**NÁRODNÁ RADA SLOVENSKEJ REPUBLIKY**

**VIII. volebné obdobie**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*Návrh*

**ZÁKON**

z ...... 2023,

**ktorým sa mení a dopĺňa zákon Národnej rady Slovenskej republiky 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 Národnej rady Slovenskej republiky 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., zákona č. 390/2022 Z. z., zákona č. 392/2022 Z. z., zákona č. 420/2022 Z. z. a zákona č. 518/2022 Z. z. sa mení a dopĺňa takto:

1. § 6a vrátane nadpisu znie:

**„§ 6a**

**Výdavky na prevádzkové činnosti zdravotnej poisťovne**

1. Zdravotná poisťovňa môže v kalendárnom roku vynaložiť na prevádzkové činnosti výdavky najviac do výšky zodpovedajúcej podielu na úhrne poistného pred prerozdelením poistného za kalendárny rok (ďalej len „ročný úhrn“). Podiel na ročnom úhrne sa vypočíta podľa vzorca, ktorý je uvedený v prílohe č. 1, a zaokrúhľuje sa na dve desatinné miesta smerom nahor.
2. Výdavky na prevádzkové činnosti zdravotnej poisťovne podľa odseku 1 sú výdavky, ktoré nie sú uvedené v odseku 3.
3. Výdavky na prevádzkové činnosti zdravotnej poisťovne podľa odseku 1 nie sú:
4. úhrada za zdravotnú starostlivosť,
5. príspevok na činnosti operačných stredísk tiesňového volania záchrannej zdravotnej služby (§ 8a),
6. príspevok na činnosť úradu (§ 30),
7. preplatok z ročného zúčtovania poistného,18b)
8. záväzok z mesačného prerozdeľovania preddavkov na poistné,18ba)
9. záväzok z ročného prerozdeľovania poistného,18bb)
10. dane a poplatky odvádzané do štátneho rozpočtu,
11. úhrada čiastky, o ktorú bol limit spoluúčasti prekročený [§ 6 ods. 1 písm. s)],
12. príspevok na činnosť Národného centra zdravotníckych informácii (ďalej len „národné centrum“) (§ 8b),
13. preplatenie úhrady pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti v rámci ústavnej pohotovostnej služby podľa osobitného predpisu,18c)
14. príspevok na činnosť Národného inštitútu pre hodnotu a technológie v zdravotníctve (ďalej len „inštitút“) (§ 15a),18d)
15. úhrada trov starých exekúcií podľa osobitného zákona.18e)
16. Ročný úhrn podľa odseku 1 sa vypočíta ako súčet preddavkov na poistné18f)splatných v príslušnom kalendárnom roku, nedoplatkov z ročného zúčtovania poistného18g)splatných v príslušnom kalendárnom roku a úrokov z omeškania18h)splatných v príslušnom kalendárnom roku znížený o preplatky z ročného zúčtovania poistného18b) splatné v príslušnom kalendárnom roku.
17. Ustanovenia odsekov 1 až 4 sa nevzťahujú na použitie
18. vlastných zdrojov zdravotnej poisťovne pri zabezpečení platobnej schopnosti (§ 14),
19. peňažných prostriedkov, ktoré zdravotná poisťovňa získala v príslušnom kalendárnom roku z predaja nepotrebného majetku zdravotnej poisťovne,
20. peňažných prostriedkov zodpovedajúcich kladnému rozdielu medzi sumou rovnajúcou sa podielu na ročnom úhrne podľa odseku 1 za minulé obdobia a výdavkami na prevádzkové činnosti zdravotnej poisťovne vynaloženými za minulé obdobia; minulými obdobiami sú kalendárne roky, ktoré predchádzajú príslušnému kalendárnemu roku,
21. peňažných prostriedkov získaných z poplatkov za vydanie európskych preukazov zdravotného poistenia,18i)
22. peňažných prostriedkov získaných z poplatkov za vydané výkazy nedoplatkov podľa osobitného predpisu.18j)“.
23. Za § 6a sa vkladajú § 6aa a § 6ab, ktoré vrátane nadpisov znejú:

**„§ 6aa**

**Kladný výsledok hospodárenia zdravotnej poisťovne**

1. Zdravotná poisťovňa môže nakladať s kladným výsledkom hospodárenia pri vykonávaní verejného zdravotného poistenia za podmienok ustanovených týmto zákonom.
2. Primeraný výsledok hospodárenia je súčet
3. sumy 1 % z predpísaného poistného v hrubej výške a
4. sumy určenej ako výsledok plnenia kritérií kvality zdravotnej poisťovne (ďalej len „kritériá kvality“) podľa § 6ab; takto určená suma nemôže byť vyššia ako 1 % z predpísaného poistného v hrubej výške.
5. Predpísané poistné v hrubej výške je úhrn predpísaného poistného zaúčtovaného v účtovnom období, v ktorom sa kladný výsledok hospodárenia vytvoril, podľa auditovanej účtovnej závierky.
6. Ak zdravotná poisťovňa dosiahne v účtovnom období kladný výsledok hospodárenia, ktorý je po zdanení a po vykonaní povinného doplnenia rezervného fondu podľa § 15 ods. 5 (ďalej len „upravený výsledok hospodárenia“) vyšší ako je primeraný výsledok hospodárenia podľa odseku 2, rozdiel medzi upraveným výsledkom hospodárenia a primeraným výsledkom hospodárenia použije zdravotná poisťovňa na tvorbu alebo doplnenie fondu kvality zdravia.
7. Prostriedky fondu kvality zdravia musí zdravotná poisťovňa použiť do dvoch rokov od skončenia účtovného obdobia, z ktorého rozdielu medzi upraveným výsledkom hospodárenia a primeraným výsledkom hospodárenia bol vytvorený, na úhradu
8. liekov podľa osobitného predpisu,18ja)
9. skríningov zameraných na zachytenie onkologickej choroby podľa osobitného predpisu,18jb)
10. nákladov spojených s realizáciou činností pri preventívnych programoch alebo programoch zdravia
11. vykonávaných podľa tohto zákona alebo osobitného predpisu,18jc) ktorých cieľom je zlepšenie zdravia poistencov, zabránenie zhoršovania zdravia poistencov, alebo podpora zdravého spôsobu života poistencov,
12. zameraných na zvyšovanie kvality a efektivity poskytovanej zdravotnej starostlivosti, alebo
13. zdravotných výkonov, ktoré nie sú uvedené v Katalógu zdravotných výkonov, a na ktorých úhradu udelil revízny lekár zdravotnej poisťovne predchádzajúci súhlas.18jd)
14. Ak v ktoromkoľvek z predchádzajúcich účtovných období nebol dosiahnutý primeraný výsledok hospodárenia, zdravotná poisťovňa môže v účtovnom období, kedy primeraný výsledok hospodárenia dosiahnutý bol, znížiť sumu pre doplnenie fondu kvality zdravia najviac do výšky 1,5 % z predpísaného poistného v hrubej výške, pričom už raz takto odpočítanú sumu nemožno použiť na zníženie sumy pre doplnenie fondu kvality zdravia opakovane.

**§ 6ab**

**Kritériá kvality**

1. Kritériá kvality, ich váhu, podrobnosti ich plnenia, posudzovanie percentuálnej miery ich naplnenia a označenie zdroja údajov, z ktorých budú kritériá kvality spracované, podrobnosti o kritériách kvality a podrobnosti o spôsobe ich vyhodnotenia ustanoví ministerstvo zdravotníctva po prerokovaní so zdravotnými poisťovňami všeobecne záväzným právnym predpisom, ktorý vydá ministerstvo zdravotníctva najneskôr do 15. decembra kalendárneho roka, ktorý predchádza kalendárnemu roku, na ktorý sa kritériá kvality ustanovujú.
2. Ako povinné kritérium kvality podľa odseku 1 sa ustanovuje uzatvorenie zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti v rozsahu verejnej minimálnej siete poskytovateľov, verejnej minimálnej siete poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti,18je) siete kategorizovaných nemocníc18jf) alebo v rozsahu verejnej siete poskytovateľov, ak je verejná sieť poskytovateľov na príslušnom území menšia ako verejná minimálna sieť poskytovateľov. Váha tohto kritéria kvality je vždy najmenej 20 %. Ak zdravotná poisťovňa toto kritérium kvality nesplní najmenej na 90 % za každé spádové územie a za každú špecializáciu stanovenú osobitnými predpismi,18jg) úrad zníži percentuálnu mieru naplnenia všetkých zvyšných kritérií kvality za príslušné obdobie o 50 % oproti skutočnej percentuálnej miere ich naplnenia.
3. Ak nedôjde k vydaniu všeobecne záväzného právneho predpisu podľa odseku 1, na účely tohto zákona sa za kritériá kvality ustanovuje kritérium kvality podľa odseku 2 a ďalšie kritériá kvality, ktorými sú
4. zabezpečenie platobnej schopnosti zdravotnej poisťovne (§ 14),
5. zabezpečenie úhrady plánovanej zdravotnej starostlivosti poistencom zaradeným v zozname [§ 6 ods. 1 písm. o)],
6. tvorba rezervného fondu aspoň v minimálnej zákonnej výške (§ 15 ods. 5),
7. dodržiavanie ustanovení o výške výdavkov na prevádzkové činnosti (§ 6a).
8. Všetky kritériá kvality podľa odseku 3 majú rovnakú váhu.
9. Kritérium kvality musí byť ustanovené nediskriminačným a transparentným spôsobom tak, aby bolo ekonomicky primerané, technicky splniteľné, pričom je pri posudzovaní jeho plnenia potrebné prihliadnuť aj na možnosť zdravotnej poisťovne zabezpečiť súčinnosť tretej strany, ak je splnenie kritéria kvality závislé od tejto súčinnosti, a na mimoriadne okolnosti, ktoré boli prekážkou pre splnenie stanoveného kritéria kvality alebo pre ktoré je použitie stanoveného kritéria kvality neprimerane prísne.
10. Splnenie kritérií kvality za predchádzajúci kalendárny rok vyhodnocuje úrad formou rozhodnutia do 15. júna podľa § 20b ods. 2.
11. Návrhy na zmeny v kritériách kvality môžu zaslať zdravotné poisťovne a úrad ministerstvu zdravotníctva každoročne do 31. júla. Súčasťou návrhu na nové kritérium kvality musí byť popis kritéria kvality, jeho plnenie a spôsob vyhodnotenia. Ministerstvo zdravotníctva je povinné prerokovať s úradom a zdravotnými poisťovňami ich návrhy pred vydaním všeobecne záväzného predpisu podľa odseku 1.“.

