

Dôvodová správa

B. Osobitná časť

K čl. I (zákon č. 580/2004 Z. z.)

K bodu 1

Úprava ustanovenia, za účelom jednotnej aplikácie ustanovenia v praxi.

K bodu 2 a 3

Navrhuje sa doplniť okruh nezaopatrených rodinných príslušníkov o ďalšie skupiny osôb, ktoré nie sú na území SR ekonomicky aktívne a ktorých nositeľ poistenia spadá z dôvodu ekonomickej aktivity pod legislatívu iného členského štátu. Tento okruh osôb v súčasnosti ostáva v systéme verejného zdravotného poistenia v SR a v prípade bydliska týchto osôb v inom členskom štáte im nevzniká nárok na vstup do systému zdravotného zabezpečenia členského štátu nositeľa poistenia, a súčasne im nevzniká nárok na vystavenie nárokového dokladu SED S072 SK alebo PD S1 SK pre nárok na plnú zdravotnú starostlivosť v členskom štáte nositeľa (resp. bydliska). V SR teda majú nárok na plnú zdravotnú starostlivosť, pričom v členskom štáte majú nárok len na neodkladnú zdravotnú starostlivosť.

Navrhovanou zmenou by tieto osoby získali nárok na plnú zdravotnú starostlivosť v členskom štáte ekonomickej aktivity nositeľa poistenia a súčasne by vznikol nárok na vystavenie nárokového dokladu SED S072 EU alebo PD S1 EU s registráciou na území SR (ak má osoba bydlisko v SR) - nárok na plnú zdravotnú starostlivosť v SR, ktorú hradí zdravotná poisťovňa nositeľa poistenia.

K bodu 4

Spresňuje sa definícia osoby verejne zdravotne poistenej na základe výkonu samostatnej zárobkovej činnosti vo väzbe na zmeny, navrhované v bode 34.

K bodu 5

S cieľom zabezpečiť a podporiť ochranu práv dieťaťa sa navrhuje maloletým osobám z krajín mimo členských štátov, ktoré študujú na vysokej škole v SR umožniť vstup do systému verejného zdravotného poistenia.

Zároveň sa vypúšťa ako dôvod vstupu do systému verejného zdravotného poistenia udelenie azylu, keďže zároveň s udelením azylu získava táto osoba aj trvalý pobyt v SR a do systému verejného zdravotného poistenia vstupuje už z tohto dôvodu a teda doterajšie znenie písm. c) sa javí ako duplicitné a nadbytočné.

Zároveň sa navrhuje neuvádzať študentov z iných členských štátov medzi osobami, ktorým vznikne povinné verejné zdravotné poistenie v SR, keďže od vstupu SR do EÚ sa toto ustanovenie nemôže uplatňovať. Študent z iného členského štátu v súlade s čl. 11 ods. 3 písm. e) koordináčného nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (ES) č.883/2004 z 29. apríla 2004 o koordinácii systémov sociálneho zabezpečenia (Mimoriadne vydanie Ú. v. EÚ, kap.5/zv.5; Ú. v. EÚ L 166, 30.4.2004) v platnom znení podlieha právnym predpisom členského štátu bydliska bez toho, aby boli dotknuté ustanovenia tohto nariadenia zaručujúce tejto osobe dávky podľa právnych predpisov jedného alebo viacerých členských štátov. Zároveň v uvedenom

ustanovení sa slovo „študent“ nahrádza slovami „nezaopatrené dieťa podľa § 11 ods. 7 písm. a)“ a to z dôvodu jednotného prístupu pri definícii študenta u občanov s trvalým pobytom v SR a zahraničných študentov (zákon č. 580/2004 Z. z. nemá zavedenú definíciu pojmu „študent“, ale poistenie osoby ako poistenca štátu z titulu štúdia má byť naviazané na už existujúcu definíciu pojmu „nezaopatrené dieťa“).

K bodom 6 a 7

V aplikačnej praxi vznikajú pomerne často problémy s určením začiatku poistenia pre deti, ktoré sa narodia poistencom verejného zdravotného poistenia v cudzine. V niektorých prípadoch tieto deti sa odo dňa narodenia dlhodobo zdržiavajú v cudzine a ich zákonní zástupcovia nemajú záujem o ich účasť v systéme verejného zdravotného poistenia, v iných prípadoch zase sa vracajú s týmito deťmi do SR a majú záujem o ich poistenie odo dňa ich narodenia. Osobitnou skupinou sú cudzinci, ktorých deti automaticky nezískavajú právo na pobyt v SR a pre tieto deti (ak sa chcú zdržiavať v SR) musí ich zákonný zástupca žiadať povolenie na pobyt. Ak takáto žiadosť nie je podaná, má povinnosť do 90 dní zabezpečiť, aby dieťa opustilo SR.

Pre jednoznačné vyriešenie vyššie popísaných situácií sa navrhuje, aby v prípade detí narodených v cudzine, ktorých zákonní zástupcovia splnili ohlasovaciu povinnosť trvalého pobytu do 90 dní od ich narodenia, bol explicitne určený dátum vzniku poistenia odo dňa ich narodenia. Rovnaký postup sa navrhuje v prípade detí, ktoré nemajú nárok na trvalý pobyt a ich rodičia podali žiadosť o povolenie ich pobytu.

Ak zákonní zástupcovia nevyužijú zákonnú lehotu 90 dní, účasť na verejnom zdravotnom poistení detí vznikne dňom nastatia skutočnosti, ktorá zakladá vznik verejného zdravotného poistenia (vznik trvalého pobytu, vznik inej formy legálneho pobytu vo väzbe na poistenie zákonného zástupcu a pod.).

K bodu 8

Legislatívno-technická úprava súvisiaca s bodom 58.

K bodu 9

Dopĺňa sa nový dôvod odmietnutia prijatia prihlášky na verejné zdravotné poistenie zdravotnou poisťovňou. V zmysle aktuálne platnej legislatívy musí byť prihláška podaná buď zo strany samotného poistenca, alebo zo strany osôb oprávnených konať za poistenca. V prípade, ak by bola zdravotnej poisťovni podaná prihláška, ktorú za poistenca podáva osoba, ktorá nie je oprávnená za poistenca konať, zdravotná poisťovňa musí takto podanú prihlášku odmietnuť.

K bodu 10

Legislatívno-technická zmena, súvisiaca s bodom 16.

K bodu 11

Dopĺňa sa útvar policajného zaistenia pre cudzincov medzi inštitúcie, ktoré vykonávajú povinnosť podať prihlášku poistenca (za zaistených cudzincov).

K bodu 12

Za účelom kontroly plnenia zákonných povinností zdravotných poisťovní odvíjajúcich sa od dátumu prijatia prihlášky, a tiež vzhľadom na zákonnú povinnosť úradu oznamovať zdravotnej poisťovni dátum prijatia prihlášky poistenca v inej zdravotnej poisťovni (§ 6 ods. 8 písm. b) zákona č. 580/2004 Z. z.), je potrebné údaj o dátume prijatia prihlášky doplniť do údajov uvádzaných v ustanovení § 6 ods. 7 písm. b) bod 1 zákona č. 580/2004 Z. z.

K bodu 13

V súvislosti so zavedením vzájomnej výmeny informácií o prijatých prihláškach na zmenu zdravotnej poisťovne a o prijatých späťvzatiach prihlášok (body 14 a 16) medzi Úradom pre dohľad a zdravotnými poisťovňami ktoré má prebiehať po skončení prepoisťovacieho obdobia, sa navrhuje posun termínu určeného zákonom č. 580/2004 Z. z. na potvrdenie prihlášky zdravotnou poisťovňou.

K bodom 14 a 16

Zavádza sa proces vzájomnej výmeny informácií medzi Úradom pre dohľad a zdravotnými poisťovňami po skončení prepoisťovacieho obdobia o prihláškach a späťvzati prihlášok podľa poznatkov z aplikačnej praxe za účelom bezproblémového spracovania týchto údajov v informačnom systéme zdravotnej poisťovne a v centrálnom registri poistencov, spravovaným Úradom pre dohľad.

K bodu 15

Zdravotné poisťovne sú povinné oznamovať Úradu pre dohľad údaj o dátume doručenia späťvzatia prihlášky, nie dátum jeho podania. Z tohto dôvodu je potrebné upraviť ustanovenie tak, aby aj Úrad pre dohľad poskytoval zdravotným poisťovňam informáciu o dátume doručenia späťvzatia prihlášky, nie o dátume jeho podania.

