**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 ..............2013,**

**ktorým sa mení a 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. 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., zákona č. 362/2011 Z. z., zákona č. 185/2012 Z. z., zákona č. 313/2012 a zákona č. 421/2012 Z. z. sa mení a dopĺňa takto:

1. V § 6 ods. 1 písm. o) sa slová „(odseky 2 až 12)“ nahrádzajú slovami „(§ 6b“).
2. V § 6 sa vypúšťajú odseky 2, 3, 5 až 11 a v odseku 4 sa vypúšťajú písmená a) až g).

Doterajšie odseky 4, 12 až 17 sa označujú ako odseky 2 až 8. Doterajšie písmená v odseku 4 h) až k) sa označujú ako písmená a) až d).

1. Za § 6a sa vkladá § 6b, ktorý vrátane nadpisu znie:

„§ 6b

Zoznam poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti

(1) Zdravotná poisťovňa je povinná vytvoriť a viesť zoznam poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti (ďalej len „zoznam“). Za plánovanú zdravotnú starostlivosť sa považujú chirurgické operačné zákroky a plánované hospitalizácie.

(2) Zdravotná poisťovňa je povinná viesť osobitný zoznam pre každého poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, s ktorým má uzatvorenú zmluvu (§ 7) (ďalej len „zmluvný poskytovateľ“) okrem

a) plánovanej zdravotnej starostlivosti poskytovanej na základe rozhodnutia súdu,

b) plánovanej zdravotnej starostlivosti poskytovanej v prírodných liečebných kúpeľoch a kúpeľných liečebniach,

c) transplantačného programu.

(3) Zdravotná poisťovňa zaradí poistenca do zoznamu na návrh zmluvného poskytovateľa; za dátum zaradenia sa považuje dátum doručenia návrhu zdravotnej poisťovni.

(4) Zmluvný poskytovateľ je povinný bezodkladne navrhnúť zaradenie poistenca, ktorému indikoval plánovanú zdravotnú starostlivosť, do zoznamu od indikácie takejto plánovanej zdravotnej starostlivosti, ak nejde o poskytnutie neodkladnej zdravotnej starostlivosti.17) Ak poistenec so zaradením do zoznamu súhlasí, zmluvný poskytovateľ vyhotoví písomný návrh na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti (ďalej len "návrh") a poistencovi vydá kópiu návrhu. Zmluvný poskytovateľ je povinný návrh zaslať príslušnej zdravotnej poisťovni poistenca do troch pracovných dní elektronicky v rozsahu kód lekára, kód poskytovateľa zdavotnej starostlivosti, meno poistenca, priezvisko poistenca, rodné číslo poistenca alebo bezvýznamové identifikačné číslo, členský štát poistenca Európskej únie, adresa trvalého pobytu poistenca, obec, ulica číslo, poštové smerové číslo, kód diagnózy, poznámka, identifikačné číslo poistenca, pohlavie poistenca, dátum plánovaného poskytnutia výkonu, kód plánovaného zdravotného výkonu, počet výkonov, kód lieku alebo kód zdravotníckej pomôcky, plánované množstvo lieku alebo zdravotníckej pomôcky, sumárna cena plánovanej zdravotnej starostlivosti. V poznámke zmluvný poskytovateľ uvedie, či ide o bezpríspevkového darcu krvi nositeľa bronzovej plakety, striebornej plakety, zlatej plakety alebo diamantovej plakety prof. MUDr. Jána Jánskeho a darca krvi oceneného medailou MUDr. Jána Kňazovického.

(5) Zdravotná poisťovňa kontroluje opodstatnenosť zaradenia poistenca do zoznamu a vedenia poistenca v zozname revíznym lekárom. Zdravotná poisťovňa vykoná administratívnu kontrolu správnosti a úplnosti údajov v návrhu, ak je návrh neúplný, vráti ho v lehote desiatich pracovných dní odo dňa doručenia návrhu zmluvnému poskytovateľovi späť na doplnenie. Zmluvný poskytovateľ je povinný doručiť doplnený návrh zdravotnej poisťovni do desiatich pracovných dní odo dňa doručenia návrhu zdravotnou poisťovňou; dátum doručenia doplnených údajov sa považuje za dátum doručenia návrhu.

