ZBIERKA ZÁKONOV
SLOVENSKEJ REPUBLIKY

Ročník 2022

Vyhlásené: 29. 11. 2022 Vyhlásená verzia v Zbierke zákonov Slovenskej republiky

Obsah dokumentu je právne záväzný.

392

ZÁKON

z 8. novembra 2022,

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 dopĺňa zákon č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

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., zákona č. 250/2011 Z. z., zákona č. 185/2012 Z. z., zákona č. 252/2012 Z. z., zákona č. 395/2012 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. 463/2013 Z. z., zákona č. 185/2014 Z. z., zákona č. 364/2014 Z. z., zákona č. 77/2015 Z. z., zákona č. 148/2015 Z. z., zákona č. 253/2015 Z. z., zákona č. 265/2015 Z. z., zákona č. 336/2015 Z. z., zákona č. 378/2015 Z. z., zákona č. 428/2015 Z. z., zákona č. 429/2015 Z. z., zákona č. 125/2016 Z. z., zákona č. 167/2016 Z. z., zákona č. 286/2016 Z. z., zákona č. 341/2016 Z. z., zákona č. 356/2016 Z. z., zákona č. 41/2017 Z. z., zákona č. 238/2017 Z. z., zákona č. 256/2017 Z. z., zákona č. 351/2017 Z. z., zákona č. 63/2018 Z. z., zákona č. 156/2018 Z. z., zákona č. 351/2018 Z. z., zákona č. 366/2018 Z. z., zákona č. 376/2018 Z. z., zákona č. 83/2019 Z. z., zákona č. 139/2019 Z. z., zákona č. 221/2019 Z. z., zákona č. 231/2019 Z. z., zákona č. 310/2019 Z. z., zákona č. 321/2019 Z. z., zákona č. 343/2019 Z. z., zákona č. 467/2019 Z. z., zákona č. 68/2020 Z. z., zákona č. 125/2020 Z. z., zákona č. 264/2020 Z. z., zákona č. 393/2020 Z. z., zákona č. 9/2021 Z. z., zákona č. 81/2021 Z. z., zákona č. 133/2021 Z. z., zákona č. 150/2021 Z. z., zákona č. 215/2021 Z. z., zákona č. 252/2021 Z. z., zákona č. 310/2021 Z. z., zákona č. 540/2021 Z. z., zákona č. 92/2022 Z. z., zákona č. 101/2022 Z. z. a zákona č. 267/2022 Z. z. sa mení a dopĺňa takto:

1. V § 27 ods. 2 písm. d) sa slová „ods. 2 a 3“ nahrádzajú slovami „ods. 2, 3 a 10“.
2. V § 27 ods. 2 písm. e) druhom bode sa slová „ods. 2 alebo ods. 3“ nahrádzajú slovami „ods. 2, 3 alebo 10“.

3. V § 27 sa odsek 2 dopĺňa písmenami g) až j), ktoré znejú:

„g) počet poistencov zaradených do jednotlivých diagnosticko-nákladových skupín podľa § 27d ods. 4 a 5 za kalendárny mesiac, za ktorý sa mesačné prerozdeľovanie vykonáva,

h) zoznam poistencov podľa písmena g), ktorý obsahuje

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

2. kód diagnózy podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb pri prepustení z ústavnej zdravotnej starostlivosti po poskytnutí ústavnej zdravotnej starostlivosti v zdravotníckom zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti,[57ab]) ktorej trvanie je najmenej dva po sebe nasledujúce dni, pričom prvý deň a posledný deň sa v súčte považuje za jeden deň (ďalej len „hospitalizácia“), ktorá bola zaevidovaná v účtovnej evidencii, na základe ktorej bol poistenec zaradený do diagnosticko-nákladovej skupiny podľa § 27d ods. 4 alebo ods. 5,

3. dátum prijatia na hospitalizáciu podľa druhého bodu,

4. dátum prepustenia z hospitalizácie podľa druhého bodu,

5. údaje o ďalších hospitalizáciách v kalendárnom mesiaci v rozsahu bodov 1 až 4, ak mal poistenec v kalendárnom mesiaci viacero hospitalizácií,

i) počet poistencov zaradených do jednotlivých nákladových skupín zdravotníckych pomôcok podľa § 27e ods. 4 a 5 za kalendárny mesiac, za ktorý sa mesačné prerozdeľovanie vykonáva,

j) zoznam poistencov podľa písmena i), ktorý obsahuje

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

2. označenie podskupiny zdravotníckej pomôcky plne alebo čiastočne uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia[57ac]) (ďalej len „uhrádzaná zdravotnícka pomôcka“) s kódom a názvom poskytnutej uhrádzanej zdravotníckej pomôcky, na ktorej základe bol poistenec zaradený do nákladovej skupiny zdravotníckych pomôcok podľa § 27e ods. 4 alebo ods. 5,

3. počet poskytnutých uhrádzaných zdravotníckych pomôcok podľa druhého bodu,

4. dátum výdaja uhrádzanej zdravotníckej pomôcky podľa druhého bodu.“.