K bodu 17

Samostatne zárobkovo činné osoby z cudziny, na ktoré sa nevzťahujú koordinačné nariadenia sa vylučujú z okruhu osôb, ktoré môžu podať prihlášku poistenca cestou Jednotného kontaktného miesta, keďže Jednotné kontaktné miesto nedokáže pri podaní prihlášky posúdiť splnenie alebo nesplnenie osobitných podmienok, pri ktorých poistenie vznikne.

K bodu 18

Skrátenie lehoty vo väzbe na skrátenie lehoty späťvzatia prihlášky.

K bodu 19

Ustanovuje sa postup zdravotnej poisťovne, ak v období po potvrdení prihlášky ale ešte pred vznikom poistného vzťahu nastanú skutočnosti, zakladajúce zánik verejného zdravotného poistenia (napr. úmrtie poistenca, ukončenie ekonomickej činnosti osoby z cudziny a pod.).

K bodu 20

Úprava textu s cieľom lepšej zrozumiteľnosti a jednoznačnosti.

K bodu 21

Upravuje sa zoznam údajov uvádzaných na prihláške vo vzťahu k osobám definovaným v ustanovení § 29b ods. 1 zákona č. 580/2004 Z. z., ktoré podávajú prihlášku na verejné zdravotné poistenie za poistenca, nie údaje o samotnom poistencovi. Údaje o samotnom poistencovi sú definované v ustanovení § 8 ods. 1 písm. b) zákona č. 580/2004 Z. z., preto nie je nutné v písm. c) opakovane uvádzať údaje viažuce sa k poistencovi.

K bodu 22

Vypúšťa sa nadbytočné ustanovenie o splnomocnení, nakoľko oprávnenie na podanie prihlášky zahŕňa aj situácie, kedy ju podáva splnomocnená osoba.

K bodu 23

Úprava lehoty na podanie späťvzatia prihlášky, podľa podnetov z aplikačnej praxe. Z dôvodu právnej istoty sa zároveň upravuje postup pri podávaní späťvzatia pre prihlášky, ktorá boli podané v období po 30. septembri a pred 1. januárom.

K bodu 24

Ustanovuje sa postup pre určenie platnej prihlášky na zmenu zdravotnej poisťovne pri podaní prihlášok poistenca do viacerých zdravotných poisťovní.

K bodu 25

Vo vzťahu k odstraňovaniu nedostatkov pri späťvzatí prihlášok sa navrhuje analogická úprava, ako v prípade prihlášok (§ 8 ods. 8 zákona č. 580/2004 Z. z.). V aplikačnej praxi dochádza k prípadom, kedy sa v späťvzatí prihlášky vyskytujú v osobných údajoch poistencov chyby, ktoré sú zjavné pri porovnaní späťvzatia prihlášky s priloženou kópiou občianskeho preukazu, resp. iného identifikačného dokladu. Za účelom zachovania zákonného práva poistencov na podanie späťvzatia prihlášky sa preto navrhuje, aby zdravotná poisťovňa mohla predmetné späťvzatie prihlášky akceptovať, pričom zjavné chyby vyskytujúce sa v späťvzatí prihlášky by boli (obdobne ako v prípade prihlášky) odstránené a údaje uvádzané v späťvzatí prihlášky by boli dané do súladu s občianskym preukazom, resp. iným identifikačným dokladom priloženým k späťvzatiu prihlášky.

Navrhuje sa tiež explicitne v zákone č. 580/2004 Z. z. definovať dôvody, pre ktoré je zdravotná poisťovňa oprávnená späťvzatie prihlášky odmietnuť.

Zavádza sa povinnosť zdravotnej poisťovne informovať poistenca o odmietnutí späťvzatia prihlášky.

K bodu 26

Ustanovenie jednoznačnej identifikácie osoby zodpovednej za náhradu nákladov za poskytnutú zdravotnú starostlivosť po zániku verejného zdravotného poistenia v prípade maloletého poistenca alebo poistenca, ktorý bol pozbavený spôsobilosti na právne úkony, alebo ktorého spôsobilosť na právne úkony bola obmedzená.

K bodu 27

Navrhovaná úprava zjednocuje lehotu na podanie žiadosti o preplatenie nákladov zdravotnej starostlivosti poskytnutej poistencovi v cudzine okrem členských štátov s lehotou na podanie žiadosti o preplatenie nákladov cezhraničnej zdravotnej starostlivosti.

K bodu 28

Súčasný znenie zákona spôsobuje v aplikačnej praxi ťažkosti s preplácaním cezhraničnej zdravotnej starostlivosti, ktorá bola poskytovaná formou ústavnej zdravotnej starostlivosti uhrádzanej podľa klasifikačného systému. Takto poskytnutá zdravotná starostlivosť nie je hrazená podľa jednotlivých zdravotných výkonov, ale za hospitalizačné prípady.

K bodu 29

Súčasný znenie zákona spôsobuje v aplikačnej praxi ťažkosti s preplácaním cezhraničnej zdravotnej starostlivosti, ktorá bola poskytovaná formou ústavnej zdravotnej starostlivosti uhrádzanej podľa klasifikačného systému. Takto poskytnutá zdravotná starostlivosť nie je hrazená podľa jednotlivých zdravotných výkonov, ale za hospitalizačné prípady. Uvedené nadväzuje na novelizačný bod č. 26, v ktorom sa navrhuje obdobná právna úprava.

K bodu 30

Zosúladenie znenia s § 8 ods. 6, v zmysle ktorého prihláška môže obsahovať aj titul, ak ho poistenec má udelený a má ho zapísaný v registri fyzických osôb.

K bodu 31

Navrhovaná zmena obmedzuje vydávanie európskych preukazov zdravotného poistenia pre poistencov z krajín mimo členských štátov s udeleným prechodným pobytom na území Slovenskej republiky, na ktorých sa nevzťahujú koordinačné nariadenia EÚ o sociálnom zabezpečení.

K bodu 32

Zosúladenie terminológie s terminológiou používanou v zákone č. 131/2002 Z. z. o vysokých školách.

K bodu 33

Spresňuje sa definícia organizácie, pre ktorú vykonávajú pracovnú činnosť bez nároku na príjem osoby, ktoré sú z tohto titulu poistencami, za ktorých platí poistné štát, aby nedochádzalo k pochybnostiam pri určení organizácie, na ktorú sa dané ustanovenia zákona vzťahuje.

K bodu 34

Zavádzajú sa osobitné podmienky vstupu do systému verejného zdravotného poistenia pre SZČO z tretích krajín, na ktoré sa nevzťahujú koordinačné nariadenia EÚ o sociálnom zabezpečení.

Štátny príslušník krajiny mimo členských štátov, ktorý nemá udelený pobyt a chce na Slovensku podnikat', musí získať prechodný pobyt na účel podnikania. Žiadosť o udelenie prechodného pobytu podáva štátny príslušník tretej krajiny osobne na policajnom útvare, ak sa na území

Slovenskej republiky zdržiava oprávnenie. Ak si cudzinec nemôže podať žiadosť o udelenie pobytu na Slovensku, žiadosť si podá na zastupiteľskom úrade.

Žiadosť o udelenie prechodného pobytu posudzuje Úrad hraničnej a cudzineckej polície SR.

Po udelení prechodného pobytu na účel podnikania cudzinec vstupuje do systému verejného zdravotného poistenia v SR podľa § 3 ods. 3 písm. b) zákona č. 580/2004 Z. z. – *Verejne zdravotne poistená je aj fyzická osoba, ktorá nemá trvalý pobyt na území Slovenskej republiky, ak nie je zdravotne poistená v inom členskom štáte a... ..vykonáva alebo má oprávnenie vykonávať na území Slovenskej republiky samostatnú zárobkovú činnosť.*

Okamžite od získania prechodného pobytu na účely podnikania má táto osoba rovnaké práva ako akýkoľvek iný účastník systému verejného zdravotného poistenia, môže čerpať zdravotnú starostlivosť v potrebnom rozsahu a pod.

Ak ide o osobu z tretej krajiny, na ktorú sa nevzťahujú koordinačné nariadenia EÚ (predovšetkým Nariadenie (ES) Európskeho parlamentu a Rady (ES) č.883/2004 z 29. apríla 2004 o koordinácii systémov sociálneho zabezpečenia (Mimoriadne vydanie Ú. v. EÚ, kap.5/zv.5; Ú. v. EÚ L 166, 30.4.2004) v platnom znení), legislatíva EÚ nijakým spôsobom neurčuje, aké nároky zo systému sociálneho a zdravotného zabezpečenia má mať takáto osoba. Určenie poskytovania vecných dávok pre túto osobu je kompetenciou národnej legislatívy členského štátu.

