**N Á R O D N Á R A D A  S L O V E N S K E J R E P U B L I K Y**

**VI. volebné obdobie**

**Návrh**

**Zákon**

**z ..............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 zákona 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. a zákona č. 250/2011 Z. z. sa mení a dopĺňa takto:

1. V § 23 ods. 9 písm. b) sa slová „15. novembra“ nahrádzajú slovami „30. novembra“.
2. V § 23 ods. 9 písmeno d) znie:

„d) úradu pre účely výpočtu indexu rizika nákladov na zdravotnú starostlivosť (ďalej len „index rizika nákladov") údaje podľa § 28 ods. 4 a ďalšie údaje, ktoré sú potrebné na výpočet indexu rizika nákladov každoročne do 30. júna,“.

3. V § 27 ods. 2 písmeno c) znie:

„c) počet poistencov podľa pohlavia a veku od 0 do 79 rokov v skupinách po piatich rokoch a osobitne v  skupine od 80 rokov (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,“

4. V § 27 ods. 2 sa dopĺňajú písmená e) a f), ktoré znejú:

„e) počet poistencov zaradených do jednotlivých farmaceuticko-nákladových skupín podľa § 27b ods. 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 humánneho lieku,57aa) na základe ktorého bol poistenec zaradený do farmaceuticko-nákladových skupín,

3. počet balení lieku podľa druhého bodu,

4.dátum výdaja alebo podania humánneho lieku podľa druhého bodu.“.

5. V § 27 ods. 8 uvádzacej vete sa slová „25. dňa“ nahrádzajú slovami „posledného dňa“.

6. V § 27 ods. 8 písm. a) tretí bod znie:

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

7. V § 27 ods. 8 písm. b) piatom bode sa slová „ods. 5“ nahrádzajú slovami „ods. 9“.

8. V § 27 ods. 9 prvej vete a § 27a ods. 10 prvej vete sa slovo „stanoví“ nahrádza slovom „určí“.

9. V § 27a ods. 2 písm. c) sa za slovo „poistencov“ vkladajú slová „podľa pohlavia a veku“ a slová „podľa pohlavia a veku“ za slovom „podľa“ sa vypúšťajú.

10. V § 27a ods. 2 sa dopĺňa písmeno d), ktoré znie:

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

11. V § 27a ods. 9 písm. a) druhom bode sa slová „b) a c)“ nahrádzajú slovami „b) až d)“.

12. V § 27a ods. 9 písm. b) šiestom bode sa slová „ods.5“ nahrádzajú slovami „ods. 9“.

13. Za § 27a sa vkladá § 27b, ktorý vrátane nadpisu znie:

„§ 27b

Farmaceuticko-nákladové skupiny

1. Farmaceuticko-nákladová skupina je definovaná kódom alebo kódmi anatomicko-terapeuticko-chemických skupín liečiv (ďalej len „ATC skupina“). Farmaceuticko-nákladová skupina musí spĺňať kritéria podľa odseku 4.
2. Zdravotná poisťovňa v kalendárnom mesiaci, za ktorý sa prerozdelenie vykonáva, zaradí poistenca do farmaceuticko-nákladovej skupiny, ak mu počas 12 predchádzajúcich kalendárnych mesiacov bolo vydaných alebo podaných aspoň 181 štandardných dávok liečiva v liekoch v ATC skupinách, ktoré definujú príslušnú farmaceuticko-nákladovú skupinu, a ktoré zdravotná poisťovňa uhradila. Počty štandardných dávok liečiva v liekoch určujú zoznamy kategorizovaných liekov, ktoré vydáva ministerstvo zdravotníctva podľa osobitného predpisu.57c) Na účely prerozdeľovania možno odlišne upraviť počty štandardných dávok liečiva v liekoch v súlade so súhrnom charakteristických vlastností lieku.
3. Ak je poistenec podľa odseku 2 zaradený do viacerých farmaceuticko-nákladových skupín, je pre účely prerozdeľovania zaradený len do farmaceuticko-nákladovej skupiny s najvyšším indexom rizika nákladov.
4. Farmaceuticko-nákladová skupina je zaradená do zoznamu farmaceuticko-nákladových skupín, ak

a) jej zaradenie zvýši predikčnú silu prerozdeľovacieho mechanizmu vyjadrenú koeficientom determinácie aspoň o 0,01 percentuálneho bodu; koeficient determinácie je koeficient, ktorý vyjadruje akú časť celkovej variability nákladov na zdravotnú starostlivosť zohľadňuje systém prerozdeľovania 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 na poistenca zaradeného vo farmaceuticko-nákladovej skupine tvoria aspoň 15% priemerných nákladov na poistenca nezaradeného do žiadnej farmaceuticko-nákladovej skupiny,

e) podiel liekov vo farmaceuticko-nákladovej skupine, ktoré boli vydané alebo podané na choroby priradené farmaceuticko-nákladovej skupine je väčší ako 50% po vyradení ATC skupín, pri ktorých podiel liekov, ktoré boli vydané alebo podané na choroby priradené farmaceuticko-nákladovej skupine je menší ako 30%; toto kritérium sa použije pri farmaceuticko-nákladových skupinách, ku ktorým sa priradia choroby, podľa všeobecne záväzného právneho predpisu (§ 28 ods. 6).