Poznámky pod čiarou k odkazom 57ab a 57ac znejú:

„[57ab]) § 7 ods. 4 zákona č. 578/2004 Z. z.

[57ac]) § 29 ods. 2 zákona č. 363/2011 Z. z.“.

4. V § 27 ods. 3 úvodnej vete sa slová „95 %“ nahrádzajú slovami „96 %“.

5. V § 27 ods. 8 písm. a) druhom bode sa na konci pripájajú tieto slová: „g) a i),“.

6. V § 27 ods. 11 sa slová „§ 28a ods. 6“ nahrádzajú slovami „§ 28a ods. 7“.

7. V § 27a sa odsek 2 dopĺňa písmenami c) a d), ktoré znejú:

„c) počet poistencov zaradených do jednotlivých diagnosticko-nákladových skupín podľa § 27d ods. 4 a 5 za rozhodujúce obdobie,

d) počet poistencov zaradených do jednotlivých nákladových skupín zdravotníckych pomôcok podľa § 27e ods. 4 a 5 za rozhodujúce obdobie.“.

8. V § 27a ods. 3 sa slová „95 %“ nahrádzajú slovami „96 %“.

9. V § 27a ods. 9 písm. a) sa za druhý bod vkladá nový tretí a štvrtý bod, ktoré znejú:

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

4. počet poistencov podľa odseku 2 písm. d),“.

Doterajší tretí až šiesty bod sa označujú ako piaty až ôsmy bod.

10. V § 27a ods. 9 písm. a) siedmom bode sa slovo „štvrtého“ nahrádza slovom „šiesteho“.

11. V § 27aa ods. 7 písm. d) sa slová „skupiny určenej“ nahrádzajú slovami „skupín určených“.
12. V § 27b ods. 2 sa za slová „zaradenú do zoznamu farmaceuticko-nákladových skupín“ vkladá čiarka a slová „ak v odseku 10 nie je ustanovené inak,“.
13. V § 27b ods. 4 písmeno a) znie:

    „a) F-test nulovej hypotézy, pri ktorom je daný koeficient dodatočných nákladov farmaceuticko-nákladovej skupiny použitý pre výpočet indexu rizika nákladov rovný 0, je štatisticky významný aspoň na hladine významnosti 0,01 pri výpočte lineárnej regresie so všetkými farmaceuticko-nákladovými skupinami; ak sa farmaceuticko-nákladová skupina nezaradí do zoznamu farmaceuticko-nákladových skupín podľa časti vety pred bodkočiarkou, lineárna regresia je vypočítaná znovu bez tejto farmaceuticko-nákladovej skupiny a ďalšie koeficienty dodatočných nákladov farmaceuticko-nákladových skupín sú testované oproti tomuto výpočtu,“.
14. V § 27b ods. 4 sa vypúšťa písmeno b).

    Doterajšie písmená c) až e) sa označujú ako písmená b) až d).
15. V § 27b ods. 5 sa slová „b) až d)“ nahrádzajú slovami „b) a c)“.
16. V § 27b sa odsek 7 dopĺňa písmenom f), ktoré znie:

    „f) informáciu, či ide o farmaceuticko-nákladovú skupinu podľa odseku 10.“.
17. V § 27b ods. 9 sa slová „c) až e)“ nahrádzajú slovami „c) až f)“.
18. § 27b sa dopĺňa odsekmi 10 a 11, ktoré znejú:

    „(10) Príslušná zdravotná poisťovňa zaradí poistenca do dovŕšenia 18 roku veku 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 91 štandardných dávok liečiva v kategorizovaných liekoch v ATC skupinách, ktoré definujú rovnakú farmaceuticko-nákladovú skupinu zaradenú do zoznamu farmaceuticko-nákladových skupín a ak je táto farmaceuticko-nákladová skupina ustanovená vo všeobecne záväznom právnom predpise podľa § 28 ods. 12 písm. b).

    (11) Popis použitia metódy F-test nulovej hypotézy ustanoví všeobecne záväzný právny predpis, ktorý vydá ministerstvo zdravotníctva.“.
19. Za § 27c sa vkladajú § 27d a 27e, ktoré vrátane nadpisov znejú:

„§ 27d
Diagnosticko-nákladové skupiny

(1) Diagnostická skupina je skupina diagnóz podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb pri prepustení z hospitalizácie v období od 1. januára do 31. decembra kalendárneho roka, ktorý dva roky predchádza kalendárnemu roku, na ktorý sa vypočítava index rizika nákladov, je uvedená v zozname diagnosticko-nákladových skupín a umožňuje odhadnúť budúce náklady na poskytovanú zdravotnú starostlivosť poistenca s diagnózou uvedenou v zozname diagnostických skupín.

(2) Diagnosticko-nákladové skupiny tvoria diagnostické skupiny zlúčené do 15 diagnosticko-nákladových skupín v závislosti od priemerných nákladov na diagnostickú skupinu metódou hierarchického aglomeratívneho zhlukovania s Wardovým kritériom. Popis použitia metódy hierarchického aglomeratívneho zhlukovania s Wardovým kritériom sa uvedie vo všeobecne záväznom právnom predpise vydanom podľa § 28 ods. 16 písm. b).