V súčasnosti v SR, v prípade, ak tieto osoby poistné neplatia, sú zverejnené v zozname dlžníkov, nárok na úhradu zdravotnej starostlivosti sa im obmedzí a dlh sa vymáha. Je ale možné skonštatovať, že vymožitelnosť je veľmi nízka (osoby spravidla v SR nemajú žiaden majetok, ktorý by bolo možné postihnúť exekúciou) a v prípade, ak čerpajú zdravotnú starostlivosť mimo SR, nie je možné uplatniť obmedzenie úhrady a v zmysle EÚ legislatívy je tu povinnosť uhradiť celú sumu za čerpanú zdravotnú starostlivosť (ktorá je často výrazne vyššia, ako porovnateľná zdravotná starostlivosť, čerpaná v SR).

Tiež sa začína v poslednej dobe čoraz viac prejavovať fenomén „fiktívnej živnosti“, ktorý využívajú predovšetkým osoby z krajín mimo členských štátov, ktoré už majú pobyt v SR udelený z iného dôvodu, pričom ale na základe tohto iného dôvodu do systému zdravotného poistenia nevstupujú (najčastejšie študenti z krajín mimo členských štátov). Tieto osoby si založia živnosť, na základe jej existencie vstúpia do systému zdravotného zabezpečenia, preddavky majú určené v nulovej výške (súbeh s kategóriou poistenca štátu), ale reálne živnosť nevykonávajú.

Pri sledovaní vývoja v období rokov 2020 až 2024 je možné sledovať nasledovné trendy:

- nízka úspešnosť výberu poistného od týchto osôb (cca 50% úspešnosť) v porovnaní s úspešnosťou výberu poistného v rámci všetkých poistencov v systéme verejného zdravotného poistenia (viac ako 95% úspešnosť)
- výrazný medziročný nárast počtu týchto osôb (v r. 2024 už viac ako trojnásobok počtu z r. 2020)
- nárast počtu naviazaných rodinných príslušníkov (v r. 2020 predstavovali naviazané osoby cca 7% z celkového počtu osôb z tretích krajín, v r. 2024 je to cca 9,5%)

- veľká časť týchto SZČO nepodáva daňové priznanie (viac ako polovica), z čoho je možné odvodiť, že sa môže jednať aj o tzv. špekulatívne vykazovanie činnosti SZČO, bez reálneho výkonu práce s cieľom čerpať benefity statusu SZČO (zdravotné poistenie)
- nárast počtu osôb, ktoré si neplatia zdravotné poistenie (v r. 2024 cca 5-násobok oproti stavu v r. 2020)
- extrémne rýchly nárast celkových dlhov (v r. 2024 cca 8,5-násobok dlhu oproti roku 2020)
- rastúce náklady na zdravotnú starostlivosť pre tieto osoby
- výrazný rast nákladov za zdravotnú starostlivosť, fakturovaný z iných členských štátov za tieto osoby

Vzhľadom k snahám o finančnú udržateľnosť systému a tiež vzhľadom k skutočnosti, že tieto osoby spravidla do obdobia získania prechodného pobytu nikdy v minulosti neodvádzali žiadne príspevky do sociálneho a zdravotného systému, viaceré členské štáty obmedzujú ich okamžitý vstup do systému a podmieniajú ho splnením rôznych podmienok, najčastejšie vo väzbe na plynutie času a na sumu odvádzaných príspevkov.

Navrhuje sa, aby osoby z krajín mimo členských štátov EÚ, na ktoré sa nevzťahujú koordinačné nariadenia do systému verejného zdravotného poistenia nevstupovali automaticky po získaní oprávnenia podnikat', ale až po splnení podmienok:

- osoba nie je zverejnená v zozname dlžníkov
- platenie preddavkov na poistné aspoň na úrovni minimálneho preddavku
- nemožnosť súbehu s kategóriou poistenca štátu, okrem súbehu z dôvodu poberania nemocenského, ošetrovného alebo materského.

Zároveň sa navrhuje, aby tieto osoby mohli čerpať z verejných zdrojov zdravotnú starostlivosť iba na území SR (nie v iných členských štátoch).

V období, kedy osoba nebude verejne zdravotne poistená, bude musieť riešiť úhradu zdravotnej starostlivosti cestou komerčného poistenia.

K bodu 35

Po nadobudnutí účinnosti čl. I zákona č. 376/2024 Z. z. o integrovanej posudkovej činnosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov fyzická osoba s ťažkým zdravotným postihnutím je fyzická osoba, ktorá má ťažké zdravotné postihnutie uvedené v prílohe č. 1, ktoré z hľadiska predpokladaného vývoja bude trvať dlhšie ako 12 mesiacov. Uvedená nová definícia osoby s ťažkým zdravotným postihnutím nahrádza pôvodnú definíciu v § 2 ods. 3 zákona č. 447/2008 Z. z., z ktorej vychádzala aj definícia osoby ťažko zdravotne postihnutej v zákone č. 580/2004 Z. z. Z uvedeného vyplýva potreba upraviť určenie okruhu osôb v zákone č. 580/2004 Z. z., ktoré majú nárok na zníženie sadzby poistného. Navrhuje sa, aby nárok na zníženie sadzby poistného mala osoba, ktorá je držiteľom preukazu fyzickej osoby s ťažkým zdravotným postihnutím alebo preukazu fyzickej osoby s ťažkým zdravotným postihnutím so sprievodcom a zároveň touto úpravou dochádza k zosúladieniu aj so zákonom č. 363/2011 Z. z. (pri posudzovaní nároku na limit spoluúčasti).

K bodu 36

Z dôvodu jednoznačnosti znenia sa upresňuje druh priemernej mzdy, z ktorej sa vychádza pri výpočte vymeriavacieho základu.

K bodom 37 a 38

Legislatívno-technická úprava. Rozdelenie dvoch podmienok, doposiaľ uvádzaných v rámci jedného písmena do dvoch osobitných písmen tak, aby bolo možné odkazovať sa v ďalších vnútorných odkazoch iba na jednu z týchto dvoch podmienok.

K bodu 39

Pre osoby z tretích krajín, na ktoré sa nevzťahujú koordinačné nariadenia EÚ a ktoré vstúpili do systému verejného zdravotného poistenia ako SZČO sa ustanovuje, že ich vymeriavací základ pre odvod poistného sa zníži iba v prípade, ak spĺňa podmienku podľa § 11 ods. 7 písm. m) (náhrada príjmu, nemocenské, ošetrovné alebo materské).

K bodu 40

Umožňuje sa odpísať pohľadávku, na ktorú sa dlhodobá a neúspešne vedie konkurzné konanie. Ide tiež o prípady, kedy dochádza k výmazu spoločnosti z Obchodného registra SR bez právneho nástupcu alebo ide o prípady kedy konkurzné konanie trvá neprimerane dlho (napr. viac ako 10 rokov). V prípade takýchto konkurzov je veľmi nízka šanca na čo i len minimálne uspokojenie pohľadávky.

K bodu 41

Ak samostatne zárobkovo činná osoba nepodá daňové priznanie, alebo ak daňové priznanie podá, ale ročný vymeriavací základ nepresiahne úhrn minimálnych vymeriavacích základov, k navýšeniu alebo zníženiu poistného za rozhodujúce obdobie nedôjde. Vykonanie ročného zúčtovania poistného je v tomto prípade iba formálny úkon a výsledkom je poistné v rovnakej výške, ako suma preddavkov na poistné za toto obdobie. Zároveň musí platiť, že takáto samostatne zárobkovo činná osoba nemá iné príjmy z ktorých sa platí poistné až v rámci ročného zúčtovania. Cieľom zmeny je zjednodušiť proces a znižovať administratívu s procesom spojenú.

K bodom 42, 45 až 47

Legislatívno-technické úpravy, súvisiace s bodom 41.

K bodu 43 a 44

Cieľom je (odsek 17) riešiť situácie, kedy má zdravotná poisťovňa povinnosť vrátiť preplatok z ročného zúčtovania v lehote podľa odseku 16, avšak zdravotnej poisťovni nie sú známe kontaktné a platobné údaje poistenca. Návrh rieši prípady, keď poistenci, ktorí v čase vykonania ročného zúčtovania poistného majú ukončený poistný vzťah, zdržiavajú sa v cudzine a zdravotná poisťovňa u nich neviduje platný bankový účet a súčasne u nich neviduje platnú adresu pre vrátenie preplatku z ročného zúčtovania poistného na území SR. Povinnosť vrátiť preplatok v lehote podľa odseku 16 sa má pokladať za splnenú, nakoľko Slovenská pošta preplatky poštovým poukazom do zahraničia nedoručuje a pri zrušenom bankovom účte alebo nevidovanom účte zdravotná poisťovňa nemá informácie o tom, kam preplatok zaslať.