1. Na požiadanie ministerstva zdravotníctva je úrad povinný na základe údajov podľa § 28 ods.4 do 30 dní preveriť splnenie kritérií podľa odseku 4 farmaceuticko-nákladovej skupiny nezaradenej do zoznamu farmaceuticko-nákladových skupín.“.

14. § 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 6,

b) počtu poistencov podľa pohlavia a veku, za ktorých platiteľom poistného je štát [§ 11 ods. 1 písm. d)] a príslušného indexu rizika nákladov podľa odseku 6,

c) počtu poistencov zaradených v jednotlivých farmaceuticko-nákladových skupinách a príslušného indexu nákladov podľa odseku 6.

(2) Indexy rizika nákladov na príslušný kalendárny rok vypočíta úrad z údajov od zdravotných poisťovní podľa odseku 4 a predloží ich ministerstvu zdravotníctva do 30. augusta kalendárneho roka predchádzajúceho kalendárnemu roku, na ktorý sa ustanovujú indexy rizika nákladov.

(3) Indexy rizika nákladov sa vypočítajú

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

b) pre poistencov, za ktorých platiteľom poistného je štát [§ 11 ods. 1 písm. d)], podľa pohlavia a veku,

c) pre jednotlivé farmaceuticko-nákladové skupiny.

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

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

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

2. kód humánneho lieku,

3. počet balení lieku,

4. kód choroby,

5.dátum výdaja alebo podania 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 vypočítavajú indexy 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. individuálne náklady na zdravotnú starostlivosť; k individuálnym nákladom poistenca sa pripočítajú paušálne náklady na poistenca určené ako podiel celkových paušálnych nákladov zdravotnej poisťovne na zdravotnú starostlivosť a počtu poistencov zdravotnej poisťovne,

c) údaje o platiteľovi poistného v období od 1. januára do 31. decembra kalendárneho roka, ktorý dva roky predchádza kalendárnemu roku, na ktorý sa vypočítavajú indexy 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. 1 písm. d)],

d) údaje o registri poistencov v období od 1. januára do 31.decembra kalendárneho roka, ktorý dva roky predchádza kalendárnemu roku, na ktorý sa vypočítavajú indexy 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. dátum začatia poistného vzťahu a dátum ukončenia poistného vzťahu.

(5) Úrad každoročne pri výpočte indexov 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. O postupe a výsledkoch výpočtu podľa predchádzajúcej vety vypracuje úrad správu, ktorú predloží ministerstvu zdravotníctva spolu s vypočítanými indexmi rizika nákladov podľa odseku 2.

(6) Ministerstvo zdravotníctva do 15. septembra kalendárneho roka predchádzajúceho kalendárnemu roku, na ktorý sa ustanovuje index rizika nákladov, vydá všeobecne záväzný právny predpis, ktorým ustanoví

* 1. indexy rizika nákladov na príslušný kalendárny rok,
  2. zoznam farmaceuticko-nákladových skupín a príslušných kódov ATC skupín,
  3. kódy chorôb pre vybrané farmaceuticko-nákladové skupiny.

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

(8) 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)

(9) 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.

(10) Ministerstvo zdravotníctva po dohode s Ministerstvom financií Slovenskej republiky vydá všeobecne záväzný právny predpis, ktorý ustanoví

1. podrobnosti o mesačnom prerozdeľovaní a ročnom prerozdeľovaní,
2. podrobnosti o výpočte indexov rizika nákladov,
3. odlišné počty štandardných dávok liečiv v liekoch,
4. podrobnosti o kritériách pre farmaceuticko-nákladové skupiny podľa § 27b ods. 4.“.

Poznámky pod čiarou k odkazom 57aa a 57c znejú:

„57aa) §53 zákona č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

57c) § 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.“.

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

„§38a

Prechodné ustanovenia k úpravám účinným od 1. júna 2012

1. Zdravotné poisťovne sú povinné poskytnúť úradu pre výpočet indexov rizika na rok

2012 údaje podľa § 28 ods. 4 do 15. júna 2012.