(3) Ak diagnózu pri ukončení hospitalizácie poistenca nemožno zaradiť do žiadnej diagnostickej skupiny podľa zoznamu diagnostických skupín, poistenec sa do

diagnosticko-nákladovej skupiny nezaraďuje.

(4) Príslušná zdravotná poisťovňa zaradí poistenca v kalendárnom mesiaci, za ktorý sa vykonáva mesačné prerozdeľovanie, do diagnosticko-nákladovej skupiny zaradenej do zoznamu diagnosticko-nákladových skupín, ak mal počas 12 za sebou nasledujúcich kalendárnych mesiacov predchádzajúcich kalendárnemu mesiacu, za ktorý sa vykonáva mesačné prerozdeľovanie, ukončenú hospitalizáciu s diagnózou uvedenou v zozname diagnostických skupín a ktorú príslušná zdravotná poisťovňa alebo zdravotná poisťovňa, ktorá naposledy vykonávala verejné zdravotné poistenie poistenca, zaevidovala v účtovnej evidencii.

(5) Ak možno poistenca zaradiť podľa odseku 4 do viacerých diagnosticko-nákladových skupín zaradených do zoznamu diagnosticko-nákladových skupín, poistenec sa na účely mesačného prerozdeľovania zaradí do diagnosticko-nákladovej skupiny s najvyšším indexom rizika nákladov.

(6) Diagnosticko-nákladová skupina sa zaradí do zoznamu diagnosticko-nákladových skupín, ak

a) F-test nulovej hypotézy, pri ktorom je daný koeficient dodatočných nákladov diagnosticko-nákladovej skupiny použitý pre výpočet indexu rizika nákladov rovný 0, je štatisticky významný aspoň na hladine významnosti 0,01 pri výpočte lineárnej regresie so všetkými diagnosticko-nákladovými skupinami; ak sa diagnosticko-nákladová skupina nezaradí do zoznamu diagnosticko-nákladových skupín podľa prvej vety, lineárna regresia je vypočítaná znovu bez tejto diagnosticko-nákladovej skupiny a ďalšie koeficienty dodatočných nákladov diagnosticko-nákladových skupín sú testované oproti tomuto výpočtu,

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

c) dodatočné náklady diagnosticko-nákladovej skupiny tvoria aspoň 15 % priemerných nákladov na poistenca.

(7) Dodatočné náklady diagnosticko-nákladovej skupiny podľa odseku 6 písm. b) a c) sú rozdielom medzi priemernými nákladmi na poistenca zaradeného do diagnosticko-nákladovej skupiny a priemernými nákladmi na poistenca.

(8) Zoznam diagnostických skupín obsahuje

a) číslo diagnostickej skupiny,

b) názov diagnostickej skupiny,

c) kód diagnózy podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb,

d) názov diagnózy podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb.

(9) Zoznam diagnosticko-nákladových skupín obsahuje

a) číslo diagnosticko-nákladovej skupiny,

b) zoznam diagnostických skupín, ktoré zodpovedajú diagnosticko-nákladovej skupine, v rozsahu číslo diagnosticko-nákladovej skupiny a názov diagnosticko-nákladovej skupiny.

(10) Návrh na zmenu zoznamu diagnostických skupín zasiela zdravotná poisťovňa a úrad ministerstvu zdravotníctva najneskôr do 30. júna kalendárneho roka, ktorý predchádza kalendárnemu roku, na ktorý sa ustanovuje index rizika nákladov. Návrh na zmenu zoznamu diagnostických skupín musí obsahovať údaje podľa odseku 8.

§ 27e
Nákladové skupiny zdravotníckych pomôcok

(1) Nákladová skupina zdravotníckych pomôcok je tvorená uhrádzanými zdravotníckymi pomôckami, je uvedená v zozname nákladových skupín zdravotníckych pomôcok a umožňuje odhadnúť budúce náklady na zdravotnú starostlivosť poistenca.

(2) Ak uhrádzanú zdravotnícku pomôcku poskytnutú poistencovi nemožno zaradiť do žiadnej nákladovej skupiny zdravotníckych pomôcok, poistenec sa do nákladovej skupiny zdravotníckych pomôcok nezaraďuje.

(3) Na účely prerozdeľovania poistného sa za poistenca, ktorému bola poskytnutá uhrádzaná zdravotnícka pomôcka za celý kalendárny mesiac, považuje poistenec, ktorý mal uhrádzanú zdravotnícku pomôcku poskytnutú aspoň jeden deň v tomto kalendárnom mesiaci.

(4) Príslušná zdravotná poisťovňa zaradí poistenca v kalendárnom mesiaci, za ktorý sa vykonáva mesačné prerozdeľovanie, do nákladovej skupiny zdravotníckych pomôcok uvedenej v zozname nákladových skupín zdravotníckych pomôcok, ak mu počas sledovaného obdobia bola poskytnutá uhrádzaná zdravotnícka pomôcka uvedená v zozname nákladových skupín zdravotníckych pomôcok v minimálnom počte mesiacov podľa odseku 7 písm. d) a ktorú príslušná zdravotná poisťovňa alebo zdravotná poisťovňa, ktorá naposledy vykonávala verejné zdravotné poistenie poistenca, zaevidovala v účtovnej evidencii.