Zároveň sa (odsek 18 a 19) umožňuje pri preplatkoch do 100 eur oznamovať výsledok aj elektronickou formou, z dôvodu zníženia administratívnej záťaže.

K bodu 48

Ustanovuje sa povinnosť poistenca poskytnúť zdravotnej poisťovni, na základe jej vyžiadania, súčinnosť pri evidencii dôb zamestnania, aby v prípadoch, kedy zamestnávateľ poistenca nekomunikuje (zanikol bez právneho nástupcu, ukončil podnikanie a pod.) zdokladoval trvanie zamestnania aj priamo poistenec.

K bodu 49

Ustanovuje sa povinnosť oznámiť zdravotnej poisťovni začatie a ukončenie vykonávania zárobkovej činnosti v cudzine, nakoľko táto skutočnosť má zásadný vplyv na platenie poistného a určenie inštitúcie v inom členskom štáte, ktorá má povinnosť úhrady zdravotnej starostlivosti, pričom v súčasnosti neexistuje iný subjekt, od ktorého by takúto informáciu mohla zdravotná poisťovňa získať.

K bodu 50

Ustanovuje sa povinnosť pre Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou oznamovať zdravotným poisťovniám údaje o úmrtiach, o ktorých má vedomosť z matriky.

K bodu 51

Spresnenie textu ustanovenia, keďže znenie predmetného ustanovenia platné v súčasnosti upravuje povinnosť pre zamestnávateľov a samostatne zárobkovo činné osoby oznamovať zmenu čísla bankového účtu, avšak absentuje povinnosť nahlásiť údaj o bankovom spojení už pri vzniku platiteľa poistného.

K bodom 52 a 53

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 upravuje údaje, ktoré vedú zdravotné poisťovne o poistencoch vrátane údajov o príjmoch platiteľov poistného. Tieto údaje sú potrebné aj na posúdenie nároku na adresnú energopomoc, ktorú v súlade s príslušnými všeobecne záväznými právnymi predpismi, uzneseniami vlády Slovenskej republiky a inými strategickými dokumentmi od roku 2023 kompetenčne zastrešuje Ministerstvo hospodárstva SR.

Zároveň sú tieto údaje potrebné aj pre Národnú banku Slovenska (ďalej len „NBS“), ktorá ako centrálna banka musí pri nastavovaní menovej politiky s cieľom udržiavať cenovú stabilitu zohľadňovať mzdové a inflačné tlaky, ktoré môžu byť spojené s nedostatkom produkčnej kapacity. Dlhodobý ekonomický rast a cenová stabilita závisia od dostupných produkčných kapacít v ekonomike, ktoré sú čoraz viac ovplyvnené aj nepriaznivou demografiou a zdravotným stavom populácie. Rapídne starnutie obyvateľstva spolu s nízkym počtom rokov prežitých v zdraví výrazne determinujú aktivitu populácie a jej produktivitu, čím vplývajú na dlhodobý potenciálny rast ekonomiky.

Zdravotný stav populácie, jej budúca ekonomická aktivita ako aj hospodárenie zdravotného systému majú taktiež zásadný vplyv na udržateľnosť verejných financií. Rastúce výdavky na zdravotnú starostlivosť a dôchodky, spolu s klesajúcim počtom prispievateľov, môžu ohroziť fiškálnu stabilitu a vyvolať tlak na verejný dlh a úrokové sadzby. Ak by verejné financie prestali byť udržateľné, môžu nastať systémové riziká pre finančný sektor.

Aby NBS mohla, aj ako orgán verejnej moci, zodpovedne plniť svoju pôsobnosť, činnosti a úlohy vyplývajúce z osobitných predpisov, jej rozhodnutia musia byť založené na informovanom rozhodovaní vychádzajúcom zo spoľahlivých údajov, a to vrátane tých z oblasti zdravotníctva.

Účelom navrhovanej právnej úpravy je zabezpečiť právny rámec na získavanie údajov od zdravotných poisťovní.

K bodu 54

Umožňuje sa zasielanie výzvy na oznámenie platiteľa poisťného okrem písomnej formy zároveň podporne (nie však výlučne) aj elektronickými kanálmi komunikácie.

K bodom 55 a 64

Legislatívno-technická úprava, súvisiaca s bodom 46.

K bodu 56

Ustanovuje sa povinnosť pre študentov, ktorí študujú v cudzine oznámiť túto skutočnosť zdravotnej poisťovni, keďže v elektronických dávkach z MŠVVM SR sú zahrnutí iba študenti, študujúci v SR.

K bodu 57

Zosúladenie terminológie (deň, určený na výplatu príjmov), používanej v právnom predpise.

K bodu 58

Ruší sa povinnosť zdravotnej poisťovne, do ktorej si poistenec podal prihlášku na zmenu zdravotnej poisťovne oznamovať prijatie tejto prihlášky, keďže táto povinnosť je duplicitnou k povinnosti pôvodnej zdravotnej poisťovne podľa § 6 ods. 12 a zároveň sa upravuje výmena informácií medzi zdravotnými poisťovňami pri zmene zdravotnej poisťovne.

K bodu 59

Precizovanie znenia ustanovenia. Súčasťou celkovej sumy zaplatených preddavkov, ktorá sa nahlasuje do mesačného prerozdeľovania je aj suma preddavkov, ktorú zdravotná poisťovňa získala na základe mandátnej správy pohľadávky.

K bodu 60

Ak je zdravotná poisťovňa v procese prerozdeľovania zastúpená advokátskou kanceláriou, úrad je povinný rozhodnutia doručovať aj tejto advokátskej kancelárii. V prípade doručovania advokátskej kancelárii sa pritom (na rozdiel od orgánov verejnej moci) zásielka nepovažuje za doručenie jej uložením do elektronickej schránky, ale až jej reálnym prevzatím v rámci úložnej lehoty. Úrad pritom nemôže ovplyvniť to, či bude rozhodnutie zo strany advokátskej kancelárie prevzaté v termíne, určenom zákonom pre doručenie rozhodnutia úradom.

K bodu 61

Legislatívno-technická úprava. Vykonáva sa mesačné prerozdeľovanie preddavkov na poistné, pričom pre pojem „mesačné prerozdeľovanie preddavkov na poistné“ bola v ustanovení § 27 ods. 1 zákona č. 580/2004 Z. z. zavedená legislatívna skratka „mesačné prerozdeľovanie“.

K bodu 62

Cieľom navrhovanej úpravy (odsek 13) je vyprecizovať postup pri zaraďovaní poistencov do skupiny nadmerného prepoistenia podľa § 27f zákona č. 580/2004 Z. z. obdobne, ako tomu je v rámci § 27 ods. 11 zákona č. 580/2004 Z. z. vo vzťahu k zaraďovaniu poistencov do viacročných nákladových skupín. Pre zaradenie poistenca bude rozhodujúci obsah oznámenia úradu podľa § 28a ods. 8 zákona č. 580/2004 Z. z. Súčasne sa navrhuje upraviť postup úradu v prípade, ak poistenec v zmysle údajov oznámených zdravotnou poisťovňou bude zaradený v skupine nadmerného prepoistenia, avšak podľa obsahu oznámenia úradu podľa § 28a ods. 8 zákona č. 580/2004 Z. z. poistencovi takéto zaradenie neprináleží. V takom prípade sa poistenec do skupiny nadmerného prepoistenia v procese mesačného prerozdeľovania preddavkov na poistné nezaradí.

Zároveň (odsek 14) v zmysle platnej právnej úpravy majú zdravotné poisťovne povinnosť zasielať úradu pre dohľad údaje o poistencoch pre potreby mesačného prerozdeľovania preddavkov na poistné do 20. dňa v kalendárnom mesiaci, pričom však absentuje určenie dátumu, ku ktorému majú byť tieto údaje aktuálne (t. j. k akému dátumu majú zdravotné poisťovne predmetné údaje sťahovať zo svojho informačného systému). V dôsledku uvedeného tak rôzne zdravotné poisťovne môžu spracúvať údaje k rôznym dátumom (teda údaje zo svojho informačného systému sťahujú v rôzny deň), čo nie je optimálne. Z uvedeného dôvodu sa navrhuje, aby bol v zákone explicitne určený dátum, ku ktorému majú zdravotné poisťovne údaje pre potreby mesačného prerozdeľovania preddavkov na poistné spracovávať.

