmito účelmi; ďalšie spracúvanie na účely archivácie vo verejnom záujme, na účely vedeckého alebo historického výskumu či štatistické účely sa v súlade s článkom 89 ods. 1 nepovažuje za nezlučiteľné s pôvodnými účelmi („obmedzenie účelu“); c) primerané, relevantné a obmedzené na rozsah, ktorý je	O	Č A	Upravené znenie novelizácie. Oznamovania sa bude týkať iba doterajšie písm. f), ktoré bude presunuté do osobitného odseku. Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou vedie Centrálny register poistencov. Uvedené údaje z tohto titulu musí spracúvať.

	nevyhnutný vzhľadom na účely, na ktoré sa spracúvajú („minimalizácia údajov“); d) správne a podľa potreby aktualizované; musia sa prijať všetky potrebné opatrenia, aby sa zabezpečilo, že sa osobné údaje, ktoré sú nesprávne z hľadiska účelov, na ktoré sa spracúvajú, bezodkladne vymažú alebo opravia („správnosť“); e) uchovávané vo forme, ktorá umožňuje identifikáciu dotknutých osôb najviac dovtedy, kým je to potrebné na účely, na ktoré sa osobné údaje spracúvajú; osobné údaje sa môžu uchovávať dlhšie, pokiaľ sa budú spracúvať výlučne na účely archivácie vo verejnom záujme, na účely vedeckého alebo historického výskumu či na štatistické účely v súlade s článkom 89 ods. 1 za predpokladu prijatia primeraných technických a organizačných opatrení vyžadovaných týmto nariadením na ochranu práv a slobôd dotknutých osôb („minimalizácia uchovávania“); f) spracúvané spôsobom, ktorý zaručuje primeranú bezpečnosť osobných údajov, vrátane ochrany pred neoprávneným alebo nezákonným spracúvaním a náhodnou stratou, zničením alebo poškodením, a to prostredníctvom primeraných technických alebo organizačných opatrení („integrita a dôvernosť“). V zmysle čl. 5 ods. 2 GDPR prevádzkovateľ je zodpovedný za súlad s čl. 5. ods. 1 GDPR a musí vedieť tento súlad preukázať („zodpovednosť“). Čl. 6 GDPR upravuje podmienky zákonnosti spracúvania OÚ. Podľa čl. 36 ods. 4 nariadenia EÚ 2016/679 členské štáty obligatórne uskutočňujú s dozorným orgánom (t. j. v SR s ÚOOÚ SR) konzultácie počas prípravy návrhu legislatívneho opatrenia, ktoré má prijať národný parlament, alebo regulačného opatrenia založeného na takomto legislatívnom opatrení, ktoré sa týka spracúvania OÚ. ...			
Verejnosť	k čl. I bodu 13 - zásadná pripomienka V záujme ochrany života a zdravia poistencov a spravodlivosti žiadam ustanovenie upraviť tak, aby mal predmetný dlžník povinnosť vyplatiť dlžnú sumu vždy, ak sa dostane do zisku (aj po splnení reštrukturalizačného plánu). Odôvodnenie: Pripomienka na účel ochrany života a zdravia poistencov a spravodlivosti. Uvádzam aj časť uplatnenej zásadnej pripomienky MF SR: „Z navrhovaného znenia však nie je zrejmé, či má dlžník, voči ktorému je pohľadávka po splnení reštrukturalizačného plánu zdravotnou poisťovňou odpísaná, povinnosť vyplatiť dlžnú sumu, ak sa dostane do zisku. Uvedené žiadame upresniť.“.	O	A	Ustanovenie vypustené.
Verejnosť	čl. I bodu 8 § 11 ods. 7 písm. q) - zásadná pripomienka Zásadne nesúhlasím s tým, aby bol štát platiteľom poistného za azylantov iba 6 mesiacov od udelenia azylu a žiadam vypustenie bodu 8. V prípade, že táto pripomienka nebude akceptovaná, považujem za nutné s cieľom ochrany života a zdravia azylantov predĺžiť navrhovanú lehotu aspoň na dva roky a je nevyhnutné doplniť súvisiace prechodné ustanovenie pre terajších azylantov a pre osoby, ktoré si podali žiadosť o azyl, s dostatočne dlhou časovou lehotou. Odôvodnenie: Pripomienka na účel ochrany života a zdravia azylantov. V prípade neakceptovania vypustenia bodu 8 je nutné navrhovanú lehotu predĺžiť a doplniť súvisiace prechodné ustanovenia.	O	N	osoba po udelení azylu získava časovo neobmedzený pobyt na území SR s právami a povinnosťami ako iný účastník systému verejného zdravotného poistenia. Rovnako tak sa môže stať poistencom za ktorého platí poistné štát po splnení podmienok ako iná osoba (napr. evidencia na úrade práce, osoba v

			hmotnej núdzi a pod.). Na preklopenie prechodného obdobia pri začiatku pobytu na Slovensku sa navrhuje obdobie 6 mesiacov, kedy bude štát platiť poistné v každom prípade. Nevidíme ale dôvod na udržiavanie tohto stavu donekonečna, rovnako tak nevnímame ako ohrozenie jeho života a zdravia skutočnosť, že pre platenie poistného štátom sa bude musieť zaevidovať na úrade práce rovnako ako iné osoby.
Verejnosť	Zásadná pripomienka k čl. I bodu 19 § 20 ods. 1, bodu 22 § 24 a bodu 23 § 24 Zásadne nesúhlasím s tým, aby platiteľ poistného, ktorý je zamestnávateľom, samostatne zárobkovo činnou osobou alebo platiteľom poistného podľa § 11 ods. 2 zákona č. 580/2004 Z. z., musel oznamovať/zasielať predmetné údaje a skutočnosti výlučne elektronicky. Body 19, 22 a 23 žiadam vypustiť. Odôvodnenie: Pripomienka na účel vykonateľnosti a dodržania princípov právneho štátu; nie je povinnosťou každej osoby mať prístup na internet. Nie každý z uvedených platiteľov poistného by mohol navrhovanú povinnosť realizovať a ďalším by to spôsobovalo ťažkosti.	O N	Už v súčasnosti je povinnosť komunikácie s Finančnou správou pre zamestnávateľov výlučne elektronicky. Nepredpokladá sa, že by uvedená zmena mala spôsobovať ťažkosti zamestnávateľovi.
Verejnosť	k DS a doložke vybraných vplyvov Zásadne nesúhlasím s tým, že návrh nebude mať vplyvy na rozpočet verejnej správy, sociálne vplyvy a vplyv na informatizáciu spoločnosti. V sprievodnej dokumentácii žiadam uviesť reálne údaje. Odôvodnenie: Potreba uviesť v sprievodnej dokumentácii reálne údaje.	O N	návrh nemá vplyv na rozpočet verejnej správy.
Verejnosť	článku I, bodu 14. návrhu novely "14. V § 18 ods. 2 a 3 sa vypúšťa slovo „písomnej“." Obyčajná Žiadame o vyšpecifikovanie formy komunikácie medzi platiteľom poistného a zdravotnou poisťovňou Návrh zmeny by mal uľahčiť komunikáciu platiteľovi poistného, ktorý prejaví ochotu a vôľu svoj dlh splatiť, a zdravotnej poisťovne. V návrhu, ani v sprievodných materiáloch nie je vyšpecifikované akou inou formou, ak nie písomnou, je možné viesť ďalšiu komunikáciu tak, aby ju nebolo možné spochybniť a rozporovať. Môžeme sa iba domnievať, že predkladateľ mal na mysli elektronickú komunikáciu. Bolo by vhodné vyšpecifikovať v zákone formy komunikácie tak, aby nemohla byť spochybnená ani jednou zo zúčastnených strán.	O Č A	Novelizačný bod bol vypustený.

Verejnosť	článku I., bodu 20 návrhu novely "20. V § 22 ods. 2 sa písmeno i) dopĺňa piatym bodom a šiestym bodom". Obyčajná Navrhujeme alternatívu preukázania sa pri poskytnutí zdravotnej starostlivosti u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti aj prostredníctvom preukazu poistenca V § 22 ods. 2 sa písmeno i) bod 1 až bod 4 ponechať v prechodnom napr. na dva roky ako platnú, okrem zobrazenia preukazu v mobilnej aplikácii a uvedenia svojho rodného čísla, ktoré si daný poskytovateľ zdravotnej starostlivosti môže overiť na portáli príslušnej zdravotnej poisťovne alebo na portáli Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. Upozorňujeme aj na to, že táto aplikácia bude využiteľná iba v SR a pre vycestovanie do EÚ bude poistenec naďalej využívať preukaz poistenca. Odôvodnenie: Uvedený návrh by mal zjednodušiť a uľahčiť identifikáciu poistencov pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Vyskytli sa obavy v radoch verejnosti, pacientov, žeby mohli vzniknúť problémy v prípade poskytovania zdravotnej starostlivosti u pacientov, ktorí nemajú možnosť zobrazenia preukazu v mobilnej aplikácii príslušnej zdravotnej poisťovne, prípadne ošetrojúci lekár, zdravotnícky pracovník nebude mať prístup k všetkým údajom v rámci e- zdravotníctva, prepojenia na zdravotnú poisťovňu, prípadne na úrad pre dohľad. Elektronické zdravotníctvo podľa údajov Národného centra zdravotníckych informácií momentálne využíva viac ako 17.000, teda dve tretiny poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.	O	A	
Verejnosť	Čl. I Do čl. I sa navrhuje doplniť nasledujúce novelizačné body, ktorými sa mení zákon č. 580/2004 Z. z.: 1. V § 9f ods. 7 sa slová „všeobecný predpis o správnom konaní,56)“ nahrádzajú slovami „správny poriadok,“. 2. V § 17a ods. 9 sa slová „nevzťahujú všeobecné predpisy o správnom konaní“ nahrádzajú slovami „nevzťahuje správny poriadok“. 3. V § 18 ods. 2 a 3 sa slová „nevzťahujú všeobecné predpisy o správnom konaní“ nahrádzajú slovami „nevzťahuje správny poriadok“. 4. V § 25a ods. 5 sa slová „nevzťahujú všeobecné predpisy o správnom konaní.56)“ nahrádzajú slovami „nevzťahuje správny poriadok.“. 5. V § 26 ods. 6 sa slová „vzťahujú všeobecné predpisy o správnom konaní.56)“ nahrádzajú slovami „vzťahuje správny poriadok.“. 6. V § 28 ods. 14 sa slová „všeobecný predpis o správnom konaní“ nahrádzajú slovami „správny poriadok“. Odôvodnenie: Pri príležitosti novelizácie tohto zákona sa navrhuje zapracovať túto legislatívno-technickú pripomienku, ktorá je nevyhnutná na spresnenie odkazu na správny poriadok a na zjednotenie a zosúladenie legislatívno-technickej praxe s ostatnými právnymi predpismi. Táto pripomienka explicitne vyplýva z bodov 8 a 22.9 prílohy č. 1 k Legislatívnym pravidlám vlády Slovenskej republiky. Pojem „všeobecný predpis o správnom konaní“ je nepresný a neurčitý, a preto by sa nemal používať. Touto zmenou sa tak prispeje k prehľadnosti a presnosti právneho poriadku.	O	N	Nad rámec návrhu.
Verejnosť	článku I, bodom 27., 28., 30., 31. návrhu novely Navrhované zmeny v § 27 ods.6, ods. 8, ods. 12, § 27a ods. 3, V § 27a ods. 9 písm. a)..... Žiadame	O	N	Predkladateľ prehodnotil navrhovaný spôsob