(5) Ak možno poistenca zaradiť podľa odseku 4 do viacerých nákladových skupín zdravotníckych pomôcok, poistenec sa na účely mesačného prerozdeľovania zaradí len do nákladovej skupiny zdravotníckych pomôcok s najvyšším indexom rizika nákladov.

(6) Nákladová skupina zdravotníckych pomôcok sa zaradí do zoznamu nákladových skupín zdravotníckych pomôcok, ak

a) F-test nulovej hypotézy, pri ktorom je daný koeficient dodatočných nákladov nákladovej skupiny zdravotníckych pomôcok rovný 0, je štatisticky významný aspoň na hladine významnosti 0,01 pri výpočte lineárnej regresie so všetkými nákladovými skupinami zdravotníckych pomôcok; ak sa nákladová skupina zdravotníckych pomôcok nezaradí do zoznamu nákladových skupín zdravotníckych pomôcok podľa prvej vety, lineárna regresia je vypočítaná znovu bez tejto nákladovej skupiny zdravotníckych pomôcok a ďalšie koeficienty dodatočných nákladov nákladových skupín zdravotníckych pomôcok sú testované oproti tomuto výpočtu,
b) podiel dodatočných nákladov nákladovej skupiny zdravotníckych pomôcok na celkových ročných nákladoch na zdravotnú starostlivosť je aspoň 0,01 %,
c) dodatočné náklady nákladovej skupiny zdravotníckych pomôcok tvoria aspoň 15 % priemerných nákladov na poistenca.

(7) Dodatočné náklady nákladovej skupiny zdravotníckych pomôcok podľa odseku 6 písm. b) a c) sú rozdielom medzi priemernými nákladmi na poistenca zaradeného do nákladovej skupiny zdravotníckych pomôcok a priemernými nákladmi na poistenca.

(8) Zoznam nákladových skupín zdravotníckych pomôcok obsahuje

a) číslo nákladovej skupiny zdravotníckych pomôcok,
b) kód nákladovej skupiny zdravotníckych pomôcok,
c) označenie podskupiny uhrádzaných zdravotníckych pomôcok,[57ac])
d) dĺžku sledovaného obdobia,

e) minimálny počet mesiacov v sledovanom období, v ktorých bola poistencovi poskytnutá uhrádzaná zdravotnícka pomôcka.

(9) Návrh na zmenu zoznamu nákladových skupín zdravotníckych pomôcok zasiela zdravotná poisťovňa a úrad ministerstvu zdravotníctva najneskôr do 30. júna kalendárneho roka, ktorý predchádza kalendárnemu roku, na ktorý sa ustanovuje index rizika nákladov. Návrh na zmenu zoznamu nákladových skupín zdravotníckych pomôcok musí obsahovať údaje podľa odseku 8.“.

20. V § 28 sa odsek 1 dopĺňa písmenami e) a f), ktoré znejú:

„e) počtu poistencov zaradených do jednotlivých diagnosticko-nákladových skupín a príslušného indexu nákladov podľa odseku 12 písm. a),

f) počtu poistencov zaradených do jednotlivých nákladových skupín zdravotníckych pomôcok a príslušného indexu rizika nákladov podľa odseku 12 písm. a).“.

21. V § 28 sa odsek 3 dopĺňa písmenami e) a f), ktoré znejú:

„e) pre jednotlivé diagnosticko-nákladové skupiny,

f) pre jednotlivé nákladové skupiny zdravotníckych pomôcok.“.

22. V § 28 ods. 4 sa za písmeno d) vkladajú nové písmená e) až g), ktoré znejú:

„e) údaje o hospitalizáciách poistencov v období od 1. januára do 31. decembra kalendárneho roka, ktorý tri roky predchádza kalendárnemu roku, na ktorý sa vypočítava index rizika nákladov, v rozsahu

1. rodné číslo poistenca, ak ide o cudzinca, ktorý nemá pridelené rodné číslo, bezvýznamové identifikačné číslo a dátum narodenia,
2. kód diagnózy podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb pri prepustení z hospitalizácie,
3. dátum začatia hospitalizácie,
4. dátum prepustenia z hospitalizácie,

f) údaje o poistencoch evidovaných zdravotnou poisťovňou, ako osoby so zdravotným postihnutím v období od 1. januára do 31. decembra kalendárneho roka, ktorý tri roky predchádza kalendárnemu roku, na ktorý sa vypočítava index rizika nákladov, v rozsahu