K bodu 63

Úprava nesprávneho vnútorného odkazu.

K bodu 65

Dopĺňa sa útvar policajného zaistenia pre cudzincov medzi inštitúcie, ktoré vykonávajú povinnosť podať prihlášku poistenca (za zaistených cudzincov).

K bodu 66

Študenti z cudziny, ktorí študujú na vysokých školách v SR a nie sú plnoletí vo väčšine prípadov nemajú v SR prítomného zákonného zástupcu; sú tu len osoby, ktoré im zabezpečujú určité zázemie (vzdialenejší príbuzní, známi a pod.). Zvyčajne sa jedná o študentov z Ukrajiny, nakoľko ich školský systém predpokladá ukončenie štúdia na strednej škole vo veku cca 16 – 17 rokov.

Pri týchto osobách, vekovo veľmi blízkych k veku plnoletosti a zároveň prijatých na štúdium na vysokej škole je možné dôvodne predpokladať rozumovú a vôľovú vyspelosť na samostatnú voľbu zdravotnej poisťovne, podanie prihlášky a plnenie si oznamovacích povinností v súlade s § 9 občianskeho zákonníka. Keďže trvanie na použití inštitútu zákonného zástupcu pri týchto osobách pri podávaní prihlášky na verejné zdravotné poistenie by s veľkou pravdepodobnosťou

malo za následok, že väčšina z nich by nemala v zdravotnej poisťovni v SR podanú platnú prihlášku poistenca, navrhuje sa, aby že maloletí poistenci, ktorí študujú na vysokej škole si plnili povinnosti v zmysle tohto zákona sami.

K bodu 67

Spresnenie znenia. Navrhovaná zmena vychádza zo znenia § 29b ods. 17 zákona, ktorý upravuje elektronické sprístupňovanie údajov pre úrad a zdravotné poisťovne, pričom aj poskytovanie súčinnosti pri overovaní týchto údajov by malo byť upravené rovnako.

K bodu 68

V súvislosti s prípadmi, kedy je zo strany inštitúcie v mieste bydliska určená výnimka, spočívajúca v uplatňovaní legislatívy dvoch členských štátov, v ktorých bola osoba v tom čase ekonomicky aktívna (t. j. legislatíva SR a legislatíva iného členského štátu EÚ) vzniká potreba za účelom zachovania už nadobudnutých práv a povinností na strane poistenca v období do 31. 12. 2016 jednoznačne ustanoviť, že v prípade, ak je udelená táto výnimka, a teda na osobu sa vzťahuje legislatíva dvoch členských štátov, sa na ustanovenie § 3 ods. 2 písm. a) a b) zákona č. 580/2004 Z. z. v znení účinnom do 31. 12. 2016 neprihliada.

K bodu 69

Navrhuje sa predĺženie lehoty pre doručenie rozhodnutia o ročnom prerozdeľovaní poistného za kalendárny rok 2024 z 15. na 20. decembra, z dôvodu, že v zmysle § 38ezi ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z. sa právna úprava účinná od 1. januára 2025 má aplikovať prvýkrát až v roku 2026 v procese ročného prerozdeľovania poistného za rok 2025, v dôsledku čoho by sa malo pri ročnom prerozdeľovaní poistného za rok 2024 postupovať podľa zákona č. 580/2004 Z. z. v znení účinnom do 31.12.2024, a teda rozhodnutie o ročnom prerozdeľovaní poistného za kalendárny rok 2024 by sa doručovalo v pôvodnom termíne (t. j. už do 15. decembra). Z dôvodu náročnosti spracovania rozhodnutia o ročnom prerozdeľovaní poistného za kalendárny rok 2024 sa navrhuje aj vo vzťahu k tomuto rozhodnutiu posunúť dátum jeho odoslania do zdravotných poisťovní na 20. december.

K bodu 70

Ustanovuje sa postup pri späťvzatí prihlášok, ktoré boli podané v čase pred účinnosťou tohto zákona a k zmene zdravotnej poisťovne má prísť až od 1. januára 2027.

K čl. II (zákon č. 581/2004 Z. z.)

K bodu 1

V zmysle ustanovenia § 8a zákona č. 580/2004 Z. z. sú poistenci, ktorí podali zdravotnej poisťovni prihlášku za účelom zmeny zdravotnej poisťovne oprávnení vziať prihlášku späť, a to do 31. októbra príslušného kalendárneho roka. Z tohto dôvodu je potrebné prijatie späťvzatia prihlášok explicitne uvádzať v povinnostiach zdravotných poisťovní definovaných v § 6 zákona č. 581/2004 Z. z. V súvislosti s navrhovanou legislatívnou zmenou je potrebné primerane upraviť, že aj prihlášky na verejné zdravotné poistenie sa podávajú podľa osobitného predpisu a vo vzťahu k vydávaniu preukazov poistenca je potrebné uviesť odkaz na správnu poznámku

pod čiarou. Zároveň je potrebné aktualizovať poznámku pod čiarou k odkazu 11aa), nakoľko aktuálne odkazovaný zákon bol zrušený a nahradený zákonom č. 395/2019 Z. z.

K bodu 2

Upresňuje sa spôsob určenia hranice 1 mil. eur s cieľom, aby bola zverejnená pôvodná zmluva, ako aj všetky dodatky uzatvorené k zmluve, a zároveň konsolidované znenie zmluvy v znení všetkých jej dodatkov a príloh.

K bodu 3

Za účelom jednoznačnosti znenia zákona sa explicitne uvádza aj späťvzatie prihlášky (obdobne ako prihláška) medzi úkonmi, za ktoré nesmie zdravotná poisťovňa poskytovať finančnú odplatu.

K bodu 4

Navrhuje sa vypustiť preplatok z ročného zúčtovania poistného z výpočtu ekonomicky oprávnených nákladov, nakoľko tento nepredstavuje náklad zdravotnej poisťovne, ale má povahu príjmu (ide teda o príjmový/výdavkový pohľad, nie výnosovo/nákladový pohľad), a preto zahrnutie do nákladov by bolo vecne nesprávne. Táto príjmová položka navyše už je obsiahnutá vo výnosoch/nákladoch zdravotnej poisťovne predchádzajúceho roka, a to ako dohadná položka, ktorá znížila predpísané poistné daného roka o očakávané preplatky z ročného zúčtovania.

K bodu 5

Súčasný znenie § 8aa ods. 2 písm. l) zákona č. 581/2004 Z. z. sa javí ako nadbytočné, nakoľko úrad osobitne neurčuje žiadne typy zdravotnej starostlivosti, vo vzťahu ku ktorým by bol v rámci finančného zúčtovania na základe určenia úradu aplikovaný osobitný režim.

K bodu 6

Predmetnou úpravou sa navrhuje skrátenie obdobia, medzi oznámením zmeny pravidiel kontrolnej činnosti zdravotnou poisťovňou poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a účinnosťou nových pravidiel kontrolnej činnosti, nakoľko z aplikačnej praxe vyplynulo, že aktuálna 60 dňová zákonná lehota je neprimerane dlhá a v aplikačnej praxi zo strany zdravotných poisťovní ťažko uplatniteľná.

K bodom 7 a 8

Cieľom úpravy je precizovať súčasný znenie za účelom zabezpečenia jednoznačne definovaného spôsobu poskytovania údajov zdravotnými poisťovňami samosprávnym krajom a Národnému centru zdravotníckych informácií. Návrh reaguje na aplikačné problémy v praxi, keď pri niektorých zdravotných poisťovniach vzniká problém poskytovať požadované údaje z dôvodu chýbajúcej periodicity poskytovania. V súčasnosti je takto explicitne upravená len povinnosť podľa § 15 ods. 1 písm. w), pričom rovnaký režim je navrhovaný aj pre písmená z) a al). Súčasne sa návrhom dopĺňa rozsah poskytovaných údajov o poskytovateľov primárnej špecializovanej gynekologickej ambulantnej starostlivosti ako reakcia na nový spôsob

definovania verejnej optimálnej siete pre poskytovateľov primárnej špecializovanej gynekologickej ambulantnej starostlivosti.