1. Ministerstvo zdravotníctva určí a zašle úradu do 20. júna 2012 prvý zoznam farmaceuticko-nákladových skupín s príslušnými ATC skupinami a chorobami. Úrad preverí splnenie kritérií podľa § 27b ods. 4 pre každú farmaceuticko-nákladovú skupinu, vypracuje správu o postupe a výsledkoch preverenia kritérií, ktorú predloží ministerstvu zdravotníctva spolu s vypočítanými indexmi rizika nákladov do 15. augusta 2012.
2. Všeobecne záväzný právny predpis podľa § 28 ods. 6 vydá ministerstvo zdravotníctva na obdobie od 1. júna 2012 do 31. decembra 2012 najneskôr do 31. augusta 2012.
3. Mesačné prerozdelenie podľa zákona účinného od 1. júna 2012 sa vykoná prvýkrát v mesiaci september 2012 za mesiac júl 2012. Mesačné prerozdelenie za mesiace apríl až jún 2012 sa vykoná podľa právnych predpisov účinných do 31. mája 2012.
4. V rozhodnutí o ročnom prerozdelení podľa § 27a za rok 2012 úrad rozhodne osobitne

za obdobie od 1. januára 2012 do 30. júna 2012 a osobitne za obdobie od 1. júla 2012 do 31. decembra 2012.“.

**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. a zákona č. 547/2011 Z. z sa mení a dopĺňa takto:

1. V § 3 ods. 6 písm. d) sa slová „ods. 11“ nahrádzajú slovami „ods.7“.
2. § 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 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, keď zdravotná poisťovňa nemôže uhradiť záväzky voči poskytovateľom v lehote splatnosti, nakoľko je podľa osobitných predpisov povinná uhradiť záväzok na účet tretej osoby alebo nemôže uhradiť záväzok, nakoľko nemá vedomosť o tom, komu alebo v akej výške má záväzok uhradiť.

(4) Zdravotná poisťovňa je na účely analýzy platobnej schopnosti 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 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.".

Poznámky pod čiarou k odkazom 32a až 32c sa vypúšťajú.

1. V § 15 ods. 1 sa za písmeno o) vkladá nové písmeno p), ktoré znie:

„ p) oznámiť úradu pre účely výpočtu indexu rizika nákladov na zdravotnú starostlivosť a pre účely prerozdelenia poistného na verejné zdravotné poistenie údaje podľa osobitného predpisu35aaa),“.

Doterajšie písmená p) až t) sa označujú ako písmená r) až u).

Poznámka pod čiarou k odkazu 35aaa znie:

„35aaa) § 27 ods. 2, § 27a ods. 2 a § 28 ods. 4 zákona č. 580/2004 Z. z. v znení zákona č. .../2012 Z.z.“.

4. V § 18 ods. 1 písm. a) ôsmom bode sa vypúšťajú slová „podľa pohlavia a veku“ a slová „31. júla“ sa nahrádzajú slovami „31. augusta“.

5. Poznámka pod čiarou k odkazu 39b znie:

„39b) § 23 ods. 9 písm. d) a e), §27, § 27a, § 27b a § 28 zákona č. 580/2004 Z. z. v znení zákona č. .../2012 Z.z.“.

6. V § 18 ods.1 písmeno c) znie:

„ c) zúčastňuje sa na prerozdelení poistného a plní povinnosti podľa osobitného predpisu,40a)

Poznámka pod čiarou k odkazu 40a znie:

„ 40a) § 27, § 27a, § 27b a § 28 zákona č.580/2004 Z. z. v znení zákona č. .../2012 Z. z. “

7. § 18 sa dopĺňa odsekom 5, ktorý znie:

„(5) Výsledky analýz údajov zozbieraných podľa odseku 1 písm. k) a podľa osobitného predpisu39b) úrad poskytne na vyžiadanie ministerstvu zdravotníctva.

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

9. V § 20 ods. 2 písmeno n) znie:

„n) ukazovateľ 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),“.

10. § 22 sa dopĺňa odsekom 11, ktorý znie:

„(11) Predsedu úradu môže vláda na návrh ministra zdravotníctva odvolať z jeho funkcie aj z iných dôvodov ako sú uvedené v odseku 10.“.

11. V § 24 ods. 8 písm. b) sa za číslo „10“ vkladajú slová „a 11“.

12. V § 51 ods. 1 písm. b) sa vypúšťajú slová v zátvorke „a 9“.

13. V § 52 sa vypúšťa odsek 2 .

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

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

15. § 86i sa vypúšťa.

**Čl. III**

Tento zákon nadobúda účinnosť 1. júna 2012.