	o prehodnotenie návrhu prerozdelenia verejného zdravotného poistenia medzi zdravotnými poisťovňami tak, aby nedochádzalo k zníženiu efektivity pri nákupe zdravotnej starostlivosti a jej kvality, aby poistenci jednotlivých zdravotných poisťovní mali aj naďalej rovnocenné postavenie a možnosť výberu poisťovne aj na základe ponúkaných benefitov a rozvoja priorít, ktoré si vláda stanovila v rámci priorít štátnej zdravotnej politiky. Aj pacienti sú platiteľmi zdravotných odvodov a najmä ekonomickí aktívni poistenci sa často pýtajú ako, a či efektívne štát a zdravotné poisťovne hospodária s ich odvodmi. Chceme poukázať na to, že hoci poistenci majú slobodnú voľbu pri výbere poisťovne, nemá to žiadny vplyv na výšku ich poistnej platby a stále takmer minimálny vplyv na odlišnosti v poskytovaných benefitoch. Obávame sa, že aj tie sa stanú pre poistencov a pacientov nedostupné, kvôli obmedzeniu zdrojov, súťaže, snahy poisťovní skvalitňovať služby svojim poistencom.			prerozdelenieho mechanizmu a v navrhutej podobe ho pokladá za vhodný a účinný nástroj na udržanie efektivity pri uhrádzaní zdravotnej starostlivosti a zároveň za nástroj na spravodlivé vyrovnanie rizík medzi jednotlivými zdravotnými poisťovňami tak, aby poistenci jednotlivých zdravotných poisťovní mali zabezpečené rovnocenné postavenie.
Verejnosť	§ 43a a § 46a Z hľadiska ochrany práv pacientov oceňujeme, že do návrhu novely zákona č. 581/2004 Z. z. boli začlenené nové ustanovenia - § 43a a § 46a, ktoré vymedzujú právne postavenie podávateľa podnetu na vykonanie dohľadu, jeho práva a povinnosti, najmä právo byť oboznámený s výsledkom dohľadu nad zdravotnou starostlivosťou po ukončení dohľadu nad zdravotnou starostlivosťou a právo požiadať o vykonanie nového dohľadu v tej istej veci, ak sú splnené podmienky podľa § 43 ods. 10, t. j. ak vyjdú najavo nové skutočnosti alebo dôkazy, ktoré mohli mať podstatný vplyv na skutočnosti podľa § 47 ods. 1 písm. e), alebo ak závery vykonaného dohľadu vychádzajú z nedostatočne zisteného skutkového stavu veci, a tiež ustanovenie povinnosti tretích osôb poskytnúť súčinnosť osobám oprávneným na výkon dohľadu. Stotožňujem sa s Vaším názorom, že šetrenia týkajúce sa poskytovania zdravotnej starostlivosti klientom zariadení sociálnych služieb sú potrebné, preto pozitívne hodnotíme návrh na rozšírenie pôsobnosti Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou o kontrolu poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnej pomoci, ktoré nemajú uzatvorenú zmluvu so zdravotnou poisťovňou.	O	N	Nad rámec návrhu zákona.
Verejnosť	článku I bodu 3 návrhu novely Zavádza novú definíciu výdavkov na prevádzkové činnosti, ktorými budú výdavky ustanovené v súčasnosti aj ako ostatné výdavky, ak nie sú explicitne vymedzené zákonom ako neprevádzkové výdavky. K prevádzkovým výdavkom tak patria aj výdavky zdravotnej poisťovne na zdravotnú starostlivosť, ak na ňu nemá pacient nárok na základe osobitných predpisov. Navrhujem uplatniť k tomuto ustanoveniu pripomienky z dôvodu obáv, že dôjde k porušeniu rovnosti nárokov pacientov - poistencov zdravotných poisťovní. Vzniká obava, že z dôvodu existencie limitu na prevádzkové výdavky navrhovaná právna úprava obmedzí možnosť zdravotných poisťovní ponúkať poistencom benefity nad rámec zdravotnej starostlivosti, na ktorú majú nárok. Taktiež sa obávame, že pri makroekonomických výpadkoch zdravotné poisťovne	O	N	Nad rámec návrhu zákona.

	nebudú schopné pokryť náklady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť, uhradiť napr. lieky na výnimky, že dôjde nárastu priamych platieb a sociálnemu zaťaženiu najrizikovejších skupín pacientov(onkologickí, zriedkavé ochorenia, imunoterapia, v prípade potreby liečby v zahraničí a.t.d')			
VŠZP	K Čl. I bod 5: 1. Navrhujeme v § 9g za slová „Poistenec, ktorý je verejne zdravotne poistený v Slovenskej republike, poberá“ vložiť slovo „len“. 2. Navrhujeme v § 3 ods. 4 slová „Verejne zdravotne poistená je aj fyzická osoba, ktorá nemá trvalý pobyt v Slovenskej republike“ nahradiť slovami “Verejne zdravotne poistená je aj fyzická osoba, ktorá nemá bydliskoXY v Slovenskej republike.“ Poznámka pod čiarou k odkazu XY znie nasledovne: „XY Čl. 1 Nariadenie (ES) EURÓPSKEHO PARLAMENTU A RADY 883/2004 z 29. apríla 2004 o koordinácii systémov sociálneho zabezpečenia, Čl. 11 NARIADENIE EURÓPSKEHO PARLAMENTU A RADY (ES) č. 987/2009 zo 16. septembra 2009, ktorým sa stanovuje postup vykonávania nariadenia (ES) č. 883/2004 o koordinácii systémov sociálneho zabezpečenia“ 3. Navrhujeme v § 3 ods. 4 slová „a poberá starobný dôchodok, invalidný dôchodok, vdovský dôchodok, vdovecký dôchodok, sirotsky dôchodok alebo výsluhový dôchodok a dovŕšila dôchodkový vek podľa osobitného predpisu,8ab) invalidný výsluhový dôchodok, vdovský výsluhový dôchodok, vdovecký výsluhový dôchodok alebo sirotsky výsluhový dôchodok z výsluhového zabezpečenia policajtov a vojakov, zo Slovenskej republiky“ nahradiť slovami “ a poberá starobný dôchodok, invalidný dôchodok, vdovský dôchodok, vdovecký dôchodok, sirotsky dôchodok alebo výsluhový dôchodok a dovŕšila dôchodkový vek podľa osobitného predpisu,8ab) invalidný výsluhový dôchodok, vdovský výsluhový dôchodok, vdovecký výsluhový dôchodok alebo sirotsky výsluhový dôchodok z výsluhového zabezpečenia policajtov a vojakov, len zo Slovenskej republiky“ Odôvodnenie: 1. Predmetné ustanovenie je potrebné doplniť o slovo „len“. V opačnom prípade, ak osoba – poberateľ dôchodku zo SR má bydlisko v inom ČŠ EU a poberá dôchodok aj z tohto ČŠ EU, podlieha legislatíve tohto štátu bydliska a nemôže byť z titulu poberania dôchodku v SR verejne zdravotne poistená v SR. V opačnom prípade je to v rozpore s čl. 23 Nariadenia EP a Rady č. 883/2004. 2. Pri slove bydlisko kvôli jednoznačnosti navrhujeme doplniť odvolávku na čl. 1 nariadenia EP a Rady č. 883/2004 a čl. 11 nariadenia EP a Rady č. 987/2009. Mnohí dôchodcovia si presunú v súlade s nariadením bydlisko do iného ČŠ EU, pričom si formálne trvalý pobyt ponechávajú v SR, a tým by boli vylúčení (v rozpore s nariadením) zo skupiny osôb verejne zdravotne poistených v SR. 3. Kvôli zosúladieniu s nariadením navrhujeme doplniť slovo „len“, t.j. ... len zo Slovenskej republiky... Aktuálne znenie je v rozpore s čl. 23 nariadenia EP a Rady č. 883/2004.	Z	N	Slovo „len“ nie je potrebné. Ak osoba poberá dôchodok z iného členského štátu, kde má bydlisko, nemôže byť poistencom verejného zdravotného poistenia. Ak poberá dôchodok aj z iného členského štátu, v ktorom bydlisko nemá, môže byť verejne zdravotne poistená na Slovensku. Pri presune bydliska do iného členského štátu ponechaní trvalého pobytu v SR dôchodca neprichádza o účasť na verejnom zdravotnom poistení. Uvedené ustanovenie nie je v rozpore s predpismi EU. Ak osoba poberá dôchodok v štáte bydliska, je zdravotne poistená v tomto štáte a teda nesplňa podmienku podľa § 3 ods. 4.
VŠZP	Nad rámec návrhu zákona za Čl. I sa dopĺňajú čl. II, čl. III a čl. IV, ktoré znejú: Čl. II Zákon č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „zákon č. 581/2004 Z. z.“), sa dopĺňa takto: 1. V § 18 ods.	O	Č A	Nad rámec návrhu zákona. Pre uľahčenie procesu vymáhania pohľadávok zrušené ustanovenia o