K bodu 9

Navrhuje sa zosúladienie spôsobu vykazovania údajov podľa zákona č. 581/2004 Z. z. so spôsobom vykazovania, ktorý je upravený v rámci vyhlášky MZ SR č. 522/2023 Z. z. Z obsahu aktuálne platného znenia § 15 ods. 1 písm. ao) zákona č. 581/2004 Z. z. vyplýva pre zdravotné poisťovne povinnosť oznamovať údaje štvrťročne a to za príslušný kalendárny štvrťrok, avšak v aplikačnej praxi nebude možné tieto kvartálne údaje mechanicky za príslušný kalendárny rok sčítať. Zo strany úradu by tak boli na webovom sídle zverejnené údaje, ktoré nebudú mať reálnu výpovednú hodnotu. Preto sa navrhuje legislatívna úprava, ktorá síce zachová pravidelnosť zasielania údajov zo strany zdravotných poisťovní, ale súčasne zabezpečí, že kvartálne zasielané údaje budú už zo strany zdravotných poisťovní aktuálne k poslednému dňu obdobia, za ktoré sa predkladajú (napríklad údaje predložené za tretí kalendárny štvrťrok budú zodpovedať deviatim kalendárnym mesiacom príslušného kalendárneho roka a nie len tretiemu kvartálu izolovane od predchádzajúcich dvoch kvartálov kalendárneho roka).

K bodu 10

Za účelom minimalizácie námietok v procese refundácie nákladov na zdravotnú starostlivosť, ktorá bola poisťencom zdravotných poisťovní pôsobiacich v systéme verejného zdravotného poistenia na území Slovenskej republiky poskytnutá v zahraničí sa navrhuje zaviesť povinnosť zdravotných poisťovní oznamovať úradu údaje o európskych preukazoch zdravotného poistenia (EPZP), ktoré zdravotné poisťovne vo vzťahu k svojim poisťencom vydali. V procese refundácie nákladov na zdravotnú starostlivosť medzi zdravotnými poisťovňami pôsobiacimi na území Slovenskej republiky a zdravotnými poisťovňami v zahraničí totiž dochádza k tomu, že na žiadosti o refundáciu týchto nákladov sú nesprávne uvádzané údaje o EPZP, ktorým sa poisťenec v zahraničí pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti preukázal, pričom tento nesúlad zistí až zdravotná poisťovňa, keďže úrad údajmi o EPZP vydaných zdravotnými poisťovňami pôsobiacimi v systéme verejného zdravotného poistenia na území Slovenskej republiky nedisponuje. Celý proces refundácie sa tak komplikuje a predlžuje. Ak bude úrad disponovať údajmi o EPZP, bude môcť priamo úrad vykonať kontrolu správnosti údajov o EPZP uvádzaných v žiadosti o refundáciu a v prípade zistenia nesprávnosti uvádzaných údajov bude môcť úrad hneď pristúpiť k riešeniu týchto diskrepancií s podávateľom žiadosti o refundáciu. Zároveň sa do budúca predpokladá zavedenie digitálnej formy EPZP, uvedené údaje tak budú potrebné pre potreby overovania digitálnej formy EPZP. Navrhuje sa tiež doplniť rozsah údajov poskytovaných zo strany zdravotných poisťovní úradu vo vzťahu k preukazom poistenca s označením „EÚ“. Tieto údaje sú úradu už aj v súčasnosti zo strany zdravotných poisťovní poskytované, avšak právny základ, na základe ktorého sa tak deje nie je dostatočne presný a určitý, aby bol v súlade s právnymi predpismi upravujúcimi oblasť ochrany osobných údajov. Preto aj vo vzťahu k týmto preukazom poistenca navrhujeme doplniť rozsah poskytovaných údajov.

K bodu 11

V zmysle ustanovenia § 15 ods. 1 písm. ao) zákona č. 581/2004 Z. z. má každá zdravotná poisťovňa povinnosť zaslať úradu údaje vymedzené bodoch 1. až 7. citovaného ustanovenia, za kalendárny štvrtrok do 60 dní od skončenia kalendárneho štvrtroka. Údaje za jednotlivé zdravotné poisťovne tak môžu byť úradu doručené v rôzne dni a v rôzne dni tak úradu začína plynúť lehota určená na zverejnenie týchto údajov v zmysle § 18 ods. 1 písm. x) zákona č. 581/2004 Z. z. Je žiaduce, aby boli tieto údaje zo strany úradu na webovom sídle úradu zverejnené komplexne, za všetky zdravotné poisťovne súčasne, nie postupne za jednotlivé zdravotné poisťovne v závislosti od toho, kedy úradu začala plynúť lehota na zverejnenie týchto údajov za tú-ktorú zdravotnú poisťovňu. Vzhľadom na uvedené sa navrhuje, aby bol zadefinovaný fixný dátum, do ktorého by bol úrad povinný údaje podľa § 18 ods. 1 písm. x) zákona č. 581/2004 Z. z. zverejniť za všetky zdravotné poisťovne. Podľa predloženého návrhu bude úrad povinný zverejniť údaje do konca kvartálu kalendárneho roka, v ktorom zdravotné poisťovne zašlú úradu údaje, teda najneskôr v posledný deň štvrtroka nasledujúceho po štvrtroku, za ktorý zdravotné poisťovne úradu pre dohľad predmetné údaje zašlú.

K bodu 12

V nadväznosti na navrhovanú úpravu uvedenú v novelizačnom bode č. 10, je potrebné údaje, o ktoré sa dopĺňa § 16 ods. 6 doplniť aj do § 20 ods. 1 písm. e) prvého bodu, ktorý definuje centrálny register poistencov, nakoľko rozsah údajov zasielaných úradu zo strany zdravotných poisťovní musí zodpovedať rozsahu údajov vedených úradom v centrálnom registri poistencov. Konkrétne ide o údaje o preukaze poistenca s označením „EÚ“ vydaného poistencovi a údaje o európskom preukaze zdravotného poistenia vydaného poistencovi v rozsahu identifikačné číslo preukazu, dátum vydania preukazu, dátum nadobudnutia platnosti preukazu a dátum ukončenia platnosti preukazu.

K bodu 13

Na území Slovenskej republiky pôsobia aj zdravotnícki pracovníci z cudziny, ktorým nebolo pridelené rodné číslo, preto je potrebné špecifikovať, že rodné číslo je súčasťou registra zdravotníckych pracovníkov len v prípade, že im bolo pridelené. Zároveň sa odstraňuje duplicita údajov „dátum narodenia“.

K bodu 14

V § 20 ods. 1 písm. e) šiestom bode sa aktuálne nachádza viacero nepresností, preto je potrebné ich odstrániť. Vo výpočte údajov evidovaných v registri podaných prihlášok na verejné zdravotné poistenie absentuje údaj „bezvýznamové identifikačné číslo poistenca“, ktorý je potrebné evidovať v prípade cudzincov, ktorým nebolo pridelené rodné číslo. Ďalej sa odstraňuje duplicita údajov „dátum narodenia“, údaj „dôvod odmietnutia prihlášky“ sa mení na údaj „dôvod neakceptovania prihlášky úradom“, nakoľko v registri sa uvádza dôvod, pre ktorý úrad nemôže akceptovať podanú prihlášku a nie dôvod, pre ktorý zdravotná poisťovňa odmietla prijať prihlášku podľa § 6 ods. 6 písm. a) zákona č. 580/2004 Z. z. Rovnako sa precizuje údaj „dátum späťvzatia prihlášky“, aby bolo zrejmé, že ide o dátum doručenia a dátum prijatia späťvzatia prihlášky, a údaj „adresa“ tak, že ide o adresu trvalého pobytu. Napokon sa vypúšťa

údaj „oznámenie úradu, na ktorej podanej prihláške trvá“, nakoľko nie je zrejmé, o aké oznámenie by malo ísť.

K bodu 15

Na území Slovenskej republiky pôsobia aj lekári z cudziny, ktorým nebolo pridelené rodné číslo a ani identifikátor fyzickej osoby z registra fyzických osôb, preto je potrebné vyšpecifikovať, že rodné číslo a identifikátor fyzickej osoby z registra fyzických osôb sú súčasťou zoznamu prehliadajúcich lekárov a lekárov vykonávajúcich pitvu len v prípade, že im boli pridelené. Zároveň je potrebné zosúladiť terminológiu a uviesť, že ide o prehliadajúceho lekára.

K bodu 16

Oprava poznámky pod čiarou, kde je nutné odkázať na ustanovenie, splnomocňujúce na vydanie vyhlášky, ktorá ustanovuje podrobnosti o postupe, metódach, okruhu spravodajských jednotiek a lehotách hlásenia údajov do Národného registra pracovníkov v zdravotníctve s prístupom do elektronickej zdravotnej knižky a jeho charakteristiky.

