

Návrh

**Vyhláška
Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky**

z 2006,

**ktorou sa ustanovujú podrobnosti o zozname
poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti**

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 6 ods. 12 zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení zákona č. 660/2005 Z. z. (ďalej len „zákon“) ustanovuje:

§ 1

Táto vyhláška ustanovuje

- a) podrobnosti o vytvorení a vedení zoznamu poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti (ďalej len „zoznam“),
- b) rozsah plánovanej zdravotnej starostlivosti vedenej v zozname,
- c) podrobnosti o povinnostiach zdravotnej poisťovne podľa § 6 ods. 4 zákona,
- d) podrobnosti o povinnostiach poskytovateľa zdravotnej starostlivosti podľa § 6 ods. 6 zákona,
- e) podrobnosti o dôvodoch neopodstatnenosti vedenia poistenca v zozname,
- f) podrobnosti o povinnosti zdravotnej poisťovne poskytovať Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej len „úrad“)¹⁾ údaje o stave a zmenách v zozname,
- g) podrobnosti o spôsobe tvorby a výške tvorby technických rezerv,
- h) ďalšie podrobnosti o vytvorení a vedení zoznamu.

§ 2

Na účely tejto vyhlášky

- a) zoznam je zoznam vedený podľa jednotlivých chorôb podľa osobitného predpisu,²⁾
- b) poskytovateľ zdravotnej starostlivosti je poskytovateľ, ktorý je oprávnený poskytovať plánovanú zdravotnú starostlivosť určenú zdravotnou poisťovňou podľa § 3 ods. 1 a ktorý
 1. má so zdravotnou poisťovňou uzatvorenú zmluvu o poskytovaní plánovanej zdravotnej starostlivosti podľa osobitného predpisu,³⁾
 2. nemá so zdravotnou poisťovňou uzatvorenú zmluvu podľa prvého bodu, ale zdravotná poisťovňa súhlasila s poskytnutím príspevku podľa osobitného

¹⁾ § 17 zákona č. 581/2004 o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

²⁾ Príloha č.1 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

³⁾ § 7 zákona č. 581/2004 Z. z. v znení zákona č. 353/2005 Z. z.

predpisu;⁴⁾ súhlas s poskytnutím príspevku sa udeľuje pred poskytnutím zdravotnej starostlivosti,

- c) zdravotná poisťovňa je príslušná zdravotná poisťovňa, v ktorej je poistenec poistený v čase vyhotovenia návrhu na zaradenie poistenca do zoznamu,
- d) plánovaná zdravotná starostlivosť je každá zdravotná starostlivosť poskytovaná v súvislosti s chorobami určenými zdravotnou poisťovňou na vedenie zoznamu a ktorej poskytnutie spravidla predstavuje inú ako neodkladnú zdravotnú starostlivosť;⁵⁾
- e) rozsah plánovanej zdravotnej starostlivosti vedenej v zozname sú choroby určené zdravotnou poisťovňou podľa osobitného predpisu;²⁾
- f) vytvorenie zoznamu je zaradenie aspoň jedného poistenca do zoznamu,
- g) vedenie zoznamu je zaraďovanie do zoznamu, vyradovanie zo zoznamu a vykonávanie akýchkoľvek zmien v zozname,
- h) zaraďovanie do zoznamu je zaradenie poistenca do zoznamu doručením návrhu na zaradenie poistenca do zoznamu do zdravotnej poisťovne,
- i) opodstatnenosť zariadenia do zoznamu je potvrdenie zariadenia poistenca do zoznamu zdravotnou poisťovňou,
- j) neopodstatnenosť zariadenia do zoznamu je nepotvrdenie zariadenia poistenca do zoznamu,
- k) vyradenie zo zoznamu je vyradenie poistenca zo zoznamu,
- l) manažovanie poistenca je súhlas poistenca s možnosťou poskytnutia plánovanej zdravotnej starostlivosti aj u iného poskytovateľa navrhnutého zdravotnou poisťovňou kdekoľvek v Slovenskej republike; so zmenou poskytovateľa vyjadruje poistenec súhlas,
- m) dávka je súhrn údajov v elektronickej podobe potrebných pre zaradenie poistenca do zoznamu.

§ 3

(1) Zoznam sa vedie na zdravotnou poisťovňou určené choroby podľa osobitného predpisu.²⁾

(2) Zoznam v súvislosti s chorobou podľa odseku 1 nemožno vytvoriť na zdravotné výkony,⁶⁾ ktoré

- a) vedú k zisteniu choroby,
- b) sa poskytujú v súvislosti s prevenciou.

