ZBIERKA ZÁKONOV
SLOVENSKEJ REPUBLIKY

Ročník 2012

Vyhlásené: 29.06.2012 Vyhlásená verzia v Zbierke zákonov Slovenskej republiky

Obsah tohto dokumentu má informatívny charakter.

185

ZÁKON

z 20. júna 2012,

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 o zmene a doplnení niektorých zákonov

Národná rada Slovenskej republiky sa uzniesla na tomto zákone:

Čl. I

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 zákona č. 718/2004 Z. z., zákona č. 305/2005 Z. z., zákona č. 352/2005 Z. z., zákona č. 660/2005 Z. z., zákona č. 282/2006 Z. z., zákona č. 522/2006 Z. z., zákona č. 673/2006 Z. z., zákona č. 358/2007 Z. z., zákona č. 518/2007 Z. z., zákona č. 530/2007 Z. z., zákona č. 594/2007 Z. z., zákona č. 461/2008 Z. z., zákona č. 581/2008 Z. z., zákona č. 108/2009 Z. z., zákona č. 192/2009 Z. z., zákona č. 533/2009 Z. z., zákona č. 121/2010 Z. z., zákona č. 136/2010 Z. z., zákona č. 151/2010 Z. z., zákona č. 499/2010 Z. z., zákona č. 133/2011 Z. z. a zákona č. 250/2011 Z. z. sa mení a dopĺňa takto:

1. V § 19 ods. 12 sa za slová „podľa odseku 8“ vkladajú slová „alebo podľa odseku 17“.
2. V § 19 ods. 17 sa na konci bodka nahrádza bodkočiarkou a pripájajú sa tieto slová: „v takom prípade výsledok ročného zúčtovania poistného oznamuje zdravotná poisťovňa poistencom a platiteľom poistného do 31. decembra kalendárneho roka nasledujúceho po roku, za ktorý bolo ročné zúčtovanie poistného vykonané, elektronicky prostredníctvom internetového portálu alebo elektronickej podateľne alebo v listinnej podobe.“.
3. V § 23 ods. 9 písm. b) sa slová „15. novembra“ nahrádzajú slovami „30. novembra“.
4. V § 23 ods. 9 písmeno d) znie:

   „d) ministerstvu zdravotníctva na účely výpočtu indexu rizika nákladov na zdravotnú starostlivosť (ďalej len „index rizika nákladov“) údaje podľa § 28 ods. 4 do 30. júna kalendárneho roka,“.
5. V § 23 ods. 9 sa vypúšťa písmeno e).
6. V § 27 ods. 2 písmeno c) znie:

   „c) počet poistencov podľa pohlavia a veku od 0 do 79 rokov veku v skupinách po piatich rokoch a osobitne v skupine od 80 rokov veku (ďalej len „počet poistencov podľa pohlavia a veku“), za ktorých platiteľom poistného nie je štát [§ 11 ods. 1 písm. a) až c) a ods. 2] za kalendárny mesiac, za ktorý sa mesačné prerozdeľovanie vykonáva,“.
7. V § 27 ods. 2 písm. d) sa za slovo „poistencov“ vkladajú slová „podľa pohlavia a veku“ a vypúšťajú sa slová za hranatou zátvorkou „podľa pohlavia a veku“.
8. V § 27 sa odsek 2 dopĺňa písmenami e) a f), ktoré znejú:

„e) počet poistencov zaradených do jednotlivých farmaceuticko-nákladových skupín podľa § 27b ods. 2 a 3 za kalendárny mesiac, za ktorý sa mesačné prerozdeľovanie vykonáva,

f) zoznam poistencov podľa písmena e), ktorý obsahuje

1. rodné číslo poistenca, ak ide o cudzinca, ktorý nemá pridelené rodné číslo, meno, priezvisko a dátum narodenia,
2. kód lieku uvedeného v zozname kategorizovaných liekov[57aa]) (ďalej len „kategorizovaný liek“), na ktorého základe bol poistenec zaradený do farmaceuticko-nákladovej skupiny podľa § 27b ods. 2 alebo ods. 3,
3. počet balení lieku podľa druhého bodu,
4. dátum výdaja alebo podania lieku podľa druhého bodu.“.

Poznámka pod čiarou k odkazu 57aa znie:

„57aa) § 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.“.

9. V § 27 ods. 8 úvodnej vete sa slová „do 25. dňa v kalendárnom mesiaci“ nahrádzajú slovami „do konca kalendárneho mesiaca“.
10. V § 27 ods. 8 písm. a) tretí bod znie:

„3. počet poistencov podľa odseku 2 písm. c) až e),“.

11. V § 27 ods. 8 písm. b) piatom bode sa slová „ods. 5“ nahrádzajú slovami „ods. 13“.
12. V § 27 ods. 9 prvej vete sa slovo „stanoví“ nahrádza slovom „určí“.
13. V § 27a ods. 2 písm. c) sa za slovo „poistencov“ vkladajú slová „podľa pohlavia a veku“ a vypúšťajú sa slová za hranatou zátvorkou „podľa pohlavia a veku“.
14. V § 27a sa odsek 2 dopĺňa písmenom d), ktoré znie:

„d) počet poistencov zaradených do jednotlivých farmaceuticko-nákladových skupín podľa § 27b ods. 2 a 3 za rozhodujúce obdobie.“.