Poznámky pod čiarou k odkazom 18ba, 18bb, 18e, 18ja až 18jg znejú:

„18ba) § 27 ods. 9 zákona č. 580/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.

18bb) § 27a ods. 10 zákona č. 580/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.

18e) zákon č. 233/2019 Z. z. o ukončení niektorých exekučných konaní a o zmene a doplnení niektorých zákonov

18ja) § 88 ods. 7 a 8 zákona č. 363/2011 Z. z. v znení neskorších predpisov.

18jb) § 2 ods. 7 písm. f) a g) zákona č. 576/2004 Z. z.

18jc) § 10 a 14 zákona č. 355/2007 Z. z. v znení zákona č. 306/2012 Z. z.

18jd) § 42 ods. 5 a 6 zákona č. 577/2004 Z. z.

18je) § 5 ods. 6 zákona č. 578/2004 Z. z. v znení zákona č. 540/2021 Z. z.

18jf) § 11 zákona č. 540/2021 Z. z.

18jg) § 5 ods. 5, § 5a, § 5b ods. 3, § 5d zákona č. 578/2004 Z. z. v znení zákona č. 540/2021 Z. z. a nariadenie vlády Slovenskej republiky č. 640/2008 Z. z. o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov.“.

Vypúšťajú sa poznámky pod čiarou 18ea až 18ec.

1. V § 15 ods. 1 písmeno t) znie:

„t) dodržiavať ustanovenú výšku výdavkov na prevádzkové činnosti ([§ 6a](https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2004/581/20221231.html#paragraf-6a)),“.

1. V § 15 sa odsek 1 dopĺňa písmenom an), ktoré znie:

„an) oznámiť úradu každoročne do 30. apríla plnenie kritérií kvality za predchádzajúci kalendárny rok a zaslať podklady k vyhodnoteniu kritérií kvality, v rozsahu podľa § 6ab ods. 2 a 3.“.

1. V § 15 odsek 8 znie:

„(8) Štruktúru výdavkov zdravotných poisťovní podľa typov zdravotnej starostlivosti a percento určené pre jednotlivé typy zdravotnej starostlivosti z celkovej sumy výdavkov určenej na zdravotnú starostlivosť v rozpočte s prihliadnutím na odlišné zloženie poistného kmeňa zdravotných poisťovní ustanoví všeobecne záväzný právny predpis, ktorý vydá ministerstvo zdravotníctva každoročne do 15. januára po prerokovaní so zdravotnými poisťovňami a združeniami zastupujúcimi poskytovateľov zdravotnej starostlivosti pri uzatváraní zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.“.

1. V § 18 ods. 1 sa za písmeno w) vkladá nové písmeno x), ktoré znie:

„x) rozhoduje o splnení kritérií kvality (§ 6ab),“.

Doterajšie písmená x) a y) sa označujú ako písmená y) a z).

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

„**§ 20b**

**Rozhodnutie o splnení kritérií kvality**

1. Úrad rozhoduje o splnení kritérií kvality (§ 6ab) v každom kalendárnom roku za predchádzajúci kalendárny rok.
2. Úrad doručí každej zdravotnej poisťovni a ministerstvu zdravotníctva do 15. júna kalendárneho roka rozhodnutie o výsledku plnenia kritérií kvality za predchádzajúci kalendárny rok a percentuálnu hodnotu ich splnenia.
3. Rozhodnutie úradu je preskúmateľné správnym súdom. Podanie správnej žaloby proti rozhodnutiu úradu o splnení kritérií kvality má odkladný účinok.
4. Na toto konanie sa vzťahuje všeobecný predpis o správnom konaní.62)“.
5. Príloha č. 1 vrátane nadpisu znie:

„Príloha č. 1 k zákonu Národnej rady Slovenskej republiky č. 581/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov

VZOREC PRE VÝPOČET PODIELU NA ROČNOM ÚHRNE

Limit (v %) = 2,45 +$\frac{2 000 000}{PPZP}$

kde PPZP je počet poistencov zdravotnej poisťovne.“.

**Čl. II**

Tento zákon nadobúda účinnosť 1. januára 2024.