540/2021 Z. z.

Časová verzia predpisu účinná od 01.01.2024

540

ZÁKON

zo 14. decembra 2021

o kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov

Národná rada Slovenskej republiky sa uzniesla na tomto zákone:

Čl. I

Základné ustanovenia

§ 1

Tento zákon ustanovuje

a) kategorizáciu ústavnej zdravotnej starostlivosti[1]) (ďalej len „ústavná starostlivosť“),

b) podmienky kategorizácie ústavnej starostlivosti,

c) podmienky pre tvorbu siete kategorizovaných nemocníc (ďalej len „sieť“),

d) kategorizáciu nemocníc,[2])

e) vyhodnotenie siete,

f) konania pri kategorizácii nemocníc,

g) povinnosti zdravotnej poisťovne pri kategorizácii ústavnej starostlivosti a pri vedení zoznamu poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti (ďalej len „zoznam čakajúcich poistencov“),

h) povinnosti poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, ktorý je držiteľom povolenia na prevádzkovanie všeobecnej nemocnice alebo povolenia na prevádzkovanie špecializovanej nemocnice[3]) (ďalej len „prevádzkovateľ nemocnice“) pri kategorizácii nemocníc a pri zozname čakajúcich poistencov,

i) povinnosti poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, ktorý je držiteľom povolenia na prevádzkovanie zariadenia na poskytovanie jednodňovej zdravotnej starostlivosti, ktorý má uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti[6]) a ktorý poskytuje zdravotnú starostlivosť, pre ktorú bol kategorizáciou ústavnej starostlivosti ustanovený minimálny počet

medicínskych služieb (ďalej len „poskytovateľ jednodňovej zdravotnej starostlivosti“) pri zozname čakajúcich poistencov,

j) správne delikty.

§ 2

(1) Medicínska služba je ústavná starostlivosť uhrádzaná na základe verejného zdravotného poistenia poskytnutá poistencovi počas pobytu v nemocnici, zoskupená podľa zdravotných výkonov pre klasifikačný systém diagnosticko-terapeutických skupín[4]) (ďalej len „klasifikačný systém“), kódov chorôb, iných charakteristík poskytnutej zdravotnej starostlivosti, alebo iných charakteristík poistenca. Medicínska služba môže mať rôzne úrovne a rozdeľuje sa na povinnú medicínsku službu a nepovinnú medicínsku službu. Úroveň medicínskej služby je ustanovená kategorizáciou ústavnej starostlivosti ako minimálna úroveň medicínskeho programu (ďalej len „program“), v rámci ktorého je možné medicínsku službu poskytovať, a ustanovuje sa osobitne pre deti a osobitne pre dospelých.

(2) Poistencom sa na účely tohto zákona rozumie fyzická osoba verejne zdravotne poistená podľa osobitného zákona[5]) a fyzická osoba poistená v inom členskom štáte Európskej únie alebo v zmluvnom štáte Dohody o Európskom hospodárskom priestore a vo Švajčiarskej konfederácii (ďalej len „členský štát“).

(3) Program je zoskupenie vecne súvisiacich medicínskych služieb, môže mať rôzne úrovne a rozdeľuje sa na povinný program, nepovinný program a doplnkový program. Úroveň programu je ustanovená kategorizáciou ústavnej starostlivosti. Rozsah poskytovanej ústavnej starostlivosti programu príslušnej úrovne je určený zoznamom medicínskych služieb zaradených do programu, ktoré majú určenú rovnakú alebo nižšiu úroveň medicínskej služby.

(4) Programový profil je rozsah poskytovania ústavnej starostlivosti ustanovený kategorizáciou ústavnej starostlivosti pre každú úroveň nemocnice a tvorí ho zoznam povinných programov, nepovinných programov a doplnkových programov a ich úrovní.