15. V § 27a ods. 9 písm. a) druhom bode sa slová „b) a c)“ nahrádzajú slovami „b) až d)“.
16. V § 27a ods. 9 písm. b) šiestom bode sa slová „ods. 5“ nahrádzajú slovami „ods. 13“.
17. V § 27a ods. 10 prvej vete sa slovo „stanoví“ nahrádza slovom „určí“.
18. Za § 27a sa vkladá § 27b, ktorý vrátane nadpisu znie:

„§ 27b
Farmaceuticko-nákladové skupiny

(1) Farmaceuticko-nákladová skupina je definovaná anatomicko-terapeuticko-chemickou skupinou liečiv (ďalej len „ATC skupina“) a je spôsobilá odhadnúť budúce náklady na poskytovanú zdravotnú starostlivosť poistenca s chorobou v chronickom štádiu na základe spotreby kategorizovaných liekov. Farmaceuticko-nákladová skupina sa zaradí do zoznamu farmaceuticko-nákladových skupín, ak spĺňa kritériá uvedené v odseku 4.

(2) Príslušná zdravotná poisťovňa zaradí poistenca v kalendárnom mesiaci, za ktorý sa vykonáva mesačné prerozdeľovanie, do farmaceuticko-nákladovej skupiny zaradenej do zoznamu farmaceuticko-nákladových skupín, ak mu počas 12 za sebou nasledujúcich kalendárnych mesiacov predchádzajúcich kalendárnemu mesiacu, za ktorý sa vykonáva mesačné prerozdeľovanie, bolo vydaných alebo podaných aspoň 181 štandardných dávok liečiva v kategorizovaných liekoch v ATC skupinách, ktoré definujú farmaceuticko-nákladovú skupinu zaradenú do zoznamu farmaceuticko-nákladových skupín a ktoré príslušná zdravotná poisťovňa alebo zdravotná poisťovňa, ktorá naposledy vykonávala verejné zdravotné poistenie poistenca, zaevidovala v účtovnej evidencii.

Štandardnú dávku liečiva v kategorizovaných liekoch ustanovuje zoznam kategorizovaných liekov.[57aa])

(3) Ak možno poistenca zaradiť podľa odseku 2 do viacerých farmaceuticko-nákladových skupín zaradených do zoznamu farmaceuticko-nákladových skupín, poistenec sa na účely mesačného prerozdeľovania zaradí len do farmaceuticko-nákladovej skupiny s najvyšším indexom rizika nákladov.

(4) Farmaceuticko-nákladová skupina sa zaradí do zoznamu farmaceuticko-nákladových skupín, ak

a) jej zaradenie zvýši predpovedaciu silu prerozdeľovania poistného vyjadrenú koeficientom determinácie aspoň o 0,01 percentuálneho bodu; koeficient determinácie je koeficient, ktorý vyjadruje, akú časť celkovej variability nákladov na zdravotnú starostlivosť zohľadňuje prerozdeľovanie poistného,

b) koeficient dodatočných nákladov farmaceuticko-nákladovej skupiny použitý na výpočet indexu rizika nákladov je štatisticky významný aspoň na hladine významnosti 0,01,

c) podiel dodatočných nákladov farmaceuticko-nákladovej skupiny na celkových ročných nákladoch na zdravotnú starostlivosť je aspoň 0,01 %,

d) dodatočné náklady farmaceuticko-nákladovej skupiny tvoria aspoň 15 % priemerných nákladov na poistenca,

e) podiel štandardných dávok liečiva v kategorizovaných liekoch v ATC skupinách, ktoré definujú farmaceuticko-nákladovú skupinu, ktoré boli vydané alebo podané na choroby priradené farmaceuticko-nákladovej skupine, je väčší ako 50 % po vyradení ATC skupín, pri ktorých podiel štandardných dávok liečiva v kategorizovaných liekoch v ATC skupinách, ktoré definujú farmaceuticko-nákladovú skupinu, ktoré boli vydané alebo podané na choroby priradené farmaceuticko-nákladovej skupine, je menší ako 30 %; toto kritérium sa použije len na farmaceuticko-nákladové skupiny, ku ktorým možno priradiť chorobu.

(5) Dodatočné náklady farmaceuticko-nákladovej skupiny podľa odseku 4 písm. b) až d) sú rozdielom medzi priemernými nákladmi na poistenca zaradeného do farmaceuticko-nákladovej skupiny a priemernými nákladmi na poistenca.

(6) Farmaceuticko-nákladová skupina sa vyradí zo zoznamu farmaceuticko-nákladových skupín, ak prestane spĺňať niektoré z kritérií podľa odseku 4.