I písm. a) sa dopĺňa bod 9., ktorý znie: „9. Úrad rozhoduje o námietkach dlžníka proti rozhodnutiu zdravotnej poisťovne vydanému v konaní vo veciach vymáhania pohľadávok, ak námietkam nevyhovela zdravotná poisťovňa podľa osobitného predpisu.39f)“ Poznámka pod čiarou k odkazu 39f) znie: “39f) §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” 2. V § 77a sa dopĺňa odsek 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: Doplnenie kompetencií úradu rozhodovať o námietkach v súvislosti so zavedením samostatného vymáhania zdravotnými poisťovňami. 3. Za § 77e sa dopĺňa § 77f, ktorý znie: „Sociálna poisťovňa poskytuje zdravotnej poisťovni na účely konania vo veciach vymáhania pohľadávok podľa osobitného predpisu 39f) informácie o platiteľovi mzdy fyzickej osoby. Poznámka pod čiarou k odkazu 39f) znie: “39f) §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: V súvislosti so zavedením samostatného vymáhania zdravotnými poisťovňami, je potrebné umožniť získanie informácií, ktoré vyplývajú z činnosti Sociálnej poisťovne, na základe vyžiadania zdravotnej poisťovne. Čl. III Zákon č. 483/2001 Z. z. o bankách a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „zákon o bankách“), sa dopĺňa takto: V § 91 ods. 4 sa dopĺňa písm. ab), ktoré znie: „ab) zdravotnej poisťovne, na účely vymáhania pohľadávok prikázaním z účtu klienta banky alebo pobočky zahraničnej banky, ktorý je účastníkom konania pred zdravotnou poisťovňou vo veciach vymáhania pohľadávok podľa osobitného predpisu.86dk)“ Poznámka pod čiarou k odkazu 86dk) znie: „86dk) 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“ Odôvodnenie: V súvislosti so zavedením samostatného vymáhania zdravotnými poisťovňami, je potrebné umožniť získanie informácií, ktoré sú predmetom bankového tajomstva, na základe vyžiadania zdravotnej poisťovne. Čl. IV Zákon č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon o sociálnom poistení“), sa dopĺňa takto: V § 170 sa dopĺňa ods. 23, ktorý znie: „Sociálna poisťovňa poskytuje zdravotným poisťovníkam na základe žiadosti zo svojho informačného systému údaje o poistencovi, poberateľovi dávky a o zamestnávateľovi poistenca bez súhlasu dotknutých osôb v rozsahu nevyhnutnom na účel ustanovený osobitným predpisom. 138)“ Poznámka pod čiarou k odkazu 138) znie: „138) zákon č. 580/2004 o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov“ Odôvodnenie: V súvislosti so zavedením samostatného vymáhania zdravotnými poisťovňami, je potrebné umožniť získanie informácií, ktoré vyplývajú z činnosti Sociálnej poisťovne, na základe vyžiadania zdravotnej poisťovne. Súčasný článok II sa označuje ako článok V.	obmedzení vymáhania v § 38ev (krízová situácia).
---	---

VŠZP	Nad rámec návrhu zákona k Čl. I: Navrhujeme do § 9 vložiť nový odsek 8 v nasledovnom znení: „(8) Za účelom uplatnenia nároku zdravotnej poisťovne podľa odseku 7 sú súdy, orgány činné v trestnom konaní, orgány štátnej správy, právnické osoby a fyzické osoby povinné poskytovať zdravotnej poisťovni potrebnú súčinnosť, najmä predkladať v ustanovenej lehote požadované doklady a oznamovať požadované údaje.” Odôvodnenie: Zdravotná poisťovňa pri uplatňovaní regresného práva je povinná predložiť dôkazy a preukázať zavinené protiprávne konanie tretej osoby za účelom úspešného uplatňovania regresného práva. Vzhľadom na skutočnosť, že povinnosťou zdravotnej poisťovne je vykonávať túto činnosť, navrhovaná úprava zabezpečí úspešné plnenie tejto povinnosti poisťovne.	O	N	Nad rámec návrhu zákona.
VŠZP	K Čl. I bod 24: Navrhujeme poznámku pod čiarou k odkazu 53aaaa zmeniť nasledovne: „53aaaa) § 21 ods. 1 zákona č. 305/2013 Z.z., § 7 zákona č. 153/2013 Z. z. o národnom zdravotníckom informačnom systéme a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov“. Odôvodnenie: Navrhujeme rozšíriť pôsobnosť autentifikátora o elektronický preukaz zdravotníckeho pracovníka, ktorý je technickým prostriedkom na identifikáciu, autentizáciu a autorizáciu zdravotníckeho pracovníka.	Z	N	Ustanovenie bolo vypustené.
VŠZP	K Čl. I bod 16: Navrhujeme prepracovať navrhovanú zmenu v Čl. I bod 16. Odôvodnenie: Ustanovenie umožňuje zdravotnej poisťovni zasielať oznámenie iba o preplatku z ročného zúčtovania a len pre ohraničenú skupinu platiteľov poistného (nie pre zamestnávateľa a SZČO). Z ustanovenia nie je jednoznačné, či elektronické zasielanie bude nahrádzať zasielanie v písomnej forme. Ak áno, vzniká z právneho aj praktického hľadiska problém pre účel jednoznačného určenia okamihu doručenia oznámenia o preplatku z ročného zúčtovania, resp. nie je určený presne vymedzený spôsob doručovania ako v prípade ustanovenia § 17b. § 17b zostáva naďalej v platnosti a prípadne by sa musel rozšíriť o tento nový spôsob doručovania elektronickou formou a bude potrebné presné vymedzenie okamihu, resp. dátumu doručenia pre počítanie lehôt na podanie nesúhlasného stanoviska platiteľa. Ak elektronické zasielanie nenahrádza zasielanie v písomnej forme vznikne duplicitné zasielanie informácií platiteľovi. Takéto duplicitné zasielanie bude pre potrebu zmeny informačných procesov zdravotnej poisťovne znamenať vynaloženie ďalších finančných výdavkov pre zdravotnú poisťovňu. Uvedená zmena legislatívy neprináša praktický prínos pre klientov a neprináša zjednodušenie a rozvoj pre elektronickú komunikáciu zdravotnej poisťovne s klientom. Prijatie tohto ustanovenia by prinášalo aplikačné problémy v praxi. Klienti, ktorí majú aktivovanú elektronickú službu zdravotnej poisťovne (ePobočka) už dostávajú informáciu o výsledku ročného zúčtovania elektronicky. Namiesto tejto novelizácie § 19 ods. 8 navrhujeme, aby zákonodarca uložil povinnosť fyzickým osobám a	Z	A	Ustanovenie vypustené.

	samostatne zárobkovo činným osobám aktivovať si elektronické schránky od dostatočne vopred oznámeného dátumu pre rozvoj elektronickej komunikácie so zdravotnými poisťovňami			
VŠZP	Nad rámec návrhu zákona k Čl. I: Navrhujeme v § 17a ods. 8 za slová „Zdravotná poisťovňa môže výkaz nedoplatkov zrušiť aj z vlastného podnetu,“ vložiť slová „najviac však tri roky od nadobudnutia právoplatnosti výkazu nedoplatkov,“ Odôvodnenie: Navrhovaná zmena dopĺňa ustanovenie uvedeného paragrafového znenia za účelom ohraničenia spätného evidovania zmien, ktoré nahlasujú poistenci a platitelia za dlhé časové obdobia z minulosti	O	N	Nad rámec návrhu zákona.
VŠZP	K Čl. I bod 14: Navrhujeme v § 18 ods. 2 a 3 slovo „písomnej“ nevypustiť a navrhujeme za slovo „písomnej“ doplniť slová „alebo elektronickej“. Odôvodnenie Účelom navrhovaného znenia je potrebné zreteľne uviesť, akou formou podania žiadosti je možné požiadať o splátkový kalendár, aby sa zamedzilo podávaniu žiadosti len ústnou formou.	O	A	Ustanovenie vypustené.
VŠZP	Nad rámec návrhu zákona k Čl. I: Navrhujeme v § 20 ods. 6 slová „Formu, vzory a štruktúru listinných výkazov preddavkov na poistné a výkazov platiteľa dividend“ nahradiť slovami „Formu, vzory a štruktúru výkazov platiteľa dividend“. Odôvodnenie: Navrhujeme vypustiť povinnosť zverejňovania výkazov preddavkov na poistné v listinnej podobe ak sa budú zasielať výlučne elektronicky vzhľadom na zmenu v § 20 ods. 1.	O	N	Nad rámec návrhu zákona. Listinné vykazovanie vyplatenia dividend a realizácie odvodu je potrebné ponechať, nakoľko spoločnosti, vyplácajúce dividendy nemusia byť registrované v zdravotnej poisťovni ako platiteľ poistného a nejaví sa účelné kvôli jednorazovému oznámeniu zaväzovať tieto spoločnosti k vytvoreniu si elektronickej registrácie.
VŠZP	Nad rámec návrhu zákona k Čl. I: Navrhujeme v § 24 doplniť písmeno p) v nasledovnom znení: „p) do 8 dní od prihlásenia požiadať zdravotnú poisťovňu o zriadenie elektronických služieb poisťovne a využívať ich v rámci komunikácie so zdravotnou poisťovňou.“ Odôvodnenie: Navrhujeme uložiť povinnosť pre platiteľov využívať elektronické služby poisťovne, nakoľko je účelné v čo najväčšej miere využívať elektronickú komunikáciu s platiteľmi v rámci verejného zdravotného poistenia.	O	N	Nad rámec návrhu.