(3) Zoznam sa nevedie pre

- a) ústavnú zdravotnú starostlivosť poskytovanú na základe rozhodnutia súdu,⁷⁾
- b) lekárenskú starostlivosť,⁸⁾
- c) všeobecnú ambulantnú zdravotnú starostlivosť,⁹⁾

⁴⁾ § 42 ods. 1 až 3 zákona č. 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v znení zákona č. 347/2005 Z. z.

⁵⁾ § 2 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.

⁶⁾ § 3 zákona č. 576/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.

⁷⁾ § 9 ods. 1 písm. b) zákona č. 576/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.

⁸⁾ Zákon č. 140/1998 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach, o zmene zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov a o zmene a doplnení zákona Národnej rady Slovenskej republiky č. 220/1996 Z. z. o reklame v znení neskorších predpisov.

⁹⁾ § 8 ods. 2 zákona č. 576/2004 Z. z. v znení zákona č. 350/2005 Z. z.

d) ústavnú zdravotnú starostlivosť¹⁰⁾ poskytovanú v prírodných liečebných kúpeľoch a zariadeniach biomedicínskeho výskumu.¹¹⁾

(4) Zoznam sa môže ďalej členiť na samostatné časti najmä podľa

- a) poskytovateľov,
- b) zdravotných výkonov poskytovaných v súvislosti s chorobou.

(5) Zoznam sa vedie v elektronickej forme.

(6) Choroby určené zdravotnou poisťovňou na vedenie zoznamu podľa odseku 1 a pravidiel vedenia zoznamu, zaradovania a vyradovania poistencov zo zoznamu sa uverejňujú na úradnej tabuli alebo na inom verejne prístupnom mieste zdravotnej poisťovne a na internetovej stránke zdravotnej poisťovne.

§ 4

(1) Poskytovateľ môže navrhnúť zaradenie poistenca do zoznamu len v rozsahu chorôb určených zdravotnou poisťovňou podľa § 3 ods. 1.

(2) Ak poskytovateľ odporučí poistencovi poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti a poistenec s týmto odporúčaním súhlasí, vyhotoví poskytovateľ návrh na zaradenie poistenca do zoznamu (ďalej len „návrh“) v deň návštevy poistenca u tohto poskytovateľa.

(3) Návrh obsahuje údaje uvedené v prílohe č. 1; vzor návrhu sa uverejňuje na internetovej stránke zdravotnej poisťovne.

(4) Návrh je súčasťou zdravotnej dokumentácie poistenca; kópia návrhu ostáva poistencovi.

(5) Návrh v súvislosti s jednou chorobou môže byť vyhotovený len u jedného poskytovateľa.

§ 5

(1) Poskytovateľ zasiela zdravotnej poisťovni údaje z úplne a riadne vypísaných návrhov podľa § 4 najneskôr na nasledujúci pracovný deň po vyhotovení návrhov. Poskytovateľ zasiela údaje podľa predchádzajúcej vety raz denne vo forme dávky. Dávka sa člení na záhlavie dávky a telo dávky a ich obsah tvorí príloha č. 2.

(2) Za riadne a úplne vyplnený návrh podľa odseku 1 sa považuje návrh, ktorý obsahuje všetky potrebné náležitosti na zaradenie poistenca do zoznamu.

(3) Poskytovateľ doručuje zdravotnej poisťovni dávku za každú chorobu, na ktorú vedie zoznam, samostatne.

§ 4 zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

¹⁰⁾ § 9 zákona č. 576/2004 Z. z. v znení zákona č. 350/2005 Z. z.

¹¹⁾ § 7 ods. 3 písm. e) a f) zákona č. 578/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.

(4) Ak je v jeden deň zaradených do zoznamu na konkrétnu chorobu viacero poistencov od jedného poskytovateľa, ich poradie sa určí na základe času vyhotovenia návrhu.

(6) Poskytovateľ oznamuje zdravotnej poisťovni aj zmeny údajov v návrhoch najneskôr na nasledujúci pracovný deň odo dňa zistenia týchto zmien.

§ 6

(1) Zdravotná poisťovňa do 24 hodín od doručenia dávky podľa § 5 ods. 1

- a) vykonáva administratívnu kontrolu správnosti a úplnosti údajov v dávke, ktorá obsahuje najmä kontrolu
 1. príslušnosti poistenca k zdravotnej poisťovni,
 2. správnosti rodného čísla poistenca,
 3. kódu choroby,
- b) informuje poskytovateľa o chybách v dávke.