(7) Zoznam farmaceuticko-nákladových skupín obsahuje

a) číslo farmaceuticko-nákladovej skupiny,

b) kód farmaceuticko-nákladovej skupiny,

c) názov farmaceuticko-nákladovej skupiny podľa choroby alebo spôsobu liečby,

d) kód choroby podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb, ak ho možno k farmaceuticko-nákladovej skupine priradiť,

e) ATC skupinu, ktorá definuje farmaceuticko-nákladovú skupinu.

(8) Zoznam farmaceuticko-nákladových skupín môže obsahovať pravidlo vylučujúce zaradenie poistenca do príbuzných farmaceuticko-nákladových skupín.

(9) Návrh na zmenu zoznamu farmaceuticko-nákladových skupín zasielajú zdravotné poisťovne a úrad ministerstvu zdravotníctva najneskôr do 30. júna kalendárneho roka, ktorý predchádza kalendárnemu roku, na ktorý sa stanovuje index rizika nákladov. Súčasťou návrhu na zaradenie farmaceuticko-nákladovej skupiny do zoznamu

farmaceuticko-nákladových skupín musia byť údaje podľa odseku 7 písm. c) až e) a môže byť údaj podľa odseku 8.“.

19. § 28 znie:

„§ 28

(1) Počet prepočítaných poistencov zdravotnej poisťovne sa vypočíta ako súčet súčinov

a) počtu poistencov podľa pohlavia a veku, za ktorých platiteľom poistného nie je štát [§ 11 ods. 1 písm. a) až c) a ods. 2] a príslušného indexu rizika nákladov podľa odseku 10 písm. a),

b) počtu poistencov podľa pohlavia a veku, za ktorých platiteľom poistného je štát (§ 11 ods. 7) a príslušného indexu rizika nákladov podľa odseku 10 písm. a),

c) počtu poistencov zaradených v jednotlivých farmaceuticko-nákladových skupinách a príslušného indexu nákladov podľa odseku 10 písm. a).

(2) Index rizika nákladov sa vypočítava v každom kalendárnom roku na nasledujúci kalendárny rok z údajov podľa odseku 4.

(3) Index rizika nákladov sa vypočíta lineárnou regresnou analýzou

a) pre poistencov podľa pohlavia a veku, za ktorých platiteľom poistného nie je štát [§ 11 ods. 1 písm. a) až c) a ods. 2],

b) pre poistencov podľa pohlavia a veku, za ktorých platiteľom poistného je štát (§ 11 ods. 7),

c) pre jednotlivé farmaceuticko-nákladové skupiny.

(4) Zdravotná poisťovňa je povinná do 30. júna kalendárneho roka predložiť ministerstvu zdravotníctva v elektronickej podobe

a) údaje o spotrebe kategorizovaných liekov za každého poistenca v období od 1. januára do 31. decembra kalendárneho roka, ktorý tri roky predchádza kalendárnemu roku, na ktorý sa vypočítava index rizika nákladov, ktoré obsahujú

   1. rodné číslo poistenca, ak ide o cudzinca, ktorý nemá pridelené rodné číslo, meno, priezvisko a dátum narodenia,
   2. kód kategorizovaného lieku,
   3. počet balení kategorizovaného lieku,
   4. kód choroby, ktorý je uvedený na lekárskom predpise,
   5. dátum výdaja alebo podania kategorizovaného lieku,

b) údaje o nákladoch zdravotnej poisťovne na zdravotnú starostlivosť na každého poistenca v období od 1. januára do 31. decembra kalendárneho roka, ktorý dva roky predchádza kalendárnemu roku, na ktorý sa vypočítava index rizika nákladov, ktoré obsahujú

   1. rodné číslo poistenca, ak ide o cudzinca, ktorý nemá pridelené rodné číslo, meno, priezvisko a dátum narodenia,
   2. pohlavie,
   3. náklady na zdravotnú starostlivosť na poistenca,
   4. paušálne náklady na poistenca určené ako podiel celkových paušálnych nákladov zdravotnej poisťovne na zdravotnú starostlivosť a počtu poistencov zdravotnej

poisťovne; paušálne náklady sú náklady, ktoré sa nedajú priradiť k jednotlivým poistencom,[57c])

c) údaje o platiteľovi poistného v období od 1. januára do 31. decembra kalendárneho roka, ktorý dva roky predchádza kalendárnemu roku, na ktorý sa vypočítava index rizika nákladov, ktoré obsahujú

   1. rodné číslo poistenca, ak ide o cudzinca, ktorý nemá pridelené rodné číslo, meno, priezvisko a dátum narodenia,

   2. kalendárny mesiac a informácia o tom, či k prvému dňu kalendárneho mesiaca bol poistencom, za ktorého platí poistné štát (§ 11 ods. 7),

d) údaje z registra poistencov v období od 1. januára do 31. decembra kalendárneho roka, ktorý dva roky predchádza kalendárnemu roku, na ktorý sa vypočítava index rizika nákladov, ktoré obsahujú

   1. rodné číslo a dátum narodenia poistenca, ak ide o cudzinca, ktorý nemá pridelené rodné číslo, meno, priezvisko a dátum narodenia,

   2. pohlavie,

   3. dátum začatia poistného vzťahu a dátum ukončenia poistného vzťahu.