K bodom 17 a 18

V súčasnosti sa na úrad často obracia Policajný zbor (PZ SR) s dožiadaniami, pre potreby či už trestných konaní, alebo pre potreby konaní o pobyte a pod., ktorými žiada od úradu informáciu o poistení osôb v systéme verejného zdravotného poistenia na území Slovenskej republiky. Rovnako sa PZ SR obracia na úrad so žiadosťami o poskytnutie informácií o úmrtí fyzických osôb. Úrad je v zmysle ustanovenia § 76 ods. 3 písm. e) zákona č. 581/2004 Z. z. povinný poskytnúť PZ SR informácie a súčinnosť potrebnú pri plnení úloh policajného zboru podľa zákona č. 171/1993 Z. z. o policajnom zbore v znení neskorších predpisov (a podľa § 76 ods. 3 c) zákona č. 581/2004 Z. z. aj informácie a súčinnosť potrebnú pre účely trestného konania). Za účelom eliminácie administratívnej záťaže tak na strane PZ SR, ako aj na strane úradu sa navrhuje v zákone č. 581/2004 Z. z. upraviť oprávnenia úradu poskytnúť Ministerstvu vnútra Slovenskej republiky (ako ústrednému orgánu štátnej správy pre PZ SR) prístup na portál úradu, v ktorom sú evidované informácie o poistných vzťahoch poistencov a o úmrtí poistencov.

K bodom 19 až 21

Upravujú sa ustanovenia o údajoch, ktoré ÚDZS poskytuje NCZI, podľa potrieb aplikačnej praxe.

K bodu 22

Dôvodom návrhu je potreba určenia formy a spôsobu zverejňovania aktuálnej výšky nákladov na vykonávanie toxikologických a iných laboratórnych vyšetrení, ktoré vykonáva úrad na základe žiadosti fyzických osôb, právnických osôb a štátnych orgánov. Úrad vykonáva vyšetrenie na svojich súdnolekárskych a patologicko-anatomických pracoviskách, a to zo vzorky, ktorú úradu odovzdá žiadateľ o vyšetrenie, pričom žiadateľovi o vyšetrenie sú účtované reálne náklady, ktoré vznikli úradu v súvislosti s vykonaním vyšetrenia. Tieto náklady na vykonávanie vyšetrení sú aktualizované pravidelne na ročnej báze a pre jednoznačnosť sa navrhuje ich zverejňovanie vo Vestníku úradu.

K bodu 23

Súčasnú zmenu § 46b ods. 1 spôsobuje v praxi aplikačné problémy pri určovaní vecnej a miestnej príslušnosti správneho orgánu v správnych konaniach vedených úradom podľa správneho poriadku vo veci ukladania sankcií poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, preto je potrebné jeho vypustenie. Dohľad nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti spravidla nevykonáva jeden konkrétny organizačný útvar úradu, ale vykonáva ho skupina osôb zložená zo zamestnancov úradu a prizvaných osôb, pričom môže ísť o skupinu zloženú zo zamestnancov viacerých organizačných útvarov úradu. Zároveň v praxi môžu byť pôvodné dohľady a následné dohľady vykonávané zamestnancami odlišných organizačných útvarov úradu v rôznej hierarchickej štruktúre, čo v praxi spôsobuje nejednotné určovanie vecnej a miestnej príslušnosti správneho orgánu oprávneného na uloženie sankcie v správnom konaní. Vypustenie predmetného ustanovenia je preto potrebné aj z dôvodu zachovania zásady dvojinstančnosti správneho konania a jednotného určenia vecnej a miestnej príslušnosti správneho orgánu.

K bodu 24

Navrhovanou úpravou sa v rámci prevádzky informačného systému na zabezpečenie vykonávania prehliadok mŕtvych tiel (IS ePrehliadky), ktorý úrad prevádzkuje podľa § 18 ods. 1 písm. p) zákona č. 581/2004 Z. z., zabezpečí vyššia miera správnosti údajov o zomrelom vyplňaných v hláseniach o úmrtí prehliadajúcimi lekármi, pričom úrad môže taktiež zmeniť rozhodnutie prehliadajúceho lekára a nariadiť pitvu podľa § 48 ods. 2 zákona č. 581/2004 Z. z., pokiaľ z hlásenia o úmrtí vyplývajú zákonné dôvody na nariadenie pitvy.

K bodu 25

Na základe zistení z aplikačnej praxe nastala potreba upraviť spôsob vykonávania prehliadok mŕtvych tiel v jednotlivých ústavných zdravotníckych zariadeniach. Zdravotnícke zariadenia ústavnej zdravotnej starostlivosti, vymedzené v § 7 ods. 4 písm. b) až i) zákona č. 578/2004 Z. z. (t. j. hospic, dom ošetrovateľskej starostlivosti, prírodné liečebné kúpele, kúpeľná liečebňa, zariadenie biomedicínskeho výskumu, detenčný ústav a detenčný ústav pre mladistvých) vzhľadom na charakter svojej činnosti nedisponujú lekármi, ktorí by mali oprávnenie na vykonávanie prehliadok mŕtvych, a teda by mohli byť zaradení do rozpisu poskytovateľa 24 hodín denne 7 dní v týždni. Nie je preto možné v praxi od týchto poskytovateľov vyžadovať vyhotovenie rozpisu poskytovateľa a zabezpečovanie prehliadok mŕtvych „in house“. Predmetné ustanovenie je potrebné upraviť tak, aby sa vzťahovalo len na všeobecné nemocnice a špecializované nemocnice podľa § 7 ods. 4 písm. a) zákona č. 578/2004 Z. z. Nemocniciam sa zároveň precizujú povinnosti, súvisiace so zabezpečovaním prehliadok mŕtvych tiel tak, aby prehliadky boli zabezpečované riadne a včas, keďže prehliadka mŕtveho tela je právnym úkonom, na ktorý následne nadväzujú ďalšie procesy a úkony súvisiace s nakladaním s telom zomrelého, s prevádzkou informačného systému ePrehliadky, s vedením registrov a s plnením zákonných povinností inými orgánmi verejnej moci vrátane úradu pre dohľad, matrík, Štatistického úradu SR, Národného centra zdravotníckych informácií a ďalších subjektov.

K bodom 26 a 27

V nadväznosti na navrhovanú úpravu uvedenú v novelizačnom bode č. 25, podľa ktorej sa režim zabezpečovania prehliadok mŕtvych tiel podľa § 47c zákona č. 581/2004 Z. z. bude vzťahovať len na nemocnice, je potrebné zodpovedajúcim spôsobom upraviť nadpis a terminológiu v dotknutých odsekoch § 47da zákona č. 581/2004 Z. z. tak, že ide o prehliadku mŕtvych tiel mimo nemocnice.

K bodu 28

Navrhujeme doplniť, že úrad v súvislosti výkonom pitvy mŕtvych tiel odoberá biologický materiál aj na účely výučby a vzdelávania, ktoré je realizované na lekárskech fakultách vysokých škôl na území Slovenskej republiky. Uvedená špecifikácia je dôležitá, nakoľko za účelom realizácie kvalitného vzdelávania a prípravy budúcich lekárov je potrebné zabezpečiť moderné procesy výučby a vzdelávania, ktoré si nevyhnutne vyžadujú aj prácu s biologickým materiálom.

K bodu 29

V aplikačnej praxi dochádza k prípadom, kedy orgány činné v trestnom konaní príberú podľa Trestného poriadku znalca na vykonanie laboratórneho vyšetrenia, a to napríklad za účelom zistenia prítomnosti omamných a psychotropných látok v tele v súvislosti s vyšetrovaním trestného činu. V takom prípade znalec vykonáva laboratórne vyšetrenie v priestoroch súdneho lekárskeho a patologicko-anatomickeho pracoviska úradu, ktoré mu na tento účel poskytuje súčinnosť tým, že mu poskytuje priestorové, materiálno-technické a v prípade potreby aj personálne vybavenie. Ide o rovnakú situáciu, ako keď úrad poskytuje pri súdnej pitve súčinnosť znalcovi, ktorého pribral orgán činný v trestnom konaní podľa Trestného poriadku. Vzhľadom na uvedené je potrebné vyšpecifikovať aj znášanie nákladov na laboratórne vyšetrenia nariadené podľa Trestného poriadku. Zároveň je potrebné upraviť znenie poznámky pod čiarou k odkazu 65) na v súčasnosti platné ustanovenie § 142 Trestného poriadku, ktoré upravuje znaleckú činnosť.