VŠZP	K Čl. I bod 21: Navrhujeme v § 24 písm. c) za slovo inštitúcií vložiť slová „podľa § 29b ods. 22“. Odôvodnenie: Považujeme za potrebné aj špecifikovať dané inštitúcie. V nadväznosti s doplneným odsekom 22 v § 29b takto nebude dochádzať pri výklade povinnosti platiteľov poisťného k nezrovnalostiam.	Z	Č A	Ustanovenie bolo preformulované.
VŠZP	K Čl. I bod 25: Navrhujeme v § 25a 7 vložiť za slovami „voči nemu neeviduje“ slová „iné pohľadávky na poisťnom a na preddavkoch na poisťné po splatnosti.“ Odôvodnenie: Navrhujeme presne špecifikovať, ktoré pohľadávky pre jednoznačnosť ustanovenia.	O	A	
VŠZP	Nad rámec návrhu zákona k Čl. I: Navrhujeme v § 6 ods. 6 vypustiť slová „Ak poistenec nepodal prihlášku, aj keď ju podať mal, príslušnou zdravotnou poisťovňou na úhradu zdravotnej starostlivosti v členskom štáte sa stane zdravotná poisťovňa, ktorú si poistenec vyberie a ktorej uhradí poisťné na zdravotné poistenie odo dňa vzniku skutočnosti zakladajúcej vznik verejného zdravotného poistenia.“ Navrhujeme v poslednej vete § 6 ods. 6 slová „Ak si poistenec zdravotnú poisťovňu nemôže vybrať“ nahradiť slovami „Ak si poistenec prihlášku nemôže podať“. Odôvodnenie: Zo znenia ... „príslušnou zdravotnou poisťovňou na úhradu zdravotnej starostlivosti v členskom štáte sa stane zdravotná poisťovňa“ ... vyplýva, že zdravotná poisťovňa je príslušná len pre účely uhradenia nákladov za ZS v inom ČŠ EU. Určením príslušnej zdravotnej poisťovne by táto mala znášať náklady na celú ZS, bez ohľadu na skutočnosť, či vznikli v ČŠ alebo v SR. Rovnako zo znenia nie je jasné, akým iným spôsobom, ako podaním prihlášky, by si mal poistenec príslušnú zdravotnú poisťovňu vybrať.	O	N	Nad rámec návrhu zákona.
VŠZP	K Čl. I bod 2: Navrhujeme v § 6 ods. 8 za prvú vetu vložiť vetu: „Ak je dieťa poistené podľa § 3 ods. 3 písm. h), osoby podľa prvej vety sú povinné podať prihlášku.“ Odôvodnenie: Informácie o deťoch poistených podľa § 3 ods. 3 písm. h) zdravotná poisťovňa nedostáva v dávke, a preto rodičia musia podať prihlášku, inak sa zdravotná poisťovňa o týchto deťoch nedozvie.	Z	A	
VŠZP	K Čl. I bod 3: Navrhujeme v § 8 ods. 1 písm. b) vypustiť slová „dátum narodenia“, „pohlavie“, „číslo identifikačnej karty alebo číslo pasu“ a v časti za bodkočiarkou na konci doplniť slová „číslo identifikačnej karty alebo číslo pasu“. Odôvodnenie: Podľa súčasného znenia ust. § 8 ods. 1 písm. b) zákona prihláška musí obsahovať meno, priezvisko, rodné priezvisko, rodné číslo, číslo identifikačnej karty alebo číslo pasu, pohlavie, adresu trvalého pobytu, ak má prechodný pobyt, aj adresu prechodného pobytu poistenca a kontaktnú adresu; u cudzinca sa uvádza aj adresa trvalého pobytu v cudzine, doba trvalého pobytu alebo doba prechodného pobytu na území Slovenskej republiky, štátna príslušnosť a dátum narodenia, ak mu rodné číslo nebolo	Z	Č A	Po dohode na pracovnom stretnutí bolo znenie ustanovenia upravené takto: "V § 8 ods. 1 písm. b) sa za slová „priezvisko, rodné číslo“ vkladá čiarka a slová „dátum narodenia“.

	pridelené. Navrhujeme, aby číslo identifikačnej karty alebo pasu bolo povinne uvádzané len pri cudzincoch, nakoľko zdravotná poisťovňa vie tieto údaje získať z RFO, tieto údaje nie sú ani súčasťou oznamovacích povinností (nie je potrebné nahlasovať ich zmenu) a nejedná sa ani o nevyhnutný identifikátor osoby (v prihláške sa povinne uvádzajú iné identifikačné údaje, ktoré postačujú na identifikáciu osoby).			
VŠZP	Nad rámec návrhu zákona k Čl. I: Navrhujeme v § 9 ods. 2 vložiť písm. i), ktoré znie: “i) od ktorého sa dlžné poistné vymáha spôsobom podľa § 25i ods. 1 a zdravotná poisťovňa po začatí konania vo veciach vymáhania pohľadávok povolila dlžníkovi splácať vymáhané pohľadávky podľa § 18 ods. 3.” Odôvodnenie: Zabezpečenie poskytovania plnej zdravotnej starostlivosti aj tým dlžníkom, ktorých bude exekvovať zdravotná poisťovňa v prípade, že im povolila splátky dlžnej sumy.	O	N	Nad rámec návrhu zákona.
VŠZP	K Čl. I bod 26: Navrhujeme v §27aa ods. vložiť nový odsek 7, ktorý znie: „(7) Ministerstvo zdravotníctva oznámi úradu do 31. októbra kalendárneho roka na účely výpočtu nadlimitnej sumy podľa § 27aa a kontroly správnosti údajov o poistencoch, ktoré predkladajú zdravotné poisťovne, údaje o poistencoch za predchádzajúci kalendárny rok v rozsahu a) rodné číslo poistenca, pri ktorom hodnota nadlimitnej sumy je nenulová; ak ide o cudzinca, ktorý nemá pridelené rodné číslo, meno, priezvisko a dátum narodenia, b) pohlavie, c) výška skutočných nákladov zdravotnej poisťovne na zdravotnú starostlivosť na poistenca, d) zaradenie poistenca do skupiny určenej indexom podľa § 28 ods. 3, e) výška nadlimitnej sumy za poistenca, f) kód príslušnej zdravotnej poisťovne poistenca.“ Odôvodnenie: V navrhovanom §38ew ods. 3 je povinnosť MZ SR oznámiť údaje do 15. dní od účinnosti zákona, je potrebné preto riešiť ale aj oznamovanie údajov v bežnom roku v budúcnosti, v ďalších rokoch.	O	Č A	Jedná sa len o prechodné ustanovenie, ktoré rieši skutočnosť, že v prvom roku sa používajú len fiktívne údaje z modelu prerozdelenia. Doplnené ustanovenie ohľadom odovzdania údajov za rok 2020. V nasledujúcich rokoch sú už dostupné konkrétne údaje z výkonu prerozdelenia, preto nie je takéto oznamovanie v bežnom roku potrebné.
VŠZP	Nad rámec návrhu zákona k Čl. I: Navrhujeme znenie § 22 ods. 2 písm. f) upraviť nasledovne: „f) Poistenec je povinný poskytnúť súčinnosť zdravotnej poisťovni na základe jej vyžiadania pri vykonávaní jeho zdravotného poistenia." Odôvodnenie: Za účelom efektívnejšieho výkonu verejného zdravotného poistenia navrhujeme rozšírenie súčinnosti z oprávnenia poistencov štátu podľa § 11 ods. 7) na všeobecnú súčinnosť poistencov.	O	N	Nad rámec návrhu zákona.
VŠZP	Nad rámec návrhu zákona k Čl. I: Za § 25a sa dopĺňajú §25b až 25m, ktoré vrátane nadpisu znejú: „KONANIE VO VECIACH VYMÁHANIA POHLADÁVOK § 25b Základné ustanovenia (1) Konaním vo veciach vymáhania	O	N	Nad rámec návrhu zákona.

pohľadávok podľa tohto zákona je konanie, ktorým zdravotná poisťovňa z úradnej moci vymáha pohľadávky na poistnom, pohľadávky na úrokoch z omeškania, nedoplatky z ročného zúčtovania poistného na verejné zdravotné poistenie a trovy konania vzniknuté v procese uplatňovania týchto pohľadávok voči dlžníkovi. 2) Zdravotná poisťovňa je povinná a) zisťovať, či sú splnené podmienky na začatie konania vo veciach vymáhania pohľadávok podľa tohto zákona, b) vymáhať pohľadávky podľa tohto zákona spôsobmi, ktoré tento zákon ustanovuje. (3) Ak nie je možné zabezpečiť vymáhanie pohľadávok podľa odseku 1 z dôvodu nesplnenia podmienok na začatie konania vo veciach vymáhania pohľadávok podľa odseku 2 písm. a) alebo z iného dôvodu, zdravotná poisťovňa môže podať návrh na vykonanie exekúcie podľa osobitného predpisu. 51c) (4) Navrátenie do predošlého stavu je v konaní vo veciach vymáhania pohľadávok podľa tohto zákona vylúčené. (5) Proti inému než tomu, kto je v exekučnom titule označený ako dlžník možno viesť konanie vo veciach vymáhania pohľadávok len ak sa preukázalo, že naňho prešla povinnosť z exekučného titulu. § 25c Exekučný titul Exekučným titulom je výkaz nedoplatkov vydaný zdravotnou poisťovňou podľa § 17a alebo právoplatné a vykonateľné rozhodnutie úradu podľa osobitného zákona 57), ktorým bola dlžníkovi uložená povinnosť plniť a dlžník si túto povinnosť v určenej lehote dobrovoľne nesplnil. § 25d Začatie konania vo veciach vymáhania pohľadávok (1) Konanie vo veciach vymáhania pohľadávok začína zdravotná poisťovňa na podklade exekučného titulu vydaním rozhodnutia o začatí konania vo veciach vymáhania pohľadávok. Dňom vydania rozhodnutia o začatí konania vo veciach vymáhania pohľadávok je toto rozhodnutie právoplatné a nie sú proti nemu prípustné námietky. (2) Rozhodnutie o začatí konania vo veciach vymáhania pohľadávok obsahuje a) názov zdravotnej poisťovne, ktorá rozhodnutie vydala, b) číslo a dátum vydania rozhodnutia, c) meno, priezvisko, rodné číslo, adresu trvalého pobytu dlžníka, ktorým je fyzická osoba, ak ide o fyzickú osobu oprávnenú podnikáť aj obchodné meno, miesto podnikania a identifikačné číslo, ak jej bolo pridelené, alebo obchodné meno, sídlo, identifikačné číslo dlžníka, ktorým je právnická osoba d) označenie exekučného titulu, e) výšku vymáhanej pohľadávky, f) podpis alebo faksimile podpisu s uvedením mena, priezviska a funkcie oprávnenej osoby. (3) Rozhodnutie o začatí konania vo veciach vymáhania pohľadávok sa nedoručuje. (4) Počas konania vo veciach vymáhania pohľadávok premlčacia doba v zmysle § 21 ods. 2 tohto zákona spočíva. § 25e Odloženie vymáhania pohľadávok (1) Zdravotná poisťovňa odloží vymáhanie pohľadávok, ak po začatí konania vo veciach vymáhania pohľadávok boli dlžníkovi povolené splátky vymáhaných pohľadávok. Ak dlžník neuhradí zdravotnej poisťovni čo i len jednu splátku riadne a včas, zdravotná poisťovňa bude pokračovať vo vymáhaní pohľadávok. (2) Zdravotná poisťovňa môže odložiť vymáhanie pohľadávok z vlastného podnetu, ak sa preverujú skutočnosti, ktoré môžu mať za následok zastavenie konania vo veciach vymáhania pohľadávok. (3) Zdravotná poisťovňa môže odložiť vymáhanie pohľadávok na žiadosť dlžníka, ktorý je fyzickou osobou, ak sa dlžník bez svojej viny ocitol prechodne v takom postavení, že by neodkladné vymáhanie pohľadávok mohlo mať pre neho alebo príslušníkov jeho rodiny zvlášť nepriaznivé následky. Tieto skutočnosti musí dlžník zdravotnej poisťovni preukázať. (4) Ak zdravotná poisťovňa odloží		
---	--	--