(5) Na účely výpočtu indexu rizika nákladov poistenec, ktorý bol v období od 1. januára do 31. decembra kalendárneho roka, ktorý dva roky predchádza kalendárnemu roku, na ktorý sa vypočítava index rizika nákladov, poistencom, za ktorého platiteľom poistného je štát (§ 11 ods. 7), k prvému dňu kalendárneho mesiaca, sa považuje za poistenca, za ktorého platiteľom poistného je štát (§ 11 ods. 7), počas celého takéhoto kalendárneho mesiaca.

(6) Ak poistenec bol poistencom, za ktorého platiteľom poistného je štát podľa odseku 5, jeden alebo viac kalendárnych mesiacov a ich počet predstavuje aspoň polovicu počtu kalendárnych mesiacov trvania poistného vzťahu v období podľa odseku 5, poistenec sa na účely výpočtu indexu rizika nákladov považuje za poistenca, za ktorého platiteľom poistného je štát (§ 11 ods. 7), počas celého trvania poistného vzťahu. Do počtu kalendárnych mesiacov trvania poistného vzťahu podľa prvej vety sa započítava aj kalendárny mesiac, v ktorom došlo k ukončeniu poistného vzťahu. Celým trvaním poistného vzťahu podľa prvej vety sa rozumie počet kalendárnych mesiacov trvania poistného vzťahu vrátane kalendárneho mesiaca, v ktorom došlo k ukončeniu poistného vzťahu.

(7) Ministerstvo zdravotníctva pri spracúvaní údajov podľa odseku 4 vyradí zo spracovania chybné údaje, ktorými sú najmä údaje súvisiace s prihlásením poistencov vo viacerých zdravotných poisťovniach, nesprávny formát údajov, údaje o spotrebe liekov, ktoré nie sú v zozname kategorizovaných liekov,[57aa]) a prekročené počty balení liekov. Ak chybné údaje tvoria viac ako 5 % z celkového objemu údajov predložených zdravotnou poisťovňou, ministerstvo zdravotníctva ich uvedie v chybovom protokole, ktorý zašle zdravotnej poisťovni. Zdravotná poisťovňa je povinná údaje uvedené v chybovom protokole opraviť a opravené údaje zaslať ministerstvu zdravotníctva do 15 dní od doručenia chybového protokolu.

(8) Úrad je povinný na účely výpočtu indexu rizika nákladov do 30. júna kalendárneho roka predložiť v elektronickej podobe ministerstvu zdravotníctva z centrálneho registra poistencov za každého poistenca za obdobie od 1. januára do 31. decembra kalendárneho roka, ktorý dva roky predchádza kalendárnemu roku, na ktorý sa vypočítava index rizika nákladov,

a) rodné číslo a dátum narodenia poistenca; ak ide o cudzinca, ktorý nemá pridelené rodné číslo, meno, priezvisko a dátum narodenia,

b) pohlavie,

c) dátum vzniku a zániku verejného zdravotného poistenia,

d) kód príslušnej zdravotnej poisťovne,

e) označenie platiteľa poistného s uvedením dátumu začatia a dátumu skončenia povinnosti platiť poistné.

(9) Ministerstvo zdravotníctva každoročne pri výpočte indexu rizika nákladov, na základe údajov potrebných na ich výpočet preverí, či každá farmaceuticko-nákladová skupina, pre ktorú má byť vypočítaný index rizika nákladov, spĺňa kritériá podľa § 27b ods. 4.

(10) Všeobecne záväzný právny predpis, ktorý vydá ministerstvo zdravotníctva do 31. decembra kalendárneho roka predchádzajúceho kalendárnemu roku, na ktorý sa ustanovuje index rizika nákladov, ustanoví

a) index rizika nákladov na príslušný kalendárny rok,

b) zoznam farmaceuticko-nákladových skupín.

(11) Index rizika nákladov sa neustanovuje pre farmaceuticko-nákladovú skupinu, ktorá nespĺňa kritériá podľa § 27b ods. 4. Zoznam farmaceuticko-nákladových skupín možno meniť len k 1. januáru kalendárneho roka.

(12) Odvolanie proti rozhodnutiu podľa § 27 ods. 8 alebo § 27a ods. 9 nemá odkladný účinok. Na toto konanie sa vzťahuje všeobecný predpis o správnom konaní, ak tento zákon neustanovuje inak.[56])

(13) Ak je zdravotná poisťovňa v omeškaní s plnením záväzku podľa § 27 alebo § 27a, je povinná zaplatiť zdravotnej poisťovni, voči ktorej má záväzok, poplatok vo výške 0,2 % z dlžnej sumy za každý kalendárny deň omeškania.

(14) Všeobecne záväzný právny predpis, ktorý vydá ministerstvo zdravotníctva po dohode s Ministerstvom financií Slovenskej republiky, ustanoví

a) podrobnosti o mesačnom prerozdeľovaní a ročnom prerozdeľovaní,

b) podrobnosti o výpočte indexu rizika nákladov,

c) podrobnosti o kritériách na zaradenie farmaceuticko-nákladovej skupiny do zoznamu farmaceuticko-nákladových skupín a na jej vyradenie z tohto zoznamu,

d) podrobnosti o zaraďovaní poistencov do farmaceuticko-nákladových skupín,

e) dátové rozhranie na zasielanie údajov uvedených v odsekoch 4, 7 a 8.“.