K bodu 30

Inštitúty upravené v § 50 ods. 1 písm. d) až g) zákona č. 581/2004 Z. z. nemajú charakter štandardnej sankcie, ktorú by bolo možné zo strany úradu uložiť za porušenie zákona č. 581/2004 Z. z. alebo zákona č. 580/2004 Z. z., ako sa uvádza v úvodnej vete § 50 ods. 1 zákona č. 581/2004 Z. z., ale ide o inštitúty, ktoré je možné využiť výlučne len v zákonom explicitne predpokladaných a taxatívne vymedzených prípadoch. V prípade, ak na strane zdravotnej poisťovne nastane niektorých z týchto zákonom predpokladaných prípadov, úrad je spravidla povinný tieto inštitúty aplikovať, nejde teda len o možnosť úradu pristúpiť k aplikácii týchto inštitútov, ako sa uvádza v úvodnej vete § 50 ods. 1 zákona č. 581/2004 Z. z., ale (v niektorých prípadoch) ide o povinnosť úradu tieto inštitúty aplikovať (napr. § 51 zákona č. 581/2004 Z. z., ktorý definuje dôvody pre nariadenie povinnosti zdravotnej poisťovni predložiť úradu na schválenie návrh ozdravného plánu, ktoré ak nastanú, úrad je povinný, nielen oprávnený, uložiť zdravotnej poisťovni povinnosť predložiť úradu na schválenie návrh ozdravného plánu). Zároveň nie všetky dôvody, pre ktoré je predmetné inštitúty potrebné v zmysle zákona č. 581/2004 Z. z. aplikovať, majú charakter porušenia zákona č. 581/2004 Z. z. alebo zákona č. 580/2004 Z. z. (ako predpokladá úvodná veta § 50 ods. 1 zákona č. 581/2004

Z. z.), ale niektoré z týchto dôvodov majú za cieľ riešenie nepriaznivej hospodárskej situácie zdravotnej poisťovne.

K bodu 31

Vzhľadom na navrhovanú úpravu povinností poskytovateľa zdravotnej starostlivosti pri zabezpečovaní riadneho a včasného výkonu prehliadok mŕtvych tiel v nemocniciach podľa § 47c zákona č. 581/2004 Z. z. a vzhľadom na následky porušenia týchto povinností, je potrebné upraviť aj ustanovenie umožňujúce úradu postihnúť porušenie týchto povinností sankciou.

K bodu 32

Vzhľadom na úpravu povinností poskytovateľa zdravotnej starostlivosti pri zabezpečovaní riadneho a včasného výkonu prehliadok mŕtvych tiel v nemocniciach podľa § 47c a vzhľadom na následky porušenia týchto povinností, je potrebné upraviť aj ustanovenie o pokute za porušenie týchto povinností, ktorým sa upravuje horná hranica možnej pokuty pre poskytovateľa ústavnej zdravotnej starostlivosti.

K bodom 33 a 34

Zákon 580/2004 Z. z. upravuje údaje, ktoré vedú zdravotné poisťovne o poistencoch, a to vrátane údajov o príjmoch platiteľov poistného. Uvedené údaje sú potrebné pre posúdenie nároku na adresnú energopomoc, ktorú kompetenčne zastrešuje Ministerstvo hospodárstva Slovenskej republiky (ďalej len „ministerstvo hospodárstva“). Súčasný legislatívny rámec pre zber a analýzu sociálno-ekonomických údajov a ďalších informácií predstavuje zákon č. 71/2025 Z. z. o poskytovaní údajov na účel adresnej energopomoci. Cieľom zberu a analýzy údajov je vytvorenie a napĺňanie logicky štruktúrovanej databázy prevádzkovej ministerstvom hospodárstva, ktorá sa transformuje na komplexný informačný systém vrátane registra odberných miest so všetkými relevantnými údajmi potrebnými na inštitucionalizovanie systému adresnej energopomoci. Účelom navrhovanej právnej úpravy je zabezpečiť právny rámec na získavanie údajov od zdravotných poisťovní v záujme identifikácie tých domácností, ktorým vznikne nárok na adresnú energopomoc. Je potrebné podotknúť, že zákon č. 71/2025 Z. z. predpokladá identifikáciu oprávnených domácností na základe príjmov členov domácností, pričom analýza ministerstva hospodárstva ukázala, že relevantné informácie o príjmoch v relatívne aktuálnom čase a nízkou chybovosťou je možné zistiť z údajov, ktoré vedú zdravotné poisťovne. Zákon č. 580/2004 Z. z. upravuje okrem vyššie uvedených údajov potrebných pre ministerstvo hospodárstva aj iné údaje, ktoré sú potrebné aj pre Národnú banku Slovenska (ďalej len „NBS“), ktorá ako centrálna banka pri plnení svojej pôsobnosti, činností a úloh vyplývajúcich z osobitných predpisov, musí vychádzať zo spoločných údajov, a to vrátane tých z oblasti zdravotníctva. NBS ako centrálna banka musí pri nastavovaní menovej politiky s cieľom udržiavať cenovú stabilitu zohľadňovať mzdové a inflačné tlaky, ktoré môžu byť spojené s nedostatkom produkčnej kapacity. Dlhodobý ekonomický rast a cenová stabilita závisia od dostupných produkčných kapacít v ekonomike, ktoré sú čoraz viac ovplyvnené aj nepriaznivou demografiou a zdravotným stavom populácie. Rápídne starnutie obyvateľstva spolu s nízkym počtom rokov prežitých v zdraví výrazne determinujú aktivitu populácie a jej produktivitu, čím vplývajú na dlhodobý potenciálny rast ekonomiky. Zdravotný stav populácie,

jej budúca ekonomická aktivita ako aj hospodárenie zdravotného systému majú taktiež zásadný vplyv na udržateľnosť verejných financií. Rastúce výdavky na zdravotnú starostlivosť a dôchodky, spolu s klesajúcim počtom prispievateľov, môžu ohroziť fiškálnu stabilitu a vyvolať tlak na verejný dlh a úrokové sadzby. Ak by verejné financie prestali byť udržateľné, môžu nastať systémové riziká pre finančný sektor.

K bodu 35

Za účelom zefektívnenia výkonu správny verejných financií sa navrhuje upraviť výnimku z povinnosti zachovávať mlčanlivosť v prípade, ak ide o poskytovanie informácií pre účely konkurzného konania. Sociálna poisťovňa a zdravotné poisťovne nepochybne spravujú verejné zdroje, preto je nevyhnutné, poskytovať informácie pre účely konkurzného konania, napr. informácie o evidencii nedoplatku. Vedomosť o existencii pohľadávok voči dlžníkovi zo strany viacerých subjektov a tiež informácia o štruktúre týchto pohľadávok a čase po ich splatnosti je pri podávaní návrhu na vyhlásenie konkurzu nutnou podmienkou v súlade s § 12 ods. 2 zákona č. 7/2005 Z. z. o konkurze a reštrukturalizácii a o zmene a doplnení niektorých zákonov..

K bodu 36

Uvedené doplnenie výmeny informácií priamo s Policajným zborom (služba cudzineckej a hraničnej polície) sa navrhuje vzhľadom na narastajúci počet cudzincov, ktorí vstupujú do systému verejného zdravotného poistenia a za účelom efektívnej výmeny informácií súvisiacich s udelenými pobytmi v Slovenskej republike.

K bodu 37

Navrhuje sa doplniť účel, pre ktorý je úrad povinný poskytnúť zdravotným poisťovniam údaje získané od Policajného zboru na základe zákona č. 8/2009 Z. z., a týmto je uplatňovania nároku zdravotnej poisťovne na úhradu nákladov za poskytnutú zdravotnú starostlivosť podľa osobitného predpisu. Účel zároveň určuje, ktoré údaje majú byť zdravotnej poisťovni poskytnuté. Navrhovaná špecifikácia má zároveň zosúladiť znenie ustanovenia s právnymi predpismi upravujúcimi režim ochrany osobných údajov.

K čl. III (účinnosť)

Ustanovuje sa účinnosť právneho predpisu.

Účinnosť ustanovení, týkajúce sa praktických postupov pri výkone ročného prerozdelenia sa navrhuje na 10. december 2025 tak, aby mohli byť použité už pri výkone ročného prerozdelenia v r. 2025.

Účinnosť ustanovení, týkajúcej sa novej definície samostatne zárobkovo činnnej osoby pri osobách z krajín mimo členských štátov, na ktoré sa nevzťahujú koordinačné nariadenia sa navrhuje od 31. decembra 2025 tak, aby v prípade, ak osoby nesplnia podmienky na vstup do systému verejného zdravotného poistenia mohlo byť ich poistenie ukončené k 31. decembru 2025.

Účinnosť ostatných ustanovení návrhu zákona sa navrhuje na 1. január 2026.