(2) Poskytovateľ do 48 hodín od prijatia informácie o chybách v dávke podľa odseku 1 písm. b) doručí zdravotnej poisťovni opravu chýb.

§ 7

(1) Zdravotná poisťovňa do dvoch mesiacov od dátumu zaradenia poistenca do zoznamu

- a) preveruje opodstatnenosť zaradenia poistenca do zoznamu podľa § 8; o výsledkoch kontroly opodstatnenosti informuje poskytovateľa najneskôr do 10 dní po vykonaní kontroly,
- b) vyčíslňuje predpokladané náklady na úhradu za plánovanú zdravotnú starostlivosť,
- c) odhaduje predpokladaný dátum poskytnutia plánovanej zdravotnej starostlivosti.

(2) Zdravotná poisťovňa vedie od dňa nasledujúceho po dvoch mesiacoch od zaradenia poistenca do zoznamu ako súčasť zoznamu ku každému poistencovi aj údaj o

- a) potvrdení alebo nepotvrdení opodstatnenosti zaradenia poistenca v zozname,
- b) predpokladané náklady na plánovanú zdravotnú starostlivosť,
- c) predpokladaný dátum poskytnutia plánovanej zdravotnej starostlivosti,

(3) Zdravotná poisťovňa kontroluje opodstatnenosť vedenia poistenca v zozname aj kedykoľvek v priebehu vedenia poistenca v zozname.

§ 8

(1) Za neopodstatnené vedenie poistenca v zozname sa považuje vedenie poistenca na takú plánovanú zdravotnú starostlivosť, ktorej poskytnutie v čase vykonania kontroly revíznym lekárom nie je z medicínskeho hľadiska potrebné alebo zdravotný stav poistenca spĺňa kritéria na poskytnutie neodkladnej zdravotnej starostlivosti.¹²⁾

(2) Ak revíznym lekárom na základe kontroly podľa odseku 1 zistí, že ide o neopodstatnené vedenie poistenca v zozname, zdravotná poisťovňa vyradí poistenca zo zoznamu; túto

¹²⁾ § 6 ods. 5 zákona č. 581/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.
§ 2 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.

skutočnosť ako aj dôvod vyradenia písomne oznámi poistencovi i poskytovateľovi do 48 hodín.

§ 9

(1) Zdravotná poisťovňa vyraduje poistencov zo zoznamu podľa vytvoreného poradia poistencov v zozname tak, aby zabezpečila úhradu plánovanej zdravotnej starostlivosti do 12 mesiacov odo dňa zaradenia poistenca do zoznamu.

(2) Zdravotná poisťovňa oznámi poskytovateľovi všetky potrebné údaje o poistencovi najmenej mesiac pred jeho plánovaným vyradením zo zoznamu na základe vytvoreného poradia.

(3) Poskytovateľ oznámi poistencovi najneskôr do piatich pracovných dní odo dňa doručenia oznámenia zdravotnej poisťovne podľa odseku 2 termín plánovaného nástupu na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti.

(4) Ak poistenec po výzve poskytovateľa podľa odseku 3 nemôže z objektívnych dôvodov nastúpiť na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti, oznámi písomne túto skutočnosť, ihneď po zistení, poskytovateľovi a zdravotnej poisťovni.

(5) Za objektívne dôvody podľa odseku 4, ktoré opodstatňujú dočasný odklad poskytnutia plánovanej zdravotnej starostlivosti, sa považujú

- a) medicínske dôvody, najmä existencia súbežnej choroby, ktorá musí byť liečená prednostne, dočasné zdravotné komplikácie ako je nachladnutie, horúčka, problémy s krvným tlakom,
- b) závažné rodinné dôvody ako je úmrtie člena rodiny, hospitalizácia iného člena rodiny, opatrovanie člena rodiny alebo rodičov poistenca.
- c) iné dôvody, ktoré zdravotná poisťovňa uzná ako oprávnené.

(6) Ak poistenec nenastúpi na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti na základe výzvy poskytovateľa podľa odseku 3, poskytovateľ túto skutočnosť bezodkladne oznámi zdravotnej poisťovni. Zdravotná poisťovňa písomne vyzve poistenca, aby sa do 10 dní od doručenia písomnej výzvy vyjadril ku dôvodom nenastúpenia na plánovanú zdravotnú starostlivosť.