(6) Zdravotná poisťovňa zaradí poistenca do zoznamu v poradí podľa dátumu a času doručenia oznámených údajov v návrhu, ak je návrh úplný. Zdravotná poisťovňa nesmie zaradiť do zoznamu poistenca, ktorého zdravotný stav spĺňa kritériá na poskytnutie neodkladnej zdravotnej starostlivosti.17) Poistenec nemôže byť súčasne zaradený vo viacerých zoznamoch, ak ide o tú istú plánovanú zdravotnú starostlivosť. Ak zdravotná poisťovňa zistí na základe kontroly súbeh návrhov vo viacerých zoznamoch v súvislosti s tou istou plánovanou zdravotnou starostlivosťou, ponechá poistenca v tom zozname, v ktorom bol zaradený najskôr. Pokiaľ je do zdravotnej poisťovne doručených viacero návrhov v ten istý deň, zdravotná poisťovňa zachová poradie poistencov v akom ich zaradila. Zdravotná poisťovňa priradí poistencovi jedinečný identifikačný kód, ktorý musí obsahovať názov poisťovne, poradie v danom dni, dátum a čas doručenia a 4-miestny kód. Zdravotná poisťovňa zašle poistencovi jedinečný identifikačný kód do piatich dní od zaradenia do zoznamu. Zdravotná poisťovňa aktualizuje zoznam do desiatich pracovných dní odo dňa doručenia návrhu zmluvným poskytovateľom.

(7) Zdravotná poisťovňa je povinná

1. viesť zoznam podľa jednotlivých zdravotných výkonov v rozsahu kód lekára, kód zmluvného poskytovateľa, meno poistenca, priezvisko poistenca, rodné číslo poistenca alebo bezvýznamové identifikačné číslo, členský štát poistenca Európskej únie, adresa trvalého pobytu poistenca, obec, ulica číslo, poštové smerové číslo, kód diagnózy, poznámka, identifikačné číslo poistenca, pohlavie poistenca, dátum plánovaného poskytnutia výkonu, kód plánovaného zdravotného výkonu, počet výkonov, kód lieku alebo kód zdravotníckej pomôcky, plánované množstvo lieku alebo zdravotníckej pomôcky, sumárna cena plánovanej zdravotnej starostlivosti, dátum hospitalizácie poistenca (vrátane údajov o ich preklade na iné oddelenie, do iného zdravotníckeho zariadenia aj o ukončení hospitalizácie, dátum realizácie plánovaného výkonu, aplikované lieky alebo zdravotnícke pomôcky, skutočné množstvo liekov alebo zdravotníckych pmôcok, celková cena, štát poskytnutia zdravotnej starostlivosti, dátum zaradenia, dátum vyradenia, dôvod vyradenia,
2. dodržiavať vytvorené poradie poistencov v zozname podľa jednotlivých zdravotných výkonov,
3. informovať poistenca o jeho zaradení do zoznamu alebo vyradení zo zoznamu; pri vyradení zo zoznamu aj o dôvodoch vyradenia, o spôsobe informovania sa zdravotná poisťovňa dohodne s poistencom,
4. informovať poistenca o jeho poradí v zozname, o počte poistencov v zozname, o predpokladanom dátume poskytnutia plánovanej zdravotnej starostlivosti u zmluvného poskytovateľa a o počte zdravotných výkonov, o spôsobe informovania sa zdravotná poisťovňa dohodne s poistencom,
5. informovať zmluvného poskytovateľa o zaradení poistenca do zoznamu do desiatich pracovných dní odo dňa zaradenia elektronicky,
6. uchovávať v registratúre pravidlá vedenia zoznamu, ich zmeny a údaje o zmenách v zozname desať rokov,
7. aktualizovať zoznam do desiatich pracovných dní od doručenia návrhu,
8. posielať alebo sprístupniť zmluvnému poskytovateľovi a úradu aktualizovaný zoznam do 20. dňa kalendárneho mesiaca,
9. písomne vyzvať poistenca, aby do desiatich pracovných dní od doručenia výzvy uviedol dôvody, pre ktoré nenastúpil na plánovanú zdravotnú starostlivosť,
10. pri zmene zdravotnej poisťovne zaradiť poistenca do zoznamu v poradí podľa dátumu a času doručenia návrhu, ak zmenu zdravotnej poisťovne poistenec nahlásil zmluvnému poskytovateľovi.