Poznámka pod čiarou k odkazu 57c znie:

„57c) Napríklad § 8 ods. 5 a 6 zákona č. 581/2004 Z. z.“.

20. Za § 38 sa vkladá § 38a, ktorý vrátane nadpisu znie:

„§ 38a
Prechodné ustanovenia k úpravám účinným od 1. júla 2012

(1) Zdravotná poisťovňa je povinná splniť povinnosti podľa § 27 ods. 2 písm. e) a f) prvýkrát do 20. septembra 2012.

(2) Zdravotná poisťovňa, ktorá naposledy vykonávala verejné zdravotné poistenie poistenca do 31. decembra 2011, je povinná zaslať za tohto poistenca do 15. augusta 2012

príslušnej zdravotnej poisťovni údaje o spotrebe kategorizovaných liekov za obdobie od 1. januára 2011 do 31. decembra 2011, ktoré obsahujú

a) rodné číslo poistenca; ak ide o cudzinca, ktorý nemá pridelené rodné číslo, meno, priezvisko a dátum narodenia,

b) kód kategorizovaného lieku,

c) počet balení kategorizovaného lieku,

d) kód choroby, ktorý je uvedený na lekárskom predpise,

e) dátum výdaja alebo podania kategorizovaného lieku.

(3) Index rizika nákladov vydaný na rok 2012 sa naposledy použije pri mesačnom prerozdeľovaní za mesiac jún 2012. Na účely výpočtu indexu rizika nákladov na mesiace júl až december 2012 sú zdravotné poisťovne povinné zaslať ministerstvu zdravotníctva údaje podľa § 28 ods. 4 do 15. júla 2012; ak im ministerstvo zdravotníctva zašle chybový protokol (§ 28 ods. 7), sú povinné údaje uvedené v chybovom protokole opraviť a opravené údaje zaslať do 31. júla 2012.

(4) Na účely výpočtu indexu rizika nákladov na mesiace júl až december 2012 je úrad povinný zaslať ministerstvu zdravotníctva údaje podľa § 28 ods. 8 do 15. júla 2012.

(5) Ministerstvo zdravotníctva vydá do 10. septembra 2012 na obdobie od 1. júla 2012 do 31. decembra 2012 všeobecne záväzný právny predpis, ktorý ustanoví index rizika nákladov, a všeobecne záväzný právny predpis, ktorý ustanoví zoznam farmaceuticko-nákladových skupín.

(6) Mesačné prerozdeľovanie za mesiac máj 2012 a mesačné prerozdeľovanie za mesiac jún 2012 sa vykoná podľa tohto zákona v znení účinnom do 30. júna 2012.

(7) Úrad pri ročnom prerozdeľovaní za rok 2012 použije za obdobie

a) od 1. januára 2012 do 30. júna 2012 index rizika nákladov podľa tohto zákona v znení účinnom do 30. júna 2012,

b) od 1. júla 2012 do 31. decembra 2012 index rizika nákladov podľa tohto zákona v znení účinnom od 1. júla 2012.

(8) V rozhodnutí o ročnom prerozdeľovaní za rok 2012 úrad uvedie celkovú sumu povinného poistného za každú zdravotnú poisťovňu [§ 27a ods. 9 písm. a) prvý bod] rozdelenú na dve rovnaké časti.

(9) Na účely výpočtu indexu rizika nákladov na rok 2013 sú zdravotné poisťovne povinné zaslať ministerstvu zdravotníctva údaje podľa § 28 ods. 4 do 15. augusta 2012; ak im ministerstvo zdravotníctva zašle chybový protokol (§ 28 ods. 7), sú povinné údaje uvedené v chybovom protokole opraviť a opravené údaje zaslať do 20. septembra 2012.

(10) Na účely výpočtu indexu rizika nákladov na rok 2013 je úrad povinný zaslať ministerstvu zdravotníctva údaje podľa § 28 ods. 8 do 15. augusta 2012.

(11) Od 1. júla 2012 do 31. decembra 2012 je sadzba poistného pre štát 4,328381343 % z vymeriavacieho základu.“.

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., nálezu 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. 547/2011 Z. z. a zákona č. 362/2011 Z. z. sa mení a dopĺňa takto:

1. V § 3 ods. 6 písm. d) sa slová „ods. 11“ nahrádzajú slovami „ods. 7“.
2. V § 8a prvej vete sa slová „20. októbra“ nahrádzajú slovami „20. decembra“.
3. § 14 vrátane nadpisu znie:

„§ 14
Platobná schopnosť zdravotnej poisťovne

(1) Zdravotná poisťovňa je povinná po celý čas svojej činnosti zabezpečovať platobnú schopnosť; platobnou schopnosťou zdravotnej poisťovne sa rozumie schopnosť trvale zabezpečovať úhradu záväzkov voči poskytovateľom zdravotnej starostlivosti za poskytnutú zdravotnú starostlivosť (ďalej len „záväzky voči poskytovateľom“).