(7) Ak poistenec neuvedie dostatočné dôvody nenastúpenia na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti podľa odsekov 5 a 6, zdravotná poisťovňa ho presunie na koniec zoznamu.

§ 10

(1) Zdravotná poisťovňa vyradí poistenca zo zoznamu aj vtedy, ak

- a) poistenec o to písomne požiadal,
- b) poistenec zomrel, alebo bol vyhlásený za mŕtveho,
- c) zdravotná poisťovňa prestala byť príslušnou zdravotnou poisťovňou poistenca.

(2) Vyradenie poistenca podľa odseku 1 sa vykoná ku dňu vzniku tejto skutočnosti.

(3) Ak zdravotná poisťovňa vyradí poistenca zo zoznamu podľa odseku 1 písm. a) a c), písomne oznámi túto skutočnosť poistencovi do 24 hodín od jeho vyradenia zo zoznamu.

§ 11

(1) Ak je poistenec zaradený do zoznamu v súvislosti s tou istou chorobou na základe návrhov od viacerých poskytovateľov, zdravotná poisťovňa mu ponechá poradie v zozname, ktoré zodpovedá doručeniu návrhu podľa najaktuálnejšieho dátumu. Uvedené sa oznámi písomne poistencovi do 5 dní odo dňa zistenia tejto skutočnosti.

(2) Zdravotná poisťovňa vykonáva kontroly súbehov zaradenia poistencov vo viacerých zoznamoch pravidelne najmenej raz za mesiac.

§ 12

(1) Ak poistenec vedený v zozname na konkrétnu chorobu zmenil zdravotnú poisťovňu, zdravotná poisťovňa, ktorú si vybral (ďalej len „nová zdravotná poisťovňa“), ak vedie zoznam na túto chorobu, zaradí poistenca na koniec zoznamu. Za dátum zaradenia v zozname sa považuje dátum, kedy sa nová zdravotná poisťovňa stala jeho príslušnou zdravotnou poisťovňou.

(2) Nová zdravotná poisťovňa nezarádi poistenca do zoznamu, ak si poistenec zvolil poskytovateľa, ktorý nie je zmluvným poskytovateľom novej zdravotnej poisťovne a nová zdravotná poisťovňa nesúhlasila s poskytnutím príspevku podľa osobitného predpisu.¹³⁾

§ 13

(1) Zdravotná poisťovňa vedie evidenciu neodkladnej zdravotnej starostlivosti podľa chorôb, na ktoré vedie zoznamy podľa § 3 ods. 1.

(2) Poskytovateľ oznamuje zdravotnej poisťovni údaje o neodkladnej zdravotnej starostlivosti podľa odseku 1 v štruktúre uvedenej v prílohe č. 3 raz mesačne do 20. dňa nasledujúceho kalendárneho mesiaca.

(3) Zdravotná poisťovňa v evidencii neodkladnej zdravotnej starostlivosti podľa odseku 1 zaznamenáva aj údaje o poistencoch, ktorí boli pôvodne zaradení v zozname, ale na základe zmeny ich zdravotného stavu bolo nevyhnutné poskytnutie neodkladnej zdravotnej starostlivosti.¹¹⁾

§ 14

- (1) Zdravotná poisťovňa informuje poistenca o jeho
- zaradení do zoznamu najneskôr do dňa nasledujúceho po dvoch mesiacoch od doručenia návrhu zdravotnej poisťovni,
 - poradí v zozname a iných údajoch v súvislosti s vedením v zozname kedykoľvek na požiadanie,
 - vyradení a o dôvodoch vyradenia zo zoznamu bezodkladne.

¹³⁾ § 42 ods. 1 až 3 zákona č. 577/2004 Z. z. v znení zákona č. 347/2005 Z. z.

(2) Zdravotná poisťovňa informuje poistenca o údajoch podľa odseku 1 písm. a) a c) písomne.

(3) Zdravotná poisťovňa informuje poistenca o údajoch podľa odseku 1 aj

- a) na základe jeho osobného vyžiadania v zdravotnej poisťovni,
- b) prostredníctvom osobného účtu.

§ 15

(1) Zdravotná poisťovňa poskytuje úradu zo zoznamu najmä tieto údaje:

- a) počet poistencov zaradených do zoznamu na začiatku mesiaca,
- b) počet poistencov zaradených v zozname na konci mesiaca,
- c) počet zaradených poistencov do zoznamu v priebehu mesiaca,
- d) počet vyradených poistencov zo zoznamu za mesiac v členení podľa dôvodov vyradenia, a to
 - 1. na základe vytvoreného poradia,
 - 2. na základe poskytnutia neodkladnej zdravotnej starostlivosti v súvislosti s chorobou, na ktorú boli vedení v zozname,
 - 3. z iných dôvodov.