(5) Potreba ústavnej starostlivosti je celkový objem medicínskych služieb, ktorými sa zabezpečí predpokladaná ústavná starostlivosť pre poistencov príslušného územia. Potreba ústavnej starostlivosti je určená počtom poskytnutých medicínskych služieb v nemocniciach uvedených v zozname kategorizovaných nemocníc podľa § 11 a u poskytovateľa jednodňovej zdravotnej starostlivosti, v predchádzajúcom roku pre každý program v programovom profile navýšeným o počet poistencov zaradených v zozname čakajúcich poistencov (§ 40), so zohľadnením prípadnej krízovej situácie v predchádzajúcom kalendárnom roku, ako aj predpokladanej budúcej potreby ústavnej starostlivosti ovplyvnenej vývojom v demografii, chorobnosti a liečebných postupoch. Krízová situácia na účely toho zákona je výnimočný stav, núdzový stav alebo mimoriadna situácia vyhlásené vládou Slovenskej republiky.[7])

(6) Podmienky kategorizácie ústavnej starostlivosti sú podmienky ustanovené kategorizáciou ústavnej starostlivosti (§ 4 ods. 3), ktoré musí spĺňať prevádzkovateľ nemocnice pri poskytovaní programov v nemocnici.

(7) Časová dostupnosť ústavnej starostlivosti je maximálny čas ustanovený kategorizáciou ústavnej starostlivosti medzi indikáciou poskytnutia medicínskej služby lekárom zdravotníckeho zariadenia ústavnej starostlivosti[8]) alebo lekárom poskytovateľa jednodňovej zdravotnej starostlivosti a poskytnutím medicínskej služby v nemocnici alebo u poskytovateľa jednodňovej

zdravotnej starostlivosti určený v dňoch pre medicínsku službu, ktorej poskytnutie je z dôvodu verejného záujmu potrebné plánovať tak, aby poistencom k nej bol zabezpečený dostatočný, trvalý a vyvážený prístup.

(8) Plánovanou zdravotnou starostlivosťou (ďalej len „plánovaná starostlivosť“) sa na účely tohto zákona rozumie poskytnutie medicínskej služby, pre ktorú je kategorizáciou ústavnej starostlivosti ustanovená časová dostupnosť ústavnej starostlivosti, v lehote plánovanej starostlivosti určenej prevádzkovateľom nemocnice alebo poskytovateľom jednodňovej zdravotnej starostlivosti.

(9) Lehota plánovanej starostlivosti je lehota určená lekárom, ktorý indikoval plánovanú starostlivosť, a ktorá musí vychádzať z objektívneho lekárskeho posúdenia zdravotného stavu osoby v čase indikácie, jeho anamnézy a pravdepodobného priebehu jeho choroby, bolestivosti alebo povahy jeho ochorenia a kapacitných možností zdravotníckeho zariadenia. Lehota plánovanej starostlivosti v rámci liečebného postupu musí predstavovať medicínsky prijateľnú dobu s ohľadom na zdravotný stav a klinické potreby pacienta a spravidla nesmie prekročiť časovú dostupnosť ústavnej starostlivosti určenú pre túto medicínsku službu. Lehota plánovanej starostlivosti sa zapisuje do zdravotnej dokumentácie poistenca. Lehota plánovanej starostlivosti začína plynúť dňom vyhotovenia návrhu na plánovanú starostlivosť lekárom zdravotníckeho zariadenia ústavnej starostlivosti[8]) alebo lekárom poskytovateľa jednodňovej zdravotnej starostlivosti. Lekár nemôže odmietnuť vystaviť osobe návrh na plánovanú starostlivosť iba na základe dôvodu, že predpokladaný dátum poskytnutia plánovanej starostlivosti by prekročil časovú dostupnosť ústavnej starostlivosti.

(10) Sieť tvoria nemocnice uvedené v zozname kategorizovaných nemocníc podľa § 11.

(11) Podmienky pre tvorbu siete sú podmienky ustanovené týmto zákonom (§ 8), na základe ktorých Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky (ďalej len „ministerstvo zdravotníctva“) rozhoduje o zaradení nemocnice do siete.

(12) Geografická dostupnosť ústavnej starostlivosti je vzdialenosť z miesta prechodného pobytu poistenca, a ak ho poistenec nemá, tak z miesta jeho trvalého pobytu, do najbližšej nemocnice príslušnej úrovne vyjadrená časom dojazdu. Časom dojazdu sa na účely tohto zákona rozumie čas v minútach zaokrúhlený na dve desatinné miesta, ktorý zodpovedá efektívnej dostupnosti miesta poskytovania ústavnej starostlivosti minimálne pre 90 % populácie v spádovom území motorovým vozidlom rýchlosťou jazdy, ktorá je primeraná typu pozemnej komunikácie a je v súlade s osobitnými predpismi.[9])

(13) Spádové územie nemocnice na účely tohto zákona je časť územia Slovenskej republiky, v ktorom sa nachádza pevný bod a je tvorené obcami, pre ktoré je nemocnica najbližšou nemocnicou danej úrovne. Pevný bod na účely tohto zákona je mesto alebo obec, kde sa nachádza nemocnica.