1. rodné číslo poistenca, ak ide o cudzinca, ktorý nemá pridelené rodné číslo, bezvýznamové identifikačné číslo a dátum narodenia,
2. dátum začatia evidencie poistenca ako osoby so zdravotným postihnutím,
3. dátum ukončenia evidencie poistenca ako osoby so zdravotným postihnutím,
4. dátum vzniku poistného vzťahu v zdravotnej poisťovni,

g) údaje o poistencoch, ktorým bola poskytnutá uhrádzaná zdravotnícka pomôcka v období od 1. januára kalendárneho roka, ktorý štyri roky predchádza kalendárnemu roku, na ktorý sa vypočítava index rizika nákladov, 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, bezvýznamové identifikačné číslo a dátum narodenia,
2. označenie podskupiny uhrádzaných zdravotníckych pomôcok[57ac]) s kódom a názvom poskytnutej uhrádzanej zdravotníckej pomôcky,
3. počet poskytnutých uhrádzaných zdravotníckych pomôcok podľa druhého bodu,
4. dátum výdaja uhrádzanej zdravotníckej pomôcky podľa druhého bodu,
5. kód diagnózy, ktorý je uvedený na lekárskom poukaze.“.

Doterajšie písmeno e) sa označuje ako písmeno h).

23. V § 28 ods. 7 sa slová „odseku 5“ nahrádzajú slovami „odseku 6“.

24. V § 28 ods. 8 sa slová „a prekročené“ nahrádzajú slovom „prekročené“ a za slovami „balení liekov“ sa vkladajú slová „a údaje o diagnostických skupinách, ktoré nie sú zaradené v diagnosticko-nákladových skupinách, údaje o poskytnutí zdravotníckej pomôcky, ktorá nie je uvedená v zozname nákladových skupín zdravotníckych pomôcok“.

25. V § 28 odsek 11 znie:

„(11) Ministerstvo zdravotníctva každoročne pri výpočte indexu rizika nákladov na základe údajov potrebných na ich výpočet preverí, či

a) farmaceuticko-nákladová skupina, pre ktorú má byť vypočítaný index rizika nákladov, spĺňa kritériá podľa § 27b ods. 4,

b) diagnosticko-nákladová skupina, pre ktorú má byť vypočítaný index rizika nákladov, spĺňa kritériá podľa § 27d ods. 6,

c) nákladová skupina zdravotníckych pomôcok, pre ktorú má byť vypočítaný index rizika nákladov, spĺňa kritériá podľa § 27e ods. 6.“.

26. V § 28 sa odsek 12 dopĺňa písmenami d) a e), ktoré znejú:

„d) zoznam diagnostických skupín a zoznam diagnosticko-nákladových skupín,

e) zoznam nákladových skupín zdravotníckych pomôcok.“.

27. V § 28 ods. 13 sa za slovo „skupín“ vkladá čiarka a slová „zoznam diagnosticko-nákladových skupín a zoznam nákladových skupín zdravotníckych pomôcok“.

28. V § 28 ods. 16 sa za písmeno d) vkladajú nové písmená e) a f), ktoré znejú:

„e) podrobnosti o kritériách na zaradenie diagnózy podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb do zoznamu diagnostických skupín, zmenu diagnostickej skupiny a na jej vyradenie z tohto zoznamu,

f) podrobnosti o kritériách na zaradenie uhrádzanej zdravotníckej pomôcky do zoznamu nákladových skupín zdravotníckych pomôcok, zmenu nákladovej skupiny zdravotníckych pomôcok a na jej vyradenie z tohto zoznamu,“.

Doterajšie písmeno e) sa označuje ako písmeno g).

29. V § 28 ods. 16 písm. g) sa slová „v odsekoch 4, 9 a 10“ nahrádzajú slovami „v odseku 4 písm. a) až g) a odsekoch 9 a 10“.

30. V § 28a sa za odsek 1 vkladá nový odsek 2, ktorý znie:

„(2) Úrad je povinný vykonať dohľad nad zaradením poistencov do diagnosticko-nákladových skupín a do nákladových skupín zdravotníckych pomôcok na účely mesačného prerozdeľovania v zdravotnej poisťovni raz za kalendárny rok a skontrolovať zaradenie najmenej 300 poistencov, z ktorých

a) 25 % tvorí náhodný výber poistencov zaradených do diagnosticko-nákladových skupín a do nákladových skupín zdravotníckych pomôcok,

b) 25 % tvoria poistenci zaradení do diagnosticko-nákladových skupín a do nákladových skupín zdravotníckych pomôcok, ktorých index rastu počtu zaradených poistencov je vyšší ako 3 % oproti predchádzajúcemu kontrolovanému polroku,

c) 25 % tvoria poistenci, ktorí sú zaradení do diagnosticko-nákladových skupín a do nákladových skupín zdravotníckych pomôcok s indexom rizika nákladov nad 5,0000.“.

Doterajšie odseky 2 až 6 sa označujú ako odseky 3 až 7.

31. V § 28a ods. 5 písm. a) štvrtom bode sa slovo „determinácie“ nahrádza slovami „dodatočných nákladov“.

32. V § 28a ods. 5 sa písmeno a) dopĺňa piatym a šiestym bodom, ktoré znejú:

„5. výpočet koeficientov jednotlivých diagnosticko-nákladových skupín,

6. výpočet koeficientov jednotlivých nákladových skupín zdravotníckych pomôcok.“.