(2) Zdravotná poisťovňa zasiela úradu údaje podľa odseku 1 raz mesačne, vždy do 20. dňa nasledujúceho kalendárneho mesiaca, elektronicky.

§ 16

Zdravotná poisťovňa tvorí technické rezervy na úhradu za plánovanú zdravotnú starostlivosť pre poistencov zaradených v zozname viac ako dva mesiace od dátumu zaradenia vo výške 100% predpokladaných nákladov na túto plánovanú zdravotnú starostlivosť.

§ 17

Táto vyhláška nadobúda účinnosť 1. októbra 2006.

Návrh na zaradenie poistenca do zoznamu poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti

Záhlavie : Názov a sídlo zdravotnej poisťovne, logo zdravotnej poisťovne,
Názov, sídlo a kód poskytovateľa

Štruktúra údajov :

- a) meno, priezvisko a rodné číslo poistenca,
- b) kód a názov choroby,
- c) kód a názov plánovaného zdravotného výkonu⁶⁾ (ak sa jedná o presne definovaný zdravotný výkon v súvislosti s chorobou),
- d) kód a názov zdravotníckej pomôcky (ak sa plánuje použiť),
- e) kód a názov medicínskej odbornosti, v rámci ktorej sa má plánovaná zdravotná starostlivosť poskytnúť (klasifikácia podľa Národného centra zdravotníckych informácií),
- f) kód a názov oddelenia, na ktorom sa má plánovaná zdravotná starostlivosť poskytnúť (ak sa jedná o hospitalizáciu),
- g) stručný popis zdravotných dôvodov, na základe ktorých poskytovateľ navrhuje zaradenie poistenca do zoznamu,
- h) predpokladaný dátum poskytnutia plánovanej zdravotnej starostlivosti (ak je možné ho odhadnúť),
- i) miesto, dátum a čas vypísania návrhu,
- j) meno, priezvisko, kód, podpis zodpovedného lekára, ktorý navrhuje zaradenie poistenca do zoznamu,
- k) súhlas poistenca s manažovaním (poistenec vyznačí súhlas),
- l) súhlas poistenca s poskytnutím plánovanej zdravotnej starostlivosti (vyjadrením „súhlasím“),
- m) podpis poistenca alebo zákonného zástupcu.¹⁴⁾

Kontakt :

telefón a e-mailová adresa na odbor alebo pracovníka zdravotnej poisťovne, ktorý poskytne poistencovi alebo jeho zákonnému zástupcovi na jeho žiadosť informácie v súvislosti s jeho vedením v zozname

¹⁴⁾ § 6 zákona č. 576/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.

Obsah dávky

Záhlavie dávky obsahuje

- a) dátum odoslania dávky,
- b) názov a kód poskytovateľa,
- c) kód zdravotnej poisťovne (pobočky zdravotnej poisťovne poistenca),
- d) kód choroby podľa MKCH-10.

Telo dávky obsahuje údaje o jednotlivých poistencoch, a to v štruktúre:

- a) poradové číslo poistenca podľa času vyhotovenia návrhu v rámci dňa, za ktorý sa vyhotovuje dávka,
- b) čas vyhotovenia návrhu,
- c) meno, priezvisko a rodné číslo poistenca,
- d) kód a názov plánovaného zdravotného výkonu⁶⁾ (ak sa jedná o presne definovaný zdravotný výkon v súvislosti s chorobou),
- e) kód a názov zdravotníckej pomôcky (ak sa plánuje použiť),
- f) kód a názov medicínskej odbornosti, v rámci ktorej sa má plánovaná zdravotná starostlivosť poskytnúť (klasifikácia podľa Národného centra zdravotníckych informácií),
- g) kód a názov oddelenia, na ktorom sa má plánovaná zdravotná starostlivosť poskytnúť (ak sa jedná o hospitalizáciu),
- h) predpokladaný dátum poskytnutia plánovaného zdravotného výkonu (ak je možné ho odhadnúť),
- i) kód, meno a priezvisko zodpovedného lekára, ktorý vyhotovil návrh,
- j) súhlas alebo nesúhlas poistenca s manažovaním.