vymáhanie pohľadávok, úkony, ktoré vykonala, zostávajú zachované, ak v rozhodnutí o odložení vymáhania pohľadávok nie je určené inak. (5) Rozhodnutie o odložení vymáhania pohľadávok sa doručuje do vlastných rúk dlžníkovi a osobám podľa jednotlivých spôsobov vymáhania pohľadávok. (6) Proti rozhodnutiu o odložení vymáhania pohľadávok nie sú prípustné námietky. § 25f Zastavenie konania vo veciach vymáhania pohľadávok (1) Zdravotná poisťovňa na návrh alebo aj bez návrhu zastaví konanie vo veciach vymáhania pohľadávok, ak: a) exekučný titul bol zrušený, b) exekučný titul sa nestal vykonateľným, c) právo vymáhať pohľadávku je premlčané a dlžník vzniesol písomne námietku premlčania alebo právo na vymáhanie pohľadávky zaniklo, d) pohľadávka bola uspokojená, e) nemožno uplatniť ani jeden zo spôsobov vymáhania pohľadávok podľa tohto zákona, f) je tu iný dôvod, pre ktorý nie je možné v konaní vo veciach vymáhania pohľadávok pokračovať. (2) Ak sa niektorý z dôvodov zastavenia konania vo veciach vymáhania pohľadávok týka tohto konania len sčasti, zdravotná poisťovňa zastaví toto konanie len čiastočne. (3) V prípade, že došlo k zastaveniu konania vo veciach vymáhania pohľadávok z dôvodu podľa § 25f ods. 1 písm. d) tohto zákona a vymožením pohľadávky vznikol preplatok, zdravotná poisťovňa vráti preplatok dlžníkovi. (4) Rozhodnutie podľa odseku 1 alebo odseku 2 sa doručuje dlžníkovi do vlastných rúk. (5) Ak zdravotná poisťovňa rozhodla o zastavení konania podľa odseku 1 alebo odseku 2, po nadobudnutí právoplatnosti tohto rozhodnutia je zdravotná poisťovňa povinná zastavenie konania oznámiť osobám podľa jednotlivých spôsobov vymáhania pohľadávok, ktorým bol doručený príkaz na začatie vymáhania pohľadávok. § 25g Námietky (1) Proti rozhodnutiu zdravotnej poisťovne vydanému v konaní vo veciach vymáhania pohľadávok je možné podať námietky, ak tento zákon neustanovuje inak. (2) Námietky sa podávajú zdravotnej poisťovni, ktorá rozhodnutie vydala v lehote do 15 dní odo dňa doručenia rozhodnutia, proti ktorému námietky smerujú, ak tento zákon neustanovuje inak. Pokiaľ nie je v tomto zákone ustanovené inak, námietky majú odkladný účinok. (3) Dlžník je oprávnený podať námietky proti upovedomeniu o začatí vymáhania pohľadávok v lehote podľa ods. 2 len z dôvodu, ak po vzniku exekučného titulu nastali okolnosti, ktoré spôsobili zánik vymáhanej pohľadávky alebo bránia jej vymáhateľnosti, alebo ak existujú iné okolnosti, pre ktoré je vymáhanie pohľadávok neprípustné. (4) Zdravotná poisťovňa môže rozhodnúť o námietkach, ak im v celom rozsahu vyhovie. (5) Ak zdravotná poisťovňa námietkam dlžníka v celom rozsahu nevyhovie, predloží námietky dlžníka do 30 dní odo dňa ich doručenia spolu so stanoviskom zdravotnej poisťovne k námietkam dlžníka úradu. § 25h Doručovanie (1) Písomnosti, o ktorých to ustanovuje tento zákon, sa doručujú do vlastných rúk. (2) Upovedomenie o začatí vymáhania pohľadávok sa doručuje dlžníkovi do vlastných rúk. Náhradné doručenie upovedomenia o začatí vymáhania pohľadávok dlžníkovi, je vylúčené. (3) Ak nie je možné doručiť upovedomenie o začatí vymáhania pohľadávok dlžníkovi, ktorý je fyzickou osobou oprávnenou podnikat', na adresu jeho miesta podnikania uvedenú v živnostenskom registri alebo v inom registri, v ktorom je zapísaný, a jeho iná adresa nie je zdravotnej poisťovni známa, toto upovedomenie sa považuje po troch dňoch od vrátenia nedoručenej zásielky zdravotnej poisťovni za doručené, a to aj vtedy, ak sa dlžník, ktorý je fyzickou osobou oprávnenou		
---	--	--

podnikať, o tom nedozvie. Ak nie je možné doručiť upovedomenie o začatí vymáhania pohľadávok dlžníkovi, ktorý je právnickou osobou, na adresu jeho sídla uvedenú v obchodnom registri alebo v inom registri, v ktorom je zapísaný, a jeho iná adresa nie je zdravotnej poisťovni známa, toto upovedomenie sa považuje po troch dňoch od vrátenia nedoručenej zásielky zdravotnej poisťovni za doručené, a to aj vtedy, ak ten, kto je oprávnený konať za dlžníka, ktorý je právnickú osobu, sa o tom nedozvie. (4) Ak dlžník bezdôvodne odoprie prijať upovedomenie o začatí vymáhania pohľadávok, je toto upovedomenie doručené dňom, keď jeho prijatie bolo odopreté. (5) Ak má dlžník aktivovanú elektronickú schránku zriadenú v zmysle osobitných právnych predpisov, písomnosti 55e) zasielané dlžníkovi v konaní vo veciach vymáhania pohľadávok sú dlžníkovi zdravotnou poisťovňou zasielané do tejto elektronickej schránky. Poznámka pod čiarou k odkazu 55e) znie: “ 55e) Zákon č. 305/2013 Z. z. o elektronickej podobe výkonu pôsobnosti orgánov verejnej moci a o zmene a doplnení niektorých zákonov (zákon o e-Governmente) v znení neskorších predpisov” § 25i Spôsoby vymáhania pohľadávok (1) Zdravotná poisťovňa môže vymáhať pohľadávky a) zrážkami zo mzdy a z iného príjmu, b) prikázaním pohľadávky z účtu vedenom u poskytovateľa platobných služieb. (2) Spôsob vymáhania pohľadávok určí zdravotná poisťovňa, pričom môže pohľadávku voči dlžníkovi vymáhať aj niekoľkými spôsobmi súčasne. § 25j Vymáhanie pohľadávok zrážkami zo mzdy a z iných príjmov (1) Vymáhaniu pohľadávok zrážkami zo mzdy a z iných príjmov podlieha mzda, plat alebo iný príjem dlžníka. Iným príjmom sa rozumie pracovná odmena členov družstiev, príjmy, ktoré dlžníkovi nahrádzajú odmenu za prácu, najmä odmena vyplývajúca z dohody o vykonaní práce, náhrada príjmu pri dočasnej pracovnej neschopnosti zamestnanca, dávky sociálneho poistenia poskytované podľa osobitného predpisu 55f) a dôchodky starobného dôchodkového sporenia, ak nie sú týmto zákonom alebo osobitným právnym predpisom z vymáhania pohľadávok vylúčené. (2) Ak sa v ustanoveniach o vymáhaní pohľadávok zrážkami zo mzdy a z iného príjmu hovorí o platiteľovi mzdy, vzťahujú sa príslušné ustanovenia na fyzickú a právnickú osobu, voči ktorej má dlžník nárok na niektorý z príjmov podľa odseku 1. (3) Ak má dlžník popri nároku na mzdu nárok aj na iný príjem podľa druhej vety odseku 1, postupuje sa tak, ako keby išlo o niekoľko miezd. (4) Na vymáhanie pohľadávok zrážkami z iného príjmu sa primerane použijú ustanovenia o vymáhaní pohľadávok zrážkami zo mzdy podľa § 25k. (5) Ak sa vyplácajú preddavky členom družstiev za obdobie dlhšie ako jeden kalendárny mesiac, vypočíta sa, koľko pripadá z poskytovaného preddavku na jednotlivé kalendárne mesiace, a z takto vypočítanej mesačnej odmeny sa dlžníkovi vykonávajú zrážky (6) Vymáhaniu pohľadávok zrážkami zo mzdy a z iného príjmu nepodliehajú: a) suma potrebná na úhradu za poskytnutú sociálnu službu 55g) alebo jej časť, ak dlžník platí úhradu za poskytnutú sociálnu službu alebo jej časť, b) suma povinného zostatku po zaplatení úhrady za sociálne služby podľa osobitného predpisu, 55h) ak účastník konania platí úhradu za sociálne služby, c) pomoc v hmotnej núdzi a jednorazová dávka v hmotnej núdzi podľa osobitného predpisu, 55i) d) peňažné príspevky na kompenzáciu sociálnych dôsledkov ťažkého zdravotného postihnutia podľa osobitného predpisu, 55j) e) štátne sociálne dávky podľa osobitných predpisov, 55k) f) príspevky na podporu náhradnej		
---	--	--