(8) Zdravotná poisťovňa je povinná uverejniť zoznam na svojom webovom sídle podľa jednotlivých zdravotných výkonov a podľa zmluvných poskytovateľov v rozsahu jedinečný identifikačný kód poistenca, dátum zaradenia, kód zdravotného výkonu, kód zmluvného poskytovateľa, názov zmluvného poskytovateľa, dátum vyradenia a priemerná očakávaná doba čakania. Zdravotná poisťovňa musí mať k dispozícii aj vytlačenú podobu zoznamu umiestnenú na prístupnom a viditeľnom mieste. Jej aktualizácia musí byť minimálne každý kvartál.

(9) Pri poskytovaní plánovanej zdravotnej starostlivosti je zmluvný poskytovateľ povinný dodržiavať poradie poistencov oznámené zdravotnou poisťovňou okrem prípadov hodných osobitného zreteľa. Každý prípad hodný osobitného zreteľa je zmluvný poskytovateľ povinný písomne, bez zbytočného odkladu a to najneskôr do troch pracovných dní odo dňa nedodržania poradia poistencov v zozname oznámené zdravotnou poisťovňou s odôvodnením oznámiť zdravotnej poisťovni. Zdravotná poisťovňa vyznačí oznámený dôvod hodný osobitného zreteľa v príslušnom zozname poistencov, aby ho mohla použiť v prípade poskytovania informácie na žiadosť poistenca o jeho zaradení v zozname a najmä o informovaní o jeho poradí v zozname. Za prípady hodných osobitného zreteľa sa považujú najmä také zdravotné, osobné, rodinné a pracovné dôvody na strane poistenca, ktoré môžu vážne ohroziť ďalšie zdravotné, sociálne alebo pracovné podmienky poistenca.

(10) Zmluvný poskytovateľ zdravotnej poisťovni v elektronickej forme

a) zasiela doplnené návrhy do troch pracovných dní od vrátenia návrhu zdravotnou poisťovňou,

b) oznamuje priebežne zmeny v návrhoch vrátane zmeny zdravotnej poisťovne do troch pracovných dní od kedy sa dozvedel o nových skutočnostiach,

c) oznamuje do 30. dňa kalendárneho mesiaca počet zdravotných výkonov, ktoré je schopný poskytnúť v priebehu nasledujúceho kalendárneho mesiaca v rámci plánovanej zdravotnej starostlivosti,

d) oznamuje poistencovi dátum nástupu na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti najmenej 15 pracovných dní pred určeným dátumom,

e) oznamuje zdravotnej poisťovni, že poistenec nenastúpil na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti do troch pracovných dní odo dňa nenastúpenia na plánovanú zdravotnú starostlivosť,

f) oznamuje zdravotnej poisťovni pri zmene zdravotnej poisťovne poistencov, ktorí zmenili zdravotnú poisťovňu.