33. V § 28a ods. 5 písm. b) sa slová „a) až e)“ nahrádzajú slovami „a) až d)“.

34. V § 28a sa odsek 5 dopĺňa písmenami c) až f), ktoré znejú:

„c) popis spôsobu výpočtu indexu rizika nákladov a výstupy zo štatistického softvéru použitého na výpočet indexu rizika nákladov pre diagnosticko-nákladové skupiny, ktorý obsahuje

1. kontrolu zaslaných údajov a identifikáciu chybných údajov,
2. zmenu údajov na účely výpočtu indexu rizika nákladov,
3. výpočet lineárnej regresie a indexu rizika nákladov,

d) výsledky splnenia kritérií na zaradenie diagnostickej skupiny do zoznamu diagnosticko-nákladových skupín a diagnosticko-nákladovej skupiny do zoznamu diagnosticko-nákladových skupín podľa jednotlivých kritérií uvedených v § 27d ods. 7,

e) popis spôsobu výpočtu indexu rizika nákladov a výstupy zo štatistického softvéru použitého na výpočet indexu rizika nákladov pre nákladové skupiny zdravotníckych pomôcok, ktorý obsahuje

1. kontrolu zaslaných údajov a identifikáciu chybných údajov,
2. zmenu údajov na účely výpočtu indexu rizika nákladov,
3. výpočet lineárnej regresie a indexu rizika nákladov,

f) výsledky splnenia kritérií na zaradenie nákladových skupín zdravotníckych pomôcok do zoznamu nákladových skupín zdravotníckych pomôcok podľa jednotlivých kritérií uvedených v § 27e ods. 6.“.

35. V § 38ezc ods. 1 písm. a) sa slová „poskytnutí zdravotnej starostlivosti v zdravotníckom zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti,[12]) ktorého trvanie je najmenej dva po sebe nasledujúce dni, pričom prvý a posledný deň sa v súčte považuje za jeden deň (ďalej len „hospitalizácia“), poistencovi“ nahrádzajú slovami „hospitalizácii poistenca“.

36. V § 38ezc ods. 1 písm. c) sa slová „zdravotnícka pomôcka plne alebo čiastočne uhrádzaná na základe verejného zdravotného poistenia (ďalej len „uhrádzaná zdravotnícka pomôcka“)“ nahrádzajú slovami „uhrádzaná zdravotnícka pomôcka“.

37. Za § 38ezc sa vkladá § 38ezd, ktorý vrátane nadpisu znie:

„§ 38ezd
Prechodné ustanovenia k úpravám účinným od 1. decembra 2022

(1) Mesačné prerozdeľovanie podľa tohto zákona v znení účinnom od 1. decembra 2022 sa vykoná prvýkrát v marci 2023 za mesiac január 2023.

(2) Ročné prerozdeľovanie za rok 2022 sa vykoná v roku 2023 podľa tohto zákona v znení účinnom do 30. novembra 2022.

(3) Zdravotná poisťovňa je povinná zaslať do 15. decembra 2022 ministerstvu zdravotníctva na účel výpočtu indexov rizika nákladov na rok 2023 údaje o

a) hospitalizáciách poistencov v období od 1. januára 2018 do 31. decembra 2021 v rozsahu

1. rodné číslo poistenca, ak ide o cudzinca, ktorý nemá pridelené rodné číslo, bezvýznamové identifikačné číslo a dátum narodenia,
2. kód diagnózy podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb pri prepustení z hospitalizácie,
3. dátum prijatia na hospitalizáciu,
4. dátum prepustenia z hospitalizácie,
5. údaje o ďalších hospitalizáciách v kalendárnom mesiaci v rozsahu bodov 1 až 4, ak mal poistenec v kalendárnom mesiaci viacero hospitalizácií,

b) poistencoch, ktorým bola poskytnutá uhrádzaná zdravotnícka pomôcka v období od 1. januára 2018 do 31. decembra 2021, zaevidovaná v účtovnej evidencii zdravotnej poisťovne, v rozsahu

1. rodné číslo poistenca, ak ide o cudzinca, ktorý nemá pridelené rodné číslo, bezvýznamové identifikačné číslo a dátum narodenia,
2. označenie podskupiny uhrádzaných zdravotníckych pomôcok[57ac]) s kódom a názvom poskytnutej uhrádzanej zdravotníckej pomôcky,
3. počet uhrádzaných zdravotníckych pomôcok podľa druhého bodu,
4. dátum výdaja uhrádzanej zdravotníckej pomôcky podľa druhého bodu,
5. kód diagnózy uvedený na lekárskom poukaze.“.

38. Príloha sa dopĺňa bodmi 4 až 9, ktoré znejú:

„4. Smernica Rady 2000/78/ES z 27. novembra 2000, ktorá ustanovuje všeobecný rámec pre rovnaké zaobchádzanie v zamestnaní a povolaní (Mimoriadne vydanie Ú. v. EÚ, kap. 5/zv. 4; Ú. v. ES L 303, 2. 12. 2000).