starostlivosti o dieťa podľa osobitného predpisu, 55l) g) opatrenia sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately finančného charakteru podľa osobitného predpisu, 55m) h) zvýšenie dôchodku pre bezvládnosť. i) 13. dôchodok poskytovaný podľa osobitného predpisu 55n) (7) Ak zdravotná poisťovňa povolí odklad vymáhania pohľadávok podľa § 25e ods. 1 alebo 3 zdravotná poisťovňa o tom upovedomí platiteľa mzdy alebo iného príjmu bezodkladne po vydaní rozhodnutia, ktorým sa tento odklad povolil. Platiteľ mzdy alebo iného príjmu po doručení tohto upovedomenia 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. (8) Ak zdravotná poisťovňa povolí odklad vymáhania pohľadávok podľa § 25e ods. 2, platiteľ mzdy alebo iného príjmu 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. Poznámky pod čiarou k odkazom 55f) až 55n) znejú: „ 55f) § 13 zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov. 55g) § 74 ods. 7 písm. h) 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. 55h) § 73 ods. 1 až 7 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. 55i) Zákon č. 417/2013 Z. z. o pomoci v hmotnej núdzi a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. 55j) § 19 zákona č. 447/2008 Z. z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a o zmene a doplnení niektorých zákonov. 55k) Napríklad zákon č. 238/1998 Z. z. o príspevku na pohreb v znení neskorších predpisov, zákon č. 571/2009 Z. z. o rodičovskom príspevku v znení neskorších predpisov, zákon č. 600/2003 Z. z. o prídavku na dieťa a o zmene a doplnení zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov. 55l) Zákon č. 627/2005 Z. z. o príspevkoch na podporu náhradnej starostlivosti o dieťa v znení neskorších predpisov. 55m) § 64 až 70 zákona č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. 55n) § 143a) zákona č. 328/2002 Z. z. v znení zákona č. 45/2020 Z. z.; § 77a a 77b zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení zákona č. 45/2020 Z. z.“ § 25k Vymáhanie pohľadávok zrážkami zo mzdy (1) Zdravotná poisťovňa doručí do vlastných rúk platiteľovi mzdy príkaz na začatie vymáhania pohľadávok zrážkami zo mzdy a dlžníkovi upovedomenie o začatí vymáhania pohľadávok zrážkami zo mzdy a zakáže dlžníkovi nakladať s peňažnými prostriedkami, ktoré možno postihnúť vymáhaním pohľadávok podľa tohto zákona, a to až do výšky vymáhanej pohľadávky. Dlžník stráca dňom, keď sa platiteľovi mzdy doručí príkaz na začatie vymáhania pohľadávok zrážkami zo mzdy, právo na vyplatenie tej časti mzdy, ktorá zodpovedá určenej výške zrážok. (2) Zdravotná poisťovňa prikáže platiteľovi mzdy, aby odo dňa doručenia príkazu podľa odseku 1 vykonával zo mzdy dlžníka určené zrážky a nevyplácal zrazené sumy. Dlžníkovi sa nesmie zraziť z mesačnej mzdy základná suma; spôsoby jej výpočtu ustanovuje osobitný predpis. 55o) (3) Príkaz na začatie vymáhania pohľadávok zrážkami zo mzdy		
--	--	--

obsahuje: a) názov a sídlo zdravotnej poisťovne, ktorá príkaz na začatie vymáhania pohľadávok zrážkami zo mzdy vydala, b) číslo a dátum vydania príkazu na začatie vymáhania pohľadávok zrážkami zo mzdy, c) označenie platiteľa mzdy, d) označenie exekučného titulu, e) meno, priezvisko, rodné číslo adresu trvalého pobytu dlžníka, f) výšku vymáhanej pohľadávky, g) číslo účtu zdravotnej poisťovne, na ktoré majú byť vykonané zrážky poukázané h) variabilný symbol, prípadne ďalšie identifikačné údaje platby, ktoré majú byť pri poukázaní zrazenej sumy použité, i) podpis alebo faksimile podpisu s uvedením mena, priezviska a funkcie oprávnenej osoby . (4) Príkaz na začatie vymáhania pohľadávok zrážkami zo mzdy je právoplatný dňom jeho vydania a námietky voči nemu nie sú prípustné. (5) Upovedomenie o začatí vymáhania pohľadávok zrážkami zo mzdy obsahuje: a) názov a sídlo zdravotnej poisťovne, ktorá upovedomenie o začatí vymáhania pohľadávok zrážkami zo mzdy vydala, b) označenie exekučného titulu, c) meno, priezvisko, rodné číslo, adresu trvalého pobytu dlžníka, d) výšku vymáhanej pohľadávky, e) výzvu na zaplatenie vymáhanej pohľadávky v lehote do 15 dní od doručenia upovedomenia o začatí vymáhania pohľadávok zrážkami zo mzdy, f) upozornenie, že ak pohľadávka nebude zaplatená v lehote podľa písmena e) zdravotná poisťovňa pristúpi k vymáhaniu pohľadávky zrážkami zo mzdy na základe exekučného príkazu na vymáhanie pohľadávok zrážkami zo mzdy, g) informáciu, že upovedomenie o vymáhaní pohľadávok zrážkami zo mzdy zostáva v platnosti do úplného uspokojenia vymáhanej pohľadávky a vzťahuje sa aj na budúcich platiteľov mzdy, h) číslo účtu zdravotnej poisťovne, na ktorý má byť úhrada vymáhanej pohľadávky poukázaná, i) variabilný symbol, prípadne ďalšie identifikačné údaje platby, ktoré majú byť pri úhrade vymáhanej pohľadávky použité j) poučenie o možnosti, spôsobe a lehote na podanie námietok proti upovedomeniu o začatí vymáhania pohľadávok zrážkami zo mzdy, k) podpis alebo faksimile podpisu s uvedením mena, priezviska a funkcie oprávnenej osoby. (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. (7) Exekučný príkaz na vymáhanie pohľadávok zrážkami zo mzdy obsahuje: a) názov a sídlo zdravotnej poisťovne, ktorá exekučný príkaz na vymáhanie pohľadávok zrážkami zo mzdy vydala, b) číslo a dátum vydania exekučného príkazu na vymáhanie pohľadávok zrážkami zo mzdy, c) označenie platiteľa mzdy, d) meno, priezvisko, rodné číslo, adresu trvalého pobytu dlžníka, e) výšku vymáhanej pohľadávky, f) číslo účtu zdravotnej poisťovne, na ktorý majú byť vykonané zrážky poukázané, g) variabilný symbol, prípadne ďalšie identifikačné údaje platby, ktoré majú byť pri poukázaní zrazenej sumy použité, h) informáciu, že exekučný príkaz na vymáhanie pohľadávok zrážkami zo mzdy zostáva v platnosti do úplného uspokojenia vymáhanej pohľadávky a vzťahuje sa aj na budúcich platiteľov mzdy, i) poučenie o tom, že proti tomuto exekučnému príkazu nie sú prípustné námietky, j) podpis alebo faksimile podpisu s uvedením mena, priezviska a funkcie oprávnenej osoby. (8) Zdravotná poisťovňa môže v exekučnom príkaze na vymáhanie pohľadávok zrážkami zo mzdy uplatniť aj poplatok za jeho vydanie; poplatok nesmie presiahnuť sumu 10 eur. Poplatok je príjmom zdravotnej poisťovne. Právo zdravotnej poisťovne uplatniť poplatok za vydanie exekučného		
---	--	--