(2) Platobná schopnosť zdravotnej poisťovne sa preukazuje schopnosťou uhrádzať svoje záväzky voči poskytovateľom v lehote, ktorá nepresiahne 30 kalendárnych dní odo dňa zmluvne dohodnutej lehoty splatnosti záväzkov voči poskytovateľom.

(3) Platobná schopnosť zdravotnej poisťovne podľa odseku 2 je zabezpečená, ak zdravotná poisťovňa neeviduje ku dňu, ku ktorému sa platobná schopnosť vykazuje, záväzky voči poskytovateľom, ktoré sú viac ako 30 dní po lehote splatnosti, v objeme prevyšujúcom 0,2 % objemu všetkých záväzkov podľa odseku 5 počas troch po sebe nasledujúcich kalendárnych mesiacov. To neplatí, ak ide o záväzky voči poskytovateľom, ktoré nie sú uhradené z právne uznateľných dôvodov. Za právne uznateľné dôvody podľa predchádzajúcej vety sa považujú právne skutočnosti podľa osobitných predpisov,[32a]) na ktorých základe zdravotná poisťovňa nemôže uhradiť záväzky voči poskytovateľom v lehote splatnosti, pretože je povinná uhradiť záväzok na účet tretej osoby alebo nemôže uhradiť záväzok, pretože nemá vedomosť o tom, komu alebo v akej výške má záväzok uhradiť.

(4) Zdravotná poisťovňa je na účely analýzy platobnej schopnosti zdravotnej poisťovne povinná viesť zoznam úhrad jednotlivým poskytovateľom zdravotnej starostlivosti za poskytnutú zdravotnú starostlivosť a zoznam neuhradených záväzkov voči poskytovateľom podľa odseku 5.

(5) Zoznam neuhradených záväzkov voči poskytovateľom obsahuje záväzky voči poskytovateľom

a) v lehote splatnosti,

b) po lehote splatnosti do 30 dní,

c) po lehote splatnosti viac ako 30 dní

   1. neuhradené z právne uznateľných dôvodov,

   2. ostatné.

(6) Najneskôr do konca kalendárneho mesiaca, ktorý nasleduje po kalendárnom mesiaci, za ktorý sa platobná schopnosť zdravotnej poisťovne preukazuje, je zdravotná poisťovňa povinná úradu predložiť zoznam neuhradených záväzkov voči poskytovateľom podľa odseku 5 a preukázať platobnú schopnosť.

(7) Platobnú schopnosť preukazuje zdravotná poisťovňa výkazom (ďalej len „výkaz“), ktorý musí byť doložený protokolom o správnosti vykazovaných údajov vypracovaným útvarom vnútornej kontroly spolu so súvahou a výkazom ziskov a strát vypracovaných k poslednému dňu kalendárneho mesiaca, za ktorý sa platobná schopnosť preukazuje. Na požiadanie úradu vypracúva útvar vnútornej kontroly aj vysvetľujúcu správu, ktorú predloží úradu. Výkaz zdravotná poisťovňa predkladá najneskôr do konca kalendárneho mesiaca, ktorý nasleduje po kalendárnom mesiaci, za ktorý sa platobná schopnosť preukazuje.“.

Poznámka pod čiarou k odkazu 32a znie:

„32a) Napríklad zákon Národnej rady Slovenskej republiky č. 233/1995 Z. z. o súdnych exekútoroch a exekučnej činnosti (Exekučný poriadok) a o zmene a doplnení ďalších zákonov v znení neskorších predpisov, zákon č. 7/2005 Z. z. o konkurze a reštrukturalizácii a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, § 70 až 75a Obchodného zákonníka.“.

Poznámka pod čiarou k odkazu 32c sa vypúšťa.

4. V § 15 ods. 1 sa za písmeno o) vkladajú nové písmená p) a r), ktoré znejú:

„p) oznámiť ministerstvu zdravotníctva na účely výpočtu indexu rizika nákladov na zdravotnú starostlivosť údaje podľa osobitného predpisu,[35aaa])

r) oznámiť úradu na účely prerozdeľovania poistného údaje podľa osobitného predpisu,[35aab])“.

Doterajšie písmená p) až t) sa označujú ako písmená s) až v).

Poznámky pod čiarou k odkazom 35aaa a 35aab znejú:

„35aaa) § 28 ods. 4 zákona č. 580/2004 Z. z. v znení zákona č. 185/2012 Z. z.

35aab) § 27 ods. 2 a § 27a ods. 2 zákona č. 580/2004 Z. z. v znení zákona č. 185/2012 Z. z.“.

5. V § 16 sa odsek 2 dopĺňa písmenom o), ktoré znie:

„o) údaj o zaradení poistenca do farmaceuticko-nákladovej skupiny.“.