(14) Nemocnica zaradená do siete je nemocnica, ktorá poskytuje ústavnú starostlivosť v rozsahu vymedzenom programovým profilom ustanovenej úrovne a ktorá bola rozhodnutím ministerstva zdravotníctva zaradená do siete.

(15) Úrovne nemocníc, úrovne programov a úrovne medicínskych služieb sú V. úroveň, IV. úroveň, III. úroveň, II. úroveň a I. úroveň; V. úroveň predstavuje najvyššiu úroveň a I. úroveň predstavuje najnižšiu úroveň.

(16) Podmienené zaradenie je zaradenie nemocnice do siete, pri ktorom je stanovené prechodné obdobie, počas ktorého musí prevádzkovateľ nemocnice v nemocnici podmienene zaradenej do siete preukázať plnenie podmienok kategorizácie ústavnej starostlivosti.

(17) Povinný program je program, ktorý musí poskytovať prevádzkovateľ nemocnice v nemocnici zaradenej do siete v rozsahu vymedzenom programovým profilom pre stanovenú úroveň nemocnice.

(18) Nepovinný program je program, ktorý môže poskytovať prevádzkovateľ nemocnice v nemocnici v rozsahu vymedzenom programovým profilom pre stanovenú úroveň nemocnice.

(19) Doplnkový program je program rovnakej úrovne alebo program vyššej úrovne, ktorý môže poskytovať prevádzkovateľ nemocnice v nemocnici zaradenej do siete a o ktorého poskytovaní rozhodlo ministerstvo zdravotníctva.

(20) Hlavná nemocnica je nemocnica zaradená do siete, ktorá v spolupráci s partnerskou nemocnicou plní celý rozsah povinných programov v rámci programového profilu.

(21) Partnerská nemocnica je nemocnica, ktorá dopĺňa celý rozsah povinných programov v rámci programového profilu hlavnej nemocnice.

§ 3

Pôsobnosť ministerstva zdravotníctva

(1) Ministerstvo zdravotníctva

a) v rámci kategorizácie ústavnej starostlivosti

1. riadi a odborne usmerňuje činnosti spojené s kategorizáciou ústavnej starostlivosti,

2. zisťuje presne a úplne skutočný stav veci a na ten účel si obstaráva potrebné podklady na rozhodovanie,

b) pri kategorizácii nemocníc vydáva v prvom stupni rozhodnutia v konaniach pri kategorizácii nemocníc

1. o podmienenom zaradení nemocnice do siete,

2. o podmienenom zvýšení úrovne nemocnice zaradenej do siete,

3. o podmienenom poskytovaní doplnkového programu,

4. o riadnom zaradení nemocnice do siete,

5. o riadnom zvýšení úrovne nemocnice zaradenej do siete,

6. o riadnom poskytovaní doplnkového programu,

7. o zmene údajov o mieste prevádzkovania, o počte lôžok a o rozdelení povinných programov medzi hlavnou nemocnicou a partnerskou nemocnicou,

8. o znížení úrovne nemocnice zaradenej do siete,

9. o zrušení doplnkového programu,

10. o vyradení nemocnice zo siete,

c) zverejňuje na svojom webovom sídle

1. rozhodnutia podľa § 31 a § 36 na účely kategorizácie ústavnej starostlivosti (§ 4), vyhodnotenia siete (§ 9) a kategorizácie nemocníc (§ 10); osobné údaje v rozhodnutiach sa nezverejňujú,

2. žiadosti účastníkov konania pri kategorizácii nemocníc podľa § 12 až 14 na účely kategorizácie ústavnej starostlivosti (§ 4), vyhodnotenia siete (§ 9) a kategorizácie nemocníc (§ 10); osobné údaje v žiadostiach sa nezverejňujú,

3. námietky účastníkov konania podľa § 33 ods. 3 na účel kategorizácie nemocníc (§ 10); osobné údaje v námietkach sa nezverejňujú,