(11) Zmluvný poskytovateľ je povinný uverejniť zoznam na svojom webovom sídle podľa jednotlivých zdravotných výkonov v rozsahu jedinečný identifikačný kód poistenca, dátum zaradenia, kód zdravotného výkonu, oddelenie zmluvného poskytovateľa, dátum vyradenia a priemerná očakávaná doba čakania. Zmluvný poskytovateľ musí mať k dispozícii aj vytlačenú podobu zoznamu umiestnenú na prístupnom a viditeľnom mieste. Jej aktualizácia musí byť minimálne každý kvartál.

(12) Poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti možno dočasne odložiť, ak sú potrebné ďalšie vyšetrenia, ak vznikla ďalšia súbežná choroba, ktorú je potrebné liečiť prednostne, alebo ak poistencovi zomrela blízka osoba. Ak v určenom termíne nie je možné plánovanú zdravotnú starostlivosť poskytnúť, zmluvný poskytovateľ neodkladne oznámi dôvody odkladu zdravotnej poisťovni a úradu; poistencovi musí odklad oznámiť tak, aby sa o odklade dozvedel najneskôr tri pracovné dni pred určeným dátumom. Ak dôvody odkladu pominú, zmluvný poskytovateľ to oznámi zdravotnej poisťovni, úradu a poistencovi oznámi nástup na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti. Zdravotná poisťovňa ponechá poistenca zaradeného na pôvodnom mieste v zozname. Zmluvný poskytovateľ oznámi do desiatich pracovných dní zdravotnej poisťovni poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti poistencovi. Zmluvný poskytovateľ uchováva v registratúre pravidlá vedenia zoznamu, ich zmeny a údaje o zmenách v zozname desať rokov.

(13) Zdravotná poisťovňa vyradí poistenca zo zoznamu, ak zistí, že

a) zmluvný poskytovateľ oznámil poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti do desiatich pracovných dní zdravotnej poisťovni dátum poskytnutia plánovanej zdravotnej starostlivosti,

b) údaje v zdravotnej dokumentácii sú v rozpore s údajmi v návrhu okrem prípadov, ak zdravotná poisťovňa alebo zmluvný poskytovateľ urobili administratívnu chybu,

c) poistenec z vlastného rozhodnutia písomne požiadal prostredníctvom zmluvného poskytovateľa o vyradenie zo zoznamu alebo na návrh zmluvného poskytovateľa, ak poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti už nie je potrebné,

d) poistenec zomrel alebo bol vyhlásený za mŕtveho,

e) došlo k takej zmene zdravotného stavu poistenca, ktorá vyžaduje poskytnutie neodkladnej zdravotnej starostlivosti,

f) zdravotná poisťovňa prestala byť jeho príslušnou zdravotnou poisťovňou,

g) poistenec nedodržal termín nástupu na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti a neuviedol objektívne dôvody,

h) plánovaná zdravotná starostlivosť nie je indikovaná.

(14) Zdravotná poisťovňa môže uprednostniť v zozname bezpríspevkových darcov krvi, ktorí sú nositeľmi bronzovej alebo striebornej plakety prof. MUDr. Jána Jánskeho. Zdravotná poisťovňa uprednostní bezpríspevkových darcov krvi, ktorí sú nositeľmi zlatej plakety alebo diamantovej plakety prof. MUDr. Jána Jánskeho a darcov krvi ocenených medailou MUDr. Ján Kňazovického. Informácia prvej vety a druhej vety musí byť súčasťou návrhu.

(15) Zdravotná poisťovňa je povinná zabezpečiť poistencovi úhradu plánovanej zdravotnej starostlivosti najneskôr do 12 mesiacov odo dňa zaradenia poistenca do zoznamu podľa odseku 3 okrem prípadu, ak by náklady na zabezpečenie tejto plánovanej zdravotnej starostlivosti ohrozili úhradu neodkladnej zdravotnej starostlivosti17) a okrem prípadu, ak poistenec trvá na poskytnutí plánovanej zdravotnej starostlivosti u konkrétneho zmluvného poskytovateľa. Zmluvný poskytovateľ je povinný poskytnúť poistencovi, ktorého navrhol do zoznamu, plánovanú zdravotnú starostlivosť najneskôr do 12 mesiacov odo dňa zaradenia do zoznamu podľa odseku 3 okrem prípadu, ak poistenec postupoval podľa odseku 16.