príkazu zaniká, ak došlo k zastaveniu konania podľa § 25f ods. 1 písm. a) až c). Uvedené ustanovenie sa obdobne použije aj v prípade vydania exekučného príkazu na vymáhanie pohľadávok prikázaním pohľadávky podľa § 25l. (9) Exekučný príkaz na vymáhanie pohľadávok zrážkami zo mzdy je právoplatný dňom jeho vydania a námietky proti nemu nie sú prípustné. (10) Zdravotná poisťovňa doručí do vlastných rúk exekučný príkaz na vymáhanie pohľadávok zrážkami zo mzdy platiteľovi mzdy a dlžníkovi. Platiteľ mzdy je povinný od doručenia exekučného príkazu na vymáhanie pohľadávok zrážkami zo mzdy zrážať zo mzdy dlžníka sumy na úhradu pohľadávky podľa osobitných predpisov 55o) a poukazovať zrážky zo mzdy na účet zdravotnej poisťovne. (11) Platiteľ mzdy je povinný odo dňa doručenia exekučného príkazu na vymáhanie pohľadávok zrážkami zo mzdy poukazovať na účet zdravotnej poisťovne sumy zrazené zo mzdy dlžníka s použitím identifikačných údajov platby uvedených exekučnom príkaze na vymáhanie pohľadávok zrážkami zo mzdy. (12) Platiteľ mzdy je oprávnený vykonávať zrážky zo mzdy vo väčšom rozsahu, ako dovoľujú ustanovenia osobitného predpisu len vtedy, ak s tým súhlasí dlžník. (13) 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. (14) Platiteľ mzdy prestane vykonávať zrážky zo mzdy po úplnom uhradení vymáhanej pohľadávky. (15) Platiteľ mzdy je povinný oznámiť zdravotnej poisťovni do ôsmich dní po uplynutí príslušného kalendárneho mesiaca, že nemôže vykonávať zrážky zo mzdy dlžníka, pretože dlžník v uplynulom mesiaci nepoberal mzdu v takej výške, aby z nej mohol platiteľ mzdy vykonávať zrážky. (16) Ak dočasná pracovná neschopnosť dlžníka, ktorému vznikol nárok na nemocenské, trvá viac ako desať dní, platiteľ mzdy je povinný bezodkladne túto skutočnosť oznámiť zdravotnej poisťovni a zároveň ju informovať, ktorá pobočka Sociálnej poisťovne bude dlžníkovi vyplácať nemocenské. V takom prípade zdravotná poisťovňa oznámi pobočke Sociálnej poisťovne, že dňom doručenia tohto oznámenia je povinná postupovať podľa odseku 9 a 10 až do skončenia dočasnej pracovnej neschopnosti dlžníka. Spolu s oznámením zdravotná poisťovňa zašle pobočke Sociálnej poisťovne aj rovnopis pôvodného exekučného príkazu na vymáhanie pohľadávok zrážkami zo mzdy. Skončenie dočasnej pracovnej neschopnosti dlžníka je platiteľ mzdy povinný bezodkladne oznámiť zdravotnej poisťovni. Po skončení dočasnej pracovnej neschopnosti dlžníka vykonáva zrážky zo mzdy platiteľ mzdy. (17) Platiteľ mzdy je povinný bezodkladne oznámiť zdravotnej poisťovni skutočnosť, že dlžník nastúpil na materskú dovolenku alebo rodičovskú dovolenku alebo ukončil čerpanie tejto dovolenky a uviesť, ktorá pobočka Sociálnej poisťovne bude vyplácať materské. (18) Ak sa po doručení exekučného príkazu na vymáhanie pohľadávok zrážkami zo mzdy platiteľovi mzdy zmení platiteľ mzdy, vzťahuje sa pôvodný exekučný príkaz aj na mzdu dlžníka u nového platiteľa mzdy. (19) Ak dlžník prestal pracovať u doterajšieho platiteľa mzdy, je dlžník povinný to oznámiť do ôsmich dní od skončenia pracovnoprávneho vzťahu alebo obdobného pracovného vzťahu		
---	--	--

zdravotnej poisťovni, ktorá vedie vymáhanie pohľadávok zrážkami zo mzdy. Do ôsmich dní od vzniku nového pracovnoprávneho vzťahu alebo obdobného pracovného vzťahu, je dlžník povinný oznámiť zdravotnej poisťovni, že nastúpil do zamestnania u iného platiteľa mzdy s uvedením identifikačných údajov tohto platiteľa mzdy. (20) Platiteľ mzdy je povinný oznámiť zdravotnej poisťovni v lehote do ôsmich dní od skončenia pracovnoprávneho vzťahu alebo obdobného pracovného vzťahu dlžníka, že už nie je jeho platiteľom mzdy. (21) Povinnosť vykonávať zrážky zo mzdy dlžníka vzniká novému platiteľovi mzdy dňom, keď sa od dlžníka alebo od doterajšieho platiteľa mzdy dozvie, že bol vydaný exekučný príkaz na vymáhanie pohľadávok zrážkami zo mzdy. Ak sa nedozvie o týchto skutočnostiach nový platiteľ mzdy skôr, vzniká mu povinnosť vykonávať zrážky zo mzdy dlžníka dňom, keď mu bol doručený exekučný príkaz na vymáhanie pohľadávok zrážkami zo mzdy. (22) Príslušná zdravotná poisťovňa doručí do vlastných rúk novému platiteľovi mzdy pôvodný exekučný príkaz na vymáhanie pohľadávok zrážkami zo mzdy, na ktorého základe je nový platiteľ mzdy povinný pokračovať v zrážkach zo mzdy dlžníka a poučí ho o povinnostiach pri vykonávaní vymáhania pohľadávok zrážkami zo mzdy. Oboznámi ho s doterajším priebehom vymáhania pohľadávok zrážkami zo mzdy, najmä so sumou vykonaných zrážok zo mzdy a uvedie zostatok pohľadávky. (23) Ak dlžník uzatvorí nový pracovnoprávny vzťah alebo obdobný pracovný vzťah, je povinný predložiť platiteľovi mzdy písomné potvrdenie o tom, či je proti nemu zo strany niektorej zdravotnej poisťovne vedené vymáhanie pohľadávok zrážkami zo mzdy. Takéto potvrdenie je povinný vydať každý platiteľ mzdy zamestnancovi, ktorý u neho skončil pracovnoprávny vzťah alebo obdobný pracovný vzťah. (24) Zamestnávateľ, ktorý uzatvára so zamestnancom pracovnoprávny vzťah alebo obdobný pracovný vzťah, je povinný vyžiadať si od neho potvrdenie vystavené tým, u koho bol naposledy zamestnaný, o tom, či bolo vo vzťahu tomuto zamestnancovi vedené vymáhanie pohľadávok zrážkami zo mzdy. (25) Ak platiteľ mzdy vypláca mesačnú mzdu po častiach, môže primerané zrážky zo mzdy vykonať dlžníkovi aj z časti mzdy. Odvod vykonaných zrážok zdravotnej poisťovni vykoná platiteľ mzdy po uplynutí príslušného kalendárneho mesiaca. (26) Ak sa exekučný príkaz na vymáhanie pohľadávok zrážkami zo mzdy doručí platiteľovi mzdy po tom, ako bola časť mesačnej mzdy dlžníkovi vyplatená, neprihliada sa na vykonanú výplatu a zrážky sa vykonajú tak, ako keby dlžník mal za celý kalendárny mesiac nárok len na mzdu, ktorá mu ešte nebola vyplatená. (27) Ak sa preddavok na mzde vypláca za obdobie dlhšie ako jeden kalendárny mesiac, vypočíta sa, koľko pripadá z poskytnutého preddavku na mzde na jednotlivé mesiace, a z takto vypočítaného mesačného preddavku na mzde sa dlžníkovi vykonávajú zrážky. Mzda dlžníka za uplynulý kalendárny rok sa rozpočíta na jednotlivé mesiace. Z mesačnej mzdy sa vypočítavajú s konečnou platnosťou zrážky a zdravotnej poisťovni sa vypláti rozdiel medzi sumami, ktoré sa mali dlžníkovi zraziť v jednotlivých mesiacoch, a sumami, ktoré sa z preddavkov na mzde zdravotnej poisťovni už vyplatili. (28) Ak sa vypláca mzda za niekoľko mesiacov naraz, zrážky sa vypočítajú za každý kalendárny mesiac osobitne. (29) Ak dlžník poberá mzdu od niekoľkých platiteľov mzdy súčasne, vzťahuje sa exekučný príkaz na vymáhanie pohľadávok zrážkami zo mzdy na všetky jeho mzdy. Poznámka pod čiarou k odkazu 55o)		
--	--	--

zníe: “ 55o) Nariadenie vlády Slovenskej republiky č. 268/2006 Z. z. o rozsahu zrážok zo mzdy pri výkone rozhodnutia v znení neskorších predpisov § 251 Vymáhanie pohľadávok prikázaním pohľadávky (1) Vymáhaním pohľadávok prikázaním pohľadávky môžu byť postihnuté peňažné prostriedky na účte, ktorý vedie poskytovateľ platobných služieb v prospech dlžníka. Ustanovenia o prikázaní pohľadávky z účtu vedeného u poskytovateľa platobných služieb možno použiť aj vtedy, ak ide o vklad na vkladovom účte. 55p) (2) Vymáhanie pohľadávok prikázaním pohľadávky sa vykoná odpísaním pohľadávky z účtu dlžníka vedeného u poskytovateľa platobných služieb a jej poukázaním na účet zdravotnej poisťovne určený v exekučnom príkaze na vymáhanie pohľadávok prikázaním pohľadávky. (3) Zdravotná poisťovňa doručí do vlastných rúk poskytovateľovi platobných služieb príkaz na začatie vymáhania pohľadávok prikázaním pohľadávky a dlžníkovi upovedomenie o začatí vymáhania pohľadávok prikázaním pohľadávky a zakáže dlžníkovi, nakladať s peňažnými prostriedkami, ktoré možno vymáhať spôsobmi podľa tohto zákona a to až do výšky vymáhanej pohľadávky. (4) Zdravotná poisťovňa prikáže poskytovateľovi platobných služieb, aby po doručení príkazu podľa odseku 3 zablokoval na účte dlžníka peňažné prostriedky do výšky vymáhanej pohľadávky, a to aj vtedy, ak peňažné prostriedky prichádzajú na účet dlžníka postupne. Dlžník stráca dňom, keď sa poskytovateľovi platobným služieb doručil príkaz podľa odseku 3, právo na vyplatenie peňažných prostriedkov na účte až do výšky vymáhanej pohľadávky. (5) Príkaz na začatie vymáhania pohľadávok prikázaním pohľadávky obsahuje: a) názov a sídlo zdravotnej poisťovne, ktorá príkaz na začatie vymáhania pohľadávok prikázaním pohľadávky vydala, b) číslo a dátum vydania príkazu na začatie vymáhania pohľadávok prikázaním pohľadávky, c) označenie poskytovateľa platobných služieb, d) označenie exekučného titulu, e) meno, priezvisko, rodné číslo, adresu trvalého pobytu dlžníka, ktorý je fyzickou osobou alebo obchodné meno, sídlo a identifikačné číslo dlžníka, ktorý je právnickou osobou, f) výšku vymáhanej pohľadávky, g) číslo účtu zdravotnej poisťovne, na ktoré majú peňažné prostriedky na úhradu vymáhanej pohľadávky poukázané, h) variabilný symbol, prípadne ďalšie identifikačné údaje platby, ktoré majú byť pri poukázaní peňažných prostriedkov na úhradu vymáhanej pohľadávky použité, i) podpis alebo faksimile podpisu s uvedením mena, priezviska a funkcie osoby oprávnenej konať za zdravotnú poisťovňu (6) Príkaz na začatie vymáhania pohľadávok prikázaním pohľadávky je právoplatný dňom jeho vydania a námietky voči nemu nie sú prípustné. (7) Zdravotná poisťovňa upovedomí dlžníka o začatí vymáhania pohľadávok prikázaním pohľadávky. (8) Upovedomenie o začatí vymáhania pohľadávok prikázaním pohľadávky obsahuje: a) názov a sídlo zdravotnej poisťovne, ktorá upovedomenie o začatí vymáhania pohľadávok prikázaním pohľadávky vydala, b) označenie exekučného titulu, c) meno, priezvisko, rodné číslo, adresu trvalého pobytu dlžníka, ktorý je fyzickou osobou alebo obchodné meno, sídlo a identifikačné číslo dlžníka, ktorý je právnickou osobou, d) výšku vymáhanej pohľadávky, e) výzvu na zaplatenie pohľadávky do 15 dní od doručenia upovedomenia o začatí vymáhania pohľadávok prikázaním pohľadávky, f) upozornenie, že ak pohľadávka nebude uspokojená v lehote podľa písmena e) zdravotná poisťovňa pristúpi k vymáhaniu pohľadávky prikázaním pohľadávky na základe exekučného			
---	--	--	--