6. V § 16 odsek 5 znie:

„(5) Zdravotná poisťovňa, ktorá naposledy vykonávala verejné zdravotné poistenie poistenca, je povinná poskytnúť jeho príslušnej zdravotnej poisťovni do dvoch mesiacov od doručenia jej vyžiadania tieto údaje z účtu poistenca za posledný kalendárny rok:

a) údaje podľa § 16 ods. 2,

b) údaje o vykonaných preventívnych prehliadkach[35c]) s uvedením dátumu absolvovania prehliadky,

c) údaje o absolvovanej kúpeľnej starostlivosti s uvedením miesta a dátumu,

d) údaje o hradených cykloch asistovanej reprodukcie s uvedením dátumu a poradia cyklov,

e) údaje o hradených zubných protézach s uvedením dátumu úhrady,

f) údaje o poskytnutých zdravotníckych pomôckach s uvedením dátumu a druhu pomôcky,

g) údaje o vydaných alebo podaných liekoch zaradených v zozname kategorizovaných liekov (ďalej len „kategorizovaný liek“), ktoré boli zaevidované v účtovnej evidencii, s uvedením

1. rodného čísla poistenca; ak ide o cudzinca, ktorý nemá pridelené rodné číslo, s uvedením mena, priezviska a dátumu narodenia,
2. kódu kategorizovaného lieku,
3. počtu balení kategorizovaného lieku,
4. kódu choroby, ktorý je uvedený na lekárskom predpise,
5. dátumu výdaja alebo podania kategorizovaného lieku.“.

Poznámka pod čiarou k odkazu 35c znie:

„35c) Príloha č. 2 k zákonu č. 577/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.“.

7. V § 18 ods. 1 písm. a) sa vypúšťa ôsmy bod.

Doterajší deviaty bod sa označuje ako ôsmy bod.
Poznámka pod čiarou k odkazu 39b sa vypúšťa.

8. V § 18 ods. 1 sa písmeno a) dopĺňa deviatym bodom, ktorý znie:

„9. zasiela ministerstvu zdravotníctva údaje na účely výpočtu indexu rizika nákladov z centrálneho registra poistencov v rozsahu ustanovenom osobitným predpisom,[39e])“.

Poznámka pod čiarou k odkazu 39e znie:

„39e) § 28 ods. 8 zákona č. 580/2004 Z. z. v znení zákona č. 185/2012 Z. z.“.

9. V § 18 ods. 1 písmeno c) znie:

„c) vydáva zdravotným poisťovniam rozhodnutia o mesačnom prerozdeľovaní preddavkov na poistné[39c]) a rozhodnutia o ročnom prerozdeľovaní poistného,[39d])“.

10. V § 18 ods. 1 sa vypúšťa písmeno k).
Doterajšie písmená l) a m) sa označujú ako písmená k) a l).

11. V § 18 sa vypúšťa odsek 4.

12. V § 20 ods. 2 písm. i) sa slová „ods. 7“ nahrádzajú slovami „ods. 6“.

13. V § 20 ods. 2 písmeno n) znie:

„n) ukazovateľa platobnej schopnosti zdravotnej poisťovne (§ 14 ods. 2); samostatne pre každú zdravotnú poisťovňu, ktorá má povolenie podľa tohto zákona, uvedie, či zdravotná poisťovňa platobnú schopnosť spĺňa alebo nie, najneskôr do 10 dní kalendárneho mesiaca nasledujúceho po mesiaci, v ktorom zdravotná poisťovňa mala preukázať platobnú schopnosť úradu (§ 14 ods. 6),“.

14. V § 20 ods. 2 sa vypúšťa písmeno r).
Doterajšie písmeno s) sa označuje ako písmeno r).

15. V § 22 ods. 10 na konci úvodnej vety sa vypúšťa čiarka a slovo „ak“.

16. V § 22 ods. 10 sa na začiatku písmena a), písmena b) a písmena c) vkladá slovo „ak“ a odsek 10 sa dopĺňa písmenami d) a e), ktoré znejú:

„d) ak úrad neplní úlohy podľa tohto zákona,

e) z iných závažných dôvodov, najmä v prípade konania, ktoré vyvoláva alebo je spôsobilé vyvolať pochybnosti o osobnostných, morálnych alebo odborných predpokladoch na výkon jeho funkcie.“.

17. V § 51 ods. 1 písm. b) sa slová „§ 14 ods. 2 a 9“ nahrádzajú slovami „§ 14 ods. 1 až 3“.

18. V § 52 sa vypúšťa odsek 2 .
Doterajšie odseky 3 až 7 sa označujú ako odseky 2 až 6.

19. V § 61 ods. 1 sa vypúšťajú slová „alebo ods. 3“.

20. § 87 sa dopĺňa tretím bodom, ktorý znie:

„3. výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky z 26. októbra 2005 č. 22161/2005-SL, ktorým sa ustanovuje rozsah údajov z účtu poistenca poskytovaných zdravotnou poisťovňou príslušnej zdravotnej poisťovni na vyžiadanie (oznámenie č. 513/2005 Z. z.).“.