(16) Zdravotná poisťovňa v záujme skrátenia lehoty na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti

a) môže poistencovi navrhnúť jej poskytnutie u iného poskytovateľa, s ktorým má uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti; ak poistenec súhlasí, vykoná zmenu v zozname a uvedie dôvod zmeny,

b) informuje poistenca o možnosti požiadať o poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti u poskytovateľa, s ktorým nemá zdravotná poisťovňa uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike, alebo u poskytovateľa v inom členskom štáte Európskej únie.

(17) Zdravotná poisťovňa

a) umožní poistencovi na jeho žiadosť poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti u iného poskytovateľa a vykoná zmenu v zozname a uvedie dôvod zmeny,

b) pri zmene zdravotnej poisťovne zaradí poistenca do zoznamu v poradí podľa dátumu a času doručenia návrhu, ak zmenu zdravotnej poisťovne oznámil poistenec poskytovateľovi.

(18) Ak zdravotná poisťovňa nezabezpečí plánovanú zdravotnú starostlivosť v lehote podľa odseku 15, je povinná uhradiť plánovanú zdravotnú starostlivosť poskytnutú akýmkoľvek poskytovateľom zdravotnej starostlivosti na území Slovenskej republiky alebo akýmkoľvek poskytovateľom v Európskej únii, Nórsku, Lichtenštajnsku, Islande alebo Švajčiarsku v celkovej výške. Zároveň sa na nesplnenie povinnosti uvedenej v odseku 15 vzťahuje pokuta podľa § 64 ods. 1 písm. a).

(19) Zdravotná poisťovňa je povinná vytvoriť ku dňu, ku ktorému sa tvorí účtovná závierka, technické rezervy

a) na úhradu za zdravotnú starostlivosť, ktorá nebola ku dňu účtovnej závierky uhradená,

b) na úhradu za zdravotnú starostlivosť, ktorá bola poskytnutá ku dňu účtovnej závierky, ale do tohto termínu nebol do zdravotnej poisťovne doručený účtovný doklad,

c) na úhradu plánovanej zdravotnej starostlivosti pre poistencov zaradených v zozname podľa odseku 1.

(20) Zdravotná poisťovňa vytvára technické rezervy podľa odseku 19 písm. c) vo výške nevyhnutnej na úhradu plánovanej zdravotnej starostlivosti. Technické rezervy podľa odseku 19 písm. c) zahŕňajú aj všetky predpokladané náklady spojené s vykonaním úhrady plánovanej zdravotnej starostlivosti; výška technickej rezervy sa stanovuje vo výške súčtu násobkov počtu poistencov zaradených v zozname podľa odseku 1 a ceny obvyklej za poskytovanú zdravotnú starostlivosť podľa jednotlivých zdravotných výkonov.

(21) Všeobecne záväzný právny predpis, ktorý vydá Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky (ďalej len "ministerstvo zdravotníctva"), ustanoví

1. podrobnosti o návrhu na zaradenie poistenca do zoznamu,
2. textový formát návrhu na zaradenie poistenca do zoznamu.“.
3. V § 9 ods. 6 písm. c) sa slová „(§ 6 ods. 2)“ nahrádzajú slovami „(§ 6b)“.
4. V § 16 ods. 1 sa slová „§ 6 ods. 2“ nahrádzajú slovami „§ 6b ods. 1“
5. V § 16 ods. 2 písm. g) sa slová „(§ 6 ods. 2)“ nahrádzajú slovami „(§ 6b)“.
6. V § 16 ods. 6 sa slová „písm. f), h) až k)“ nahrádzajú slovami „písm. f) až k)“.

**Čl. II**

Tento zákon nadobúda účinnosť 1. januára 2014.