4. štruktúru údajov od zdravotných poisťovní podľa § 39 ods. 2 a § 40 ods. 18,

5. výsledky vyhodnotenia siete podľa § 9,

6. zoznam kategorizovaných nemocníc podľa § 11,

7. mená a priezviská členov orgánov podľa odseku 2 písm. a),

8. odborné stanovisko Kategorizačnej komisie pre ústavnú zdravotnú starostlivosť (ďalej len „kategorizačná komisia pre ústavnú starostlivosť“) podľa § 4 ods. 7,

9. odborné posúdenie Komisie pre tvorbu siete kategorizovaných nemocníc (ďalej len „komisia pre tvorbu siete“) podľa odseku 4,

10. stanovisko k námietkam Rady pre tvorbu siete kategorizovaných nemocníc (ďalej len „rada pre tvorbu siete“) podľa odseku 5,

11. informácie o vylúčení členov orgánov podľa odseku 2 písm. a),

12. rozhodnutia ministra zdravotníctva Slovenskej republiky (ďalej len „minister zdravotníctva“) o vylúčení člena orgánu podľa odseku 2 písm. a) spolu s odôvodnením,

13. rozhodnutia ministra zdravotníctva o odvolaní člena orgánu podľa odseku 2 písm. a) spolu s odôvodnením,

d) spracúva údaje podľa osobitného zákona[10]) na účely tohto zákona.

(2) Minister zdravotníctva
a) zriadi

1. pre kategorizáciu ústavnej starostlivosti kategorizačnú komisiu pre ústavnú starostlivosť,

2. pre konania pri kategorizácii nemocníc v prvom stupni komisiu pre tvorbu siete,

3. pre konanie o námietkach pri kategorizácii nemocníc v druhom stupni radu pre tvorbu siete,

b) môže zriadiť odborné pracovné skupiny na vypracúvanie odborných podkladov pre orgán podľa písmena a) druhého bodu,

c) zbavuje povinnosti zachovávať mlčanlivosť člena orgánov podľa písmena a),

d) rozhoduje v konaniach pri kategorizácii nemocníc

1. o námietkach,

2. o preskúmaní rozhodnutia mimo konania o námietkach.

(3) Kategorizačná komisia pre ústavnú starostlivosť má trinásť členov, ktorých vymenúva a odvoláva minister zdravotníctva tak, aby v jej zložení boli zastúpení

a) traja členovia navrhnutí ministerstvom zdravotníctva,

b) traja členovia navrhnutí zdravotnými poisťovňami,

c) traja členovia navrhnutí odbornými spoločnosťami podľa špecializácie v príslušnom špecializačnom odbore zaraďovanej ústavnej starostlivosti do programov,

d) dvaja členovia navrhnutí združeniami zastupujúcimi poskytovateľov zdravotnej starostlivosti pri uzatváraní zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti,

e) jeden člen navrhnutý neziskovou pacientskou organizáciou združujúcou pacientske organizácie,

f) jeden člen navrhnutý Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej len „úrad pre dohľad“).

(4) Komisia pre tvorbu siete predkladá ministerstvu zdravotníctva písomné odborné posúdenie v konaniach pri kategorizácii nemocníc a pri vyhodnotení siete podľa § 9, ktoré obsahuje odborné posúdenie veci s odôvodnením podľa podmienok ustanovených týmto zákonom. Odborné posúdenie je pre ministerstvo zdravotníctva záväzné. Odborné posúdenie je schválené na základe hlasovania, na ktorom sa zhodla nadpolovičná väčšina všetkých jej členov. Odborné posúdenie sa zverejňuje na webovom sídle ministerstva zdravotníctva. V odbornom posúdení komisie pre tvorbu siete sa uvedú mená a priezviská jej členov, ktorí sa na odbornom posúdení veci zúčastnili. Člen komisie pre tvorbu siete, ktorý nesúhlasí s odporúčaním väčšiny jej členov, je povinný pripojiť svoje rozdielne stanovisko spolu s odôvodnením k tomuto odbornému posúdeniu.

(5) Rada pre tvorbu siete predkladá ministrovi zdravotníctva písomné stanovisko k námietkam podaným účastníkmi konania. Stanovisko k námietkam je schválené na základe hlasovania, na ktorom sa zhodla trojpätinová väčšina všetkých členov rady pre tvorbu siete. Stanovisko k námietkam sa zverejňuje na webovom sídle ministerstva zdravotníctva. V stanovisku k námietkam sa uvedú mená a priezviská jej členov, ktorí sa na schvaľovaní stanoviska k námietkam zúčastnili. Člen rady pre tvorbu siete, ktorý nesúhlasí so stanoviskom k námietkam väčšiny jej členov, je povinný pripojiť svoje rozdielne stanovisko k tomuto stanovisku k námietkam.