5. Smernica Rady 2009/13/ES zo 16. februára 2009, ktorou sa vykonáva Dohoda uzavretá Združením vlastníkov lodí Európskeho spoločenstva (ECSA) a Európskou federáciou pracovníkov v doprave (ETF) o Dohovore o pracovných normách v námornej doprave z roku 2006 a ktorou sa mení a dopĺňa smernica 1999/63/ES (Ú. v. EÚ L 124, 20. 5. 2009).

6. Smernica Európskeho parlamentu a Rady 2011/95/EÚ z 13. decembra 2011 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) (Ú. v. EÚ L 337, 20. 12. 2011).

7. Smernica Európskeho parlamentu a Rady 2014/36/EÚ z 26. februára 2014 o podmienkach vstupu a pobytu štátnych príslušníkov tretích krajín na účel zamestnania ako sezónni pracovníci (Ú. v. EÚ L 94, 28. 3. 2014).

8. Smernica Európskeho parlamentu a Rady 2014/66/EÚ z 15. mája 2014 o podmienkach vstupu a pobytu štátnych príslušníkov tretích krajín v rámci vnútropodnikového presunu (Ú. v. EÚ L 157, 27. 5. 2014).

9. Smernica Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/801 z 11. mája 2016 o podmienkach vstupu a pobytu štátnych príslušníkov tretích krajín na účely výskumu, štúdia, odborného vzdelávania, dobrovoľníckej služby, výmenných programov žiakov alebo vzdelávacích projektov a činnosti aupair (prepracované znenie) (Ú. v. EÚ L 132, 21. 5. 2016).“.

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. 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. 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.,

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. 345/2018 Z. z., zákona č. 351/2018 Z. z., zákona č. 35/2019 Z. z., zákona č. 139/2019 Z. z., zákona č. 221/2019 Z. z., zákona č. 231/2019 Z. z., zákona č. 398/2019 Z. z., zákona č. 125/2020 Z. z., zákona č. 264/2020 Z. z., zákona č. 392/2020 Z. z., zákona č. 81/2021 Z. z., zákona č. 133/2021 Z. z., zákona č. 252/2021 Z. z., zákona č. 310/2021 Z. z., zákona č. 358/2021 Z. z., zákona č. 540/2021 Z. z., zákona č. 2/2022 Z. z., zákona č. 67/2022 Z. z., zákona č. 125/2022 Z. z., zákona č. 266/2022 Z. z., zákona č. 267/2022 Z. z. a zákona č. 390/2022 Z. z. sa dopĺňa takto:

1. V § 16 sa odsek 1 dopĺňa písmenom n), ktoré znie:

„n) zoznam poistencov evidovaných ako osoby so zdravotným postihnutím podľa osobitného zákona.[35ac])“.

Poznámka pod čiarou k odkazu 35ac znie:

„[35ac]) § 12 ods. 2 a 3 zákona č. 580/2004 Z. z. v znení zákona č. 499/2010 Z. z.“.

2. V § 16 sa odsek 2 dopĺňa písmenami t) až v), ktoré znejú:

„t) údaj o zaradení poistenca do diagnosticko-nákladovej skupiny,[35bb])

u) údaj o evidencii poistenca ako osoby so zdravotným postihnutím,[35ac])

v) údaj o zaradení poistenca do nákladovej skupiny zdravotníckych pomôcok.[35bc])“.

Poznámky pod čiarou k odkazom 35bb a 35bc znejú:

„[35bb]) § 27d zákona č. 580/2004 Z. z. v znení zákona č. 392/2022 Z. z.

[35bc]) § 27e zákona č. 580/2004 Z. z. v znení zákona č. 392/2022 Z. z.“.

3. V § 16 sa odsek 5 dopĺňa písmenami i) a j), ktoré znejú:

„i) údaje o poistencoch evidovaných zdravotnou poisťovňou ako osoby so zdravotným postihnutím podľa osobitného zákona,[35ac]) ktoré obsahujú

1. rodné číslo poistenca, ak ide o cudzinca, ktorý nemá pridelené rodné číslo, bezvýznamové identifikačné číslo a dátum narodenia,
2. dátum začatia evidencie poistenca ako osoby zdravotne postihnutej podľa osobitného zákona,[35bc])
3. dátum ukončenia evidencie poistenca ako osoby zdravotne postihnutej podľa osobitného zákona,[35bc])
4. dátum vzniku poistného vzťahu v príslušnej zdravotnej poisťovni,

j) údaje o poskytnutí ústavnej zdravotnej starostlivosti poistencovi v zdravotníckom zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti,[24aab]) ktorej trvanie je najmenej dva po sebe nasledujúce dni, pričom prvý a posledný deň sa považuje za jeden deň (ďalej len „hospitalizácia“), ktorá bola zaevidovaná v účtovnej evidencii, na základe ktorej bol poistenec zaradený do diagnosticko-nákladovej skupiny podľa § 27d ods. 5 alebo ods. 6 v rozsahu

1. rodné číslo poistenca; ak ide o cudzinca, ktorý nemá pridelené rodné číslo, s uvedením mena, priezviska a dátumu narodenia,
2. kód diagnózy podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb pri prepustení z hospitalizácie,
3. dátum prijatia na hospitalizáciu podľa druhého bodu,
4. dátum prepustenia z hospitalizácie podľa druhého bodu,
5. údaje o ďalších hospitalizáciách v kalendárnom mesiaci v rozsahu bodov 1 až 4, ak mal poistenec v kalendárnom mesiaci viacero hospitalizácií.“.