príkazu na vymáhanie pohľadávok prikázaním pohľadávky, g) zákaz nakladania s peňažnými prostriedkami na účte vedenom u poskytovateľa platobných služieb až do výšky vymáhanej pohľadávky, h) číslo účtu zdravotnej poisťovne, na ktoré majú byť peňažné prostriedky na úhradu vymáhanej pohľadávky poukázané, i) variabilný symbol, prípadne ďalšie identifikačné údaje platby, ktoré majú byť pri poukázaní peňažných prostriedkov na úhradu vymáhanej pohľadávky použité, j) poučenie o možnosti, spôsobe a lehote na podanie námietok proti upovedomeniu o začatí vymáhania pohľadávok prikázaním pohľadávky, k) podpis alebo faksimile podpisu s uvedením mena, priezviska a funkcie oprávnenej osoby. (9) Zdravotná poisťovňa po mŕmnom uplynutí lehoty na podanie námietok alebo po nadobudnutí právoplatnosti rozhodnutia, ktorým sa námietkam nevyhovelo, vydá exekučný príkaz na vymáhanie pohľadávok prikázaním pohľadávky. (10) Exekučný príkaz na vymáhanie pohľadávok prikázaním pohľadávky obsahuje: a) názov a sídlo zdravotnej poisťovne, ktorá exekučný príkaz na vymáhanie pohľadávok prikázaním pohľadávky vydala, b) číslo a dátum vydania exekučného príkazu na vymáhanie pohľadávok prikázaním pohľadávky, c) označenie poskytovateľa platobných služieb, d) meno, priezvisko, rodné číslo, adresu trvalého pobytu dlžníka, ktorý je fyzickou osobou alebo obchodné meno, sídlo a identifikačné číslo dlžníka, ktorý je právnickou osobou, e) výšku vymáhanej pohľadávky, f) číslo účtu zdravotnej poisťovne, na ktoré majú peňažné prostriedky na úhradu vymáhanej pohľadávky poukázané, g) variabilný symbol, prípadne ďalšie identifikačné údaje platby, ktoré majú byť pri poukázaní peňažných prostriedkov na úhradu vymáhanej pohľadávky použité, h) poučenie o tom, že proti tomuto exekučnému príkazu nie sú námietky prípustné, i) podpis alebo faksimile podpisu s uvedením mena, priezviska a funkcie oprávnenej osoby. (11) Exekučný príkaz na vymáhanie pohľadávok prikázaním pohľadávky sa doručuje do vlastných rúk dlžníkovi a poskytovateľovi platobných služieb. (12) Exekučný príkaz na vymáhanie pohľadávok prikázaním pohľadávky je právoplatný dňom jeho vydania a námietky proti nemu nie sú prípustné. (13) Po doručení exekučného príkazu na vymáhanie pohľadávok prikázaním pohľadávky je poskytovateľ platobných služieb povinný odpísať peňažné prostriedky z účtu dlžníka a poukázať ich na účet zdravotnej poisťovne s uvedením identifikačných údajov platby podľa exekučného príkazu na vymáhanie pohľadávok prikázaním pohľadávky. Ak odpísaná suma nepostačuje na pokrytie vymáhanej pohľadávky, poskytovateľ platobných služieb je povinný poukazovať peňažné prostriedky z účtu dlžníka na účet zdravotnej poisťovne aj postupne, až do výšky vymáhanej pohľadávky. (14) Ak poskytovateľ platobných služieb po doručení exekučného príkazu na vymáhanie pohľadávok prikázaním pohľadávky zmarí vymáhanie pohľadávok prikázaním pohľadávky, stáva sa dlžníkom zdravotnej poisťovne. Zdravotná poisťovňa je oprávnená domáhať sa na súde od poskytovateľa platobných služieb peňažných prostriedkov, ktoré konaním poskytovateľa platobných služieb neboli poukázané na účet zdravotnej poisťovne. (15) Ak zdravotná poisťovňa zistí, že peňažné prostriedky na účte vedenom u poskytovateľa platobných služieb nepostačujú na úhradu pohľadávky a v priebehu vymáhania pohľadávok prikázaním pohľadávky sa zdravotná poisťovňa dozvie o ďalšom alebo novom účte dlžníka, oznámi poskytovateľovi platobných služieb, ktorý tento účet vedie, že dňom doručenia tohto oznámenia sa			
--	--	--	--

na peňažné prostriedky na tomto účte vzťahuje zákaz nakladania. Ak zdravotná poisťovňa pristúpi k vymáhaniu prikázanim pohľadávok aj z tohto účtu dlžníka, doručí poskytovateľovi platobných služieb, ktorý tento účet vedie exekučný príkaz na vymáhanie pohľadávok prikázanim pohľadávky. Po doručení exekučného príkazu na vymáhanie pohľadávok prikázanim pohľadávky je tento poskytovateľ platobných služieb povinný odpísať peňažné prostriedky z účtu dlžníka a poukázať ich na účet zdravotnej poisťovne s uvedením identifikačných údajov platby podľa exekučného príkazu na vymáhanie pohľadávok prikázanim pohľadávky. (16) Ak zdravotná poisťovňa povolí odklad vymáhania pohľadávok podľa § 25e ods. 1 alebo 3, zdravotná poisťovňa o tom upovedomí poskytovateľa platobných služieb bezodkladne po vydaní rozhodnutia, ktorým sa tento odklad povolil. Poskytovateľ platobných služieb po doručení tohto upovedomenia nebude pokračovať v odpisovaní peňažných prostriedkov z účtu dlžníka, a to až do času, kým mu zdravotná poisťovňa nedoručí príkaz, aby sa v odpisovaní peňažných prostriedkov z účtu dlžníka pokračovalo. (17) Ak zdravotná poisťovňa povolí odklad vymáhania pohľadávok podľa § 25e ods. 2, poskytovateľ platobných služieb blokuje peňažné prostriedky na účte dlžníka ďalej, ale nevypláca ich zdravotnej poisťovni, kým sa odklad vymáhania pohľadávok nezruší. Ak bude konanie vo veciach vymáhania pohľadávok zastavené, poskytovateľ platobných služieb peňažné prostriedky na účte dlžníka bezodkladne odblokuje. Poznámka pod čiarou k odkazu 55p) § 716 a nasl. zákona č. 513/1991 Zb. Obchodný zákonník v znení neskorších predpisov” § 25m Peňažné prostriedky nepodliehajúce vymáhaniu pohľadávok prikázanim pohľadávky (1) Vymáhaniu pohľadávok prikázanim pohľadávky nepodliehajú peňažné prostriedky na účte dlžníka, ak ide o peňažné prostriedky a) podľa § 25j ods. 6 tohto zákona, b) určené na výplatu miezd zamestnancov dlžníka pre výplatné obdobie najbližšie dňu, keď bol poskytovateľovi platobných služieb doručený príkaz na začatie vymáhania pohľadávok prikázanim pohľadávky, c) vylúčené z výkonu rozhodnutia podľa osobitného predpisu. 55r) d) (2) Vymáhaniu pohľadávok prikázanim pohľadávky nepodliehajú ani peňažné prostriedky na účte dlžníka do sumy 165 eur; ak má dlžník viac účtov, a to aj vo viacerých poskytovateľoch platobných služieb, vymáhaniu pohľadávok prikázanim pohľadávky nepodliehajú peňažné prostriedky do úhrnnej sumy 165 eur na všetkých jeho účtoch. Zdravotná poisťovňa určí z ktorého účtu u ktorého poskytovateľa platobných služieb sa nezrazí suma 165 eur. (3) Dlžník je povinný predložiť poskytovateľovi platobných služieb písomné vyhlásenie o tom, že na jeho účte vedenom u poskytovateľa platobných služieb sú aj peňažné prostriedky, ktoré nepodliehajú vymáhaniu pohľadávok prikázanim pohľadávky; dlžník súčasne uvedie výšku týchto peňažných prostriedkov.“. Poznámka pod čiarou k odkazu 55r) znie: „55r) Napríklad § 8 ods. 10 zákona č. 523/2004 Z. z. o rozpočtových pravidlách verejnej správy a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, § 92 ods. 11 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“ Odôvodnenie: Najvyužívanejším a najefektívnejším spôsobom výkonu exekúcie exekútorom je prikázanie pohľadávok z účtov v banke a ďalej zrážkami zo mzdy a z iných príjmov dlžníkov, Zdravotné poisťovne		
---	--	--

	disponujú potrebnými údajmi na výkon samotnej exekúcie týmito spôsobmi. Navrhujeme preto vytvoriť legislatívne prostredie, ktoré umožní samostatné vymáhanie pohľadávok, bez medzičlánkov /súd a exekútor/. V prípade nevymoženia pohľadávky alebo v prípade, že spôsob exekúcie uvedenými formami nie je vhodný alebo dostatočný, je možné postupovať cestou exekúcie, s možnosťou predaja aktív dlžníka. 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. Samostatné vymáhanie sa osvedčilo aj v Sociálnej poisťovni, ktorá dosahuje aktuálne úspešnosť 43 % a došlo k zásadnému skráteniu procesu vymáhania.			
--	---	--	--	--