(6) Každý z orgánov podľa odseku 2 písm. a) druhého bodu a tretieho bodu má deväť členov, ktorých vymenúva a odvoláva minister zdravotníctva tak, aby v jeho zložení boli zastúpení

a) jeden člen navrhnutý ministerstvom zdravotníctva,

b) traja členovia navrhnutí zdravotnými poisťovňami,

c) dvaja členovia navrhnutí združeniami zastupujúcimi poskytovateľov zdravotnej starostlivosti pri uzatváraní zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti,

d) jeden člen navrhnutý vyššími územnými celkami,

e) jeden člen navrhnutý neziskovou pacientskou organizáciou združujúcou pacientske organizácie,

f) jeden člen navrhnutý úradom pre dohľad.

(7) Funkcia člena komisie pre tvorbu siete nie je zlučiteľná s funkciou člena rady pre tvorbu siete. Podrobnosti o vymenúvaní a odvolávaní členov orgánov podľa odseku 2 písm. a) a ich činnosti upravia štatúty, ktoré schvaľuje minister zdravotníctva. Orgány podľa odseku 2 písm. a) si môžu zriaďovať pracovné skupiny.

(8) Člen orgánu podľa odseku 2 písm. a) je povinný dodržiavať mlčanlivosť o všetkých skutočnostiach, o ktorých sa dozvedel v súvislosti s jeho členstvom v orgáne, ak nie je tejto povinnosti zbavený ministrom zdravotníctva. Povinnosť mlčanlivosti trvá počas členstva v orgáne a rok od zániku členstva v orgáne.

§ 4

Kategorizácia ústavnej starostlivosti

(1) O zaradení ústavnej starostlivosti do medicínskych služieb a ich úrovní, o zaradení medicínskych služieb do programov a ich úrovní, o programových profiloch pre každú úroveň nemocnice a o podmienkach kategorizácie ústavnej starostlivosti rozhoduje ministerstvo zdravotníctva kategorizáciou ústavnej starostlivosti na základe záväzného odborného stanoviska kategorizačnej komisie pre ústavnú starostlivosť.

(2) Kategorizáciou ústavnej starostlivosti ministerstvo zdravotníctva
a) ustanoví

1. programový profil pre každú úroveň nemocnice,

2. spôsob určenia medicínskej služby,

3. zoznam medicínskych služieb, a pre každú medicínsku službu zaradenie medicínskej služby do programu, úroveň medicínskej služby a označenie, či je medicínska služba povinná, nepovinná alebo doplnková,

4. indikátory kvality pre ústavnú starostlivosť a ich cieľové hodnoty,

5. časovú dostupnosť ústavnej starostlivosti; časová dostupnosť ústavnej starostlivosti sa nesmie stanoviť pre neodkladnú zdravotnú starostlivosť,

b) môže ustanoviť pre každý program

1. špeciálne personálne zabezpečenie, ktoré rozširuje personálne zabezpečenie podľa osobitného predpisu[11]) (ďalej len „špeciálne personálne zabezpečenie“),

2. špeciálne materiálno-technické vybavenie, ktoré rozširuje minimálne materiálno-technické vybavenie podľa osobitného predpisu[11]) (ďalej len „špeciálne materiálno-technické vybavenie“),

3. iné programy alebo medicínske služby, ktoré sa musia v nemocnici poskytovať súčasne,

c) môže ustanoviť pre každú medicínsku službu

1. minimálny počet medicínskych služieb, ktoré sa musia v nemocnici alebo u poskytovateľa jednodňovej zdravotnej starostlivosti vykonať alebo ktoré musí lekár vykonať v kalendárnom roku,

2. indikačné kritériá pre poskytovanie ústavnej starostlivosti v nemocnici (ďalej len „hospitalizácia“),

3. podmienky pre poskytnutie diagnostiky a liečby počas hospitalizácie,

4. podmienky pre prepustenie poistenca z hospitalizácie,

5. podmienky pre prepravu poistenca medzi nemocnicami,

6. indikátory kvality pre ústavnú starostlivosť a ich cieľové hodnoty,

7. špeciálne personálne zabezpečenie,

8. špeciálne materiálno-technické vybavenie,

9. iné programy alebo medicínske služby, ktoré sa musia v nemocnici poskytovať súčasne.