4. § 16 sa dopĺňa odsekom 10, ktorý znie:

„(10) Zdravotná poisťovňa, ktorá naposledy vykonávala verejné zdravotné poistenie poistenca, je povinná poskytnúť jeho príslušnej zdravotnej poisťovni do dvoch mesiacov od doručenia jej vyžiadania údaje o poskytnutí zdravotníckej pomôcky plne alebo čiastočne uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia (ďalej len „uhrádzaná zdravotnícka pomôcka“) v období predchádzajúcich troch kalendárnych rokov, ak má zdravotná poisťovňa tieto údaje k dispozícii, v rozsahu

a) rodné číslo poistenca, ak ide o cudzinca, ktorý nemá pridelené rodné číslo, bezvýznamové identifikačné číslo a dátum narodenia,

b) označenie podskupiny uhrádzaných zdravotníckych pomôcok[35f]) s kódom a názvom poskytnutej uhrádzanej zdravotníckej pomôcky,

c) počet uhradených zdravotníckych pomôcok podľa druhého bodu,

d) dátum výdaja uhrádzanej zdravotníckej pomôcky podľa druhého bodu,

e) kód diagnózy uvedenej na lekárskom poukaze.“.

Poznámka pod čiarou k odkazu 35f znie:

„[35f]) § 29 ods. 2 zákona č. 363/2011 Z. z.“.

5. Za § 86zl sa vkladá § 86zm, ktorý vrátane nadpisu znie:

„§ 86zm
Prechodné ustanovenie k úpravám účinným od 1. decembra 2022

Zdravotná poisťovňa, ktorá naposledy vykonávala verejné zdravotné poistenie poistenca, je povinná poskytnúť jeho príslušnej zdravotnej poisťovni do 10. decembra 2022 na účel výpočtu indexov rizika nákladov na rok 2023 údaje o

a) hospitalizáciách poistencov v období od 1. januára 2018 do 31. decembra 2021, ktoré boli zaevidované v účtovnej evidencii zdravotnej poisťovne, v rozsahu

1. rodné číslo poistenca; ak ide o cudzinca, ktorý nemá pridelené rodné číslo, s uvedením mena, priezviska a dátumu narodenia,
2. kód diagnózy podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb pri prepustení z hospitalizácie,
3. dátum prijatia na hospitalizáciu podľa druhého bodu,
4. dátum prepustenia z hospitalizácie podľa druhého bodu,
5. údaje o ďalších hospitalizáciách v kalendárnom mesiaci v rozsahu bodov 1 až 4, ak mal poistenec v kalendárnom mesiaci viacero hospitalizácií,

b) poistencoch evidovaných zdravotnou poisťovňou ako osoby so zdravotným postihnutím podľa osobitného zákona[35ac]) v období od 1. januára 2018 do 31. decembra 2021, ktoré obsahujú

1. rodné číslo poistenca, ak ide o cudzinca, ktorý nemá pridelené rodné číslo, bezvýznamové identifikačné číslo a dátum narodenia,
2. dátum začatia evidencie poistenca ako osoby so zdravotným postihnutím,
3. dátum ukončenia evidencie poistenca ako osoby so zdravotným postihnutím,
4. dátum vzniku poistného vzťahu v príslušnej zdravotnej poisťovni,

c) poistencoch, ktorým bola poskytnutá uhrádzaná zdravotnícka pomôcka v období od 1. januára 2018 do 31. decembra 2021, ktorá bola zaevidovaná v účtovnej evidencii zdravotnej poisťovne, v rozsahu

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

2. označenie podskupiny uhrádzaných zdravotníckych pomôcok[35f]) s kódom a názvom poskytnutej uhrádzanej zdravotníckej pomôcky,
3. počet uhrádzaných zdravotníckych pomôcok podľa druhého bodu,
4. dátum výdaja uhrádzanej zdravotníckej pomôcky podľa druhého bodu,
5. kód diagnózy uvedenej na lekárskom poukaze.“.

Čl. III

Tento zákon nadobúda účinnosť 1. decembra 2022.

Zuzana Čaputová v. r.

Boris Kollár v. r.

Eduard Heger v. r.

Vydavateľ Zbierky zákonov Slovenskej republiky, správca obsahu a prevádzkovateľ právneho a informačného portálu Slov-Lex dostupného na webovom sídle www.slov-lex.sk je
Úrad vlády Slovenskej republiky, Námestie slobody 1, 813 70 Bratislava,
tel.: 02 888 91 131, e-mail: helpdesk@slov-lex.sk.