Čl. III

Zákon č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení zákona č. 720/2004 Z. z., zákona č. 351/2005 Z. z., zákona č. 538/2005 Z. z., zákona č. 282/2006 Z. z., zákona č. 527/2006 Z. z., zákona č. 673/2006 Z. z., zákona č. 18/2007 Z. z., zákona č. 272/2007 Z. z., zákona č. 330/2007 Z. z., zákona č. 464/2007 Z. z., zákona č. 653/2007 Z. z., zákona č. 206/2008 Z. z., zákona č. 284/2008 Z. z., zákona č. 447/2008 Z. z., zákona č. 461/2008 Z. z., zákona č. 560/2008 Z. z., zákona č. 192/2009 Z. z., zákona č. 214/2009 Z. z., zákona č. 8/2010 Z. z., zákona č. 133/2010 Z. z., zákona č. 34/2011 Z. z., zákona

č. 250/2011 Z. z., zákona č. 362/2011 Z. z., zákona č. 390/2011 Z. z., zákona č. 512/2011 Z. z. a nálezu Ústavného súdu Slovenskej republiky č. 5/2012 Z. z. sa mení a dopĺňa takto:

1. Nadpis pod § 5 „Verejná minimálna sieť“ sa umiestňuje nad § 5.
2. V § 5 ods. 5 sa za slová „podľa odsekov 1 a 3“ vkladajú slová „a § 5a“.
3. Za § 5 sa vkladá § 5a, ktorý znie:

„§ 5a

Koncová sieť poskytovateľov je určenie poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti v rámci minimálnej siete, ktorí poskytujú ústavnú zdravotnú starostlivosť na príslušnom území.“.

Čl. IV

Zákon č. 328/2002 Z. z. o sociálnom zabezpečení policajtov a vojakov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení zákona č. 447/2002 Z. z., zákona č. 534/2002 Z. z., zákona č. 463/2003 Z. z., zákona č. 365/2004 Z. z., zákona č. 732/2004 Z. z., zákona č. 592/2006 Z. z., zákona č. 274/2007 Z. z., zákona č. 519/2007 Z. z., zákona č. 643/2007 Z. z., zákona č. 61/2008 Z. z., zákona č. 445/2008 Z. z., zákona č. 449/2008 Z. z., zákona č. 58/2009 Z. z., zákona č. 59/2009 Z. z., zákona č. 70/2009 Z. z., zákona č. 82/2009 Z. z., zákona č. 285/2009 Z. z., zákona č. 543/2010 Z. z. a zákona č. 220/2011 Z. z. sa mení a dopĺňa takto:

1. V § 68 odsekoch 1 až 7 sa na konci bodka nahrádza čiarkou a pripájajú sa tieto slová: „ak v odseku 13 nie je ustanovené inak.“.
2. § 68 sa dopĺňa odsekom 13, ktorý znie:

„(13) Dávky výsluhového zabezpečenia sa zvyšujú podľa odsekov 1 až 7 v tom kalendárnom roku, v ktorom sa funkčné platy príslušníkov Policajného zboru, Zboru väzenskej a justičnej stráže, Slovenskej informačnej služby, Národného bezpečnostného úradu, stupnica platových taríf príslušníkov Hasičského a záchranného zboru, Horskej záchrannej služby, funkčné platy colníkov alebo hodnostné platy profesionálnych vojakov zvyšujú na základe zákona o štátnom rozpočte viac ako o 0 %. Ak sa funkčné platy, stupnica platových taríf alebo hodnostné platy v príslušnom kalendárnom roku zvyšujú len u niektorého zo subjektov podľa predchádzajúcej vety, dávky výsluhového zabezpečenia podľa odsekov 1 až 7 sa zvyšujú iba poberateľom, ktorí ukončili posledný služobný pomer v zbore, štátnom orgáne alebo v ozbrojených silách, v ktorom sa uvedené platové náležitosti zvyšujú, a pozostalým po nich.“.

Čl. V

Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov v znení zákona č. 317/2009 Z. z., nálezu Ústavného súdu Slovenskej republiky č. 332/2010 Z. z., zákona č. 551/2010 Z. z. a zákona č. 50/2012 sa mení takto:

1. V § 72 ods. 2 prvej vete sa slová „ekonomicky oprávnených nákladov, ak sa v druhej vete neustanovuje inak“ nahrádzajú slovami „ekonomicky oprávnených nákladov“ a vypúšťajú sa druhá veta a tretia veta.
2. V § 110c sa vypúšťa odsek 4.“.

Čl. VI

Tento zákon nadobúda účinnosť 29. júna 2012 okrem čl. IV, ktorý nadobúda účinnosť 30. júna 2012, čl. I a II, ktoré nadobúdajú účinnosť 1. júla 2012, a čl. III, ktorý nadobúda účinnosť 1. októbra 2012.

Ivan Gašparovič v. r.

Pavol Paška v. r.

Robert Fico v. r.

Vydavateľ Zbierky zákonov Slovenskej republiky a prevádzkovateľ právneho a informačného portálu Slov-Lex dostupného na webovom sídle www.slov-lex.sk je Ministerstvo spravodlivosti Slovenskej republiky, Župné námestie 13, 813 11 Bratislava, tel.: 02 571 01 000, e-mail: helpdesk@slov-lex.sk.