(3) Podmienkami kategorizácie ústavnej starostlivosti sú

a) poskytovanie všetkých povinných programov a doplnkových programov v rozsahu programového profilu,

b) poskytovanie všetkých povinných medicínskych služieb v rozsahu povinných programov a doplnkových programov,

c) splnenie podmienok v rozsahu

1. odseku 2 písm. a) štvrtého bodu,

2. odseku 2 písm. b), ak boli ustanovené kategorizáciou ústavnej starostlivosti, a

3. odseku 2 písm. c), ak boli ustanovené kategorizáciou ústavnej starostlivosti.

(4) Ministerstvo zdravotníctva môže kategorizáciou ústavnej starostlivosti ustanoviť prechodné obdobie na splnenie podmienok kategorizácie ústavnej starostlivosti. Prechodné obdobie na splnenie podmienok kategorizácie ústavnej starostlivosti pre rozšírenie rozsahu povinných programov v programovom profile úrovne, rozšírenie rozsahu povinných medicínskych služieb, rozšírenie rozsahu špeciálneho personálneho zabezpečenia a rozšírenie rozsahu špeciálneho materiálno-technického vybavenia nesmie byť kratšie ako 12 mesiacov.

(5) Návrh na zmeny kategorizácie ústavnej starostlivosti podľa odseku 2 môžu zaslať zdravotné poisťovne, komory,[12]) odborné spoločnosti v zdravotníctve, združenia zastupujúce

poskytovateľov zdravotnej starostlivosti pri uzatváraní zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, pacientske organizácie alebo úrad pre dohľad ministerstvu zdravotníctva každoročne do 31. marca v elektronicky spracovateľnej podobe podľa štruktúry zverejnenej na webovom sídle ministerstva zdravotníctva. Návrh na zmeny kategorizácie ústavnej starostlivosti môže vypracovať aj ministerstvo zdravotníctva.

(6) Ministerstvo zdravotníctva predloží zosumarizované návrhy podľa odseku 5 v elektronicky spracovateľnej podobe kategorizačnej komisii pre ústavnú starostlivosť každoročne do 30. apríla.

(7) Kategorizačná komisia pre ústavnú starostlivosť pripraví odborné stanovisko a spôsob zapracovania zmien do kategorizácie ústavnej starostlivosti. Odborné stanovisko je pre ministerstvo zdravotníctva záväzné. Kategorizačná komisia pre ústavnú starostlivosť zašle odborné stanovisko ministerstvu zdravotníctva v elektronicky spracovateľnej podobe každoročne do 15. augusta, za účelom vydania všeobecne záväzného právneho predpisu podľa § 44 ods. 2. Odborné stanovisko ministerstvo zdravotníctva bezodkladne zverejní na svojom webovom sídle.

§ 5

Medicínska služba

(1) Spôsob určenia medicínskej služby sa kategorizáciou ústavnej starostlivosti ustanoví na základe

a) poskytnutého zdravotného výkonu zo zoznamu zdravotných výkonov pre klasifikačný systém,

b) poskytnutého zdravotného výkonu v zariadení na poskytovanie jednodňovej zdravotnej starostlivosti,[13])

c) hlavnej choroby a vedľajšej choroby poistenca,

d) veku poistenca,

e) hmotnosti poistenca pri prijatí na hospitalizáciu, ak ide o dieťa do jedného roku veku,

f) ďalších údajov o poskytnutej ústavnej starostlivosti vykázaných pre klasifikačný systém.

(2) Úroveň medicínskej služby sa ustanoví s prihliadnutím na

a) skutočnosť, či je medicínska služba neodkladnou zdravotnou starostlivosťou,[14])

b) medicínsku náročnosť medicínskej služby vyjadrenú špecializáciou lekára, dĺžkou jeho odbornej praxe a mierou potrebnej zručnosti pri poskytovaní medicínskej služby,

c) potrebu ústavnej starostlivosti (§ 2 ods. 5),

d) finančnú udržateľnosť a finančnú náročnosť na špeciálne personálne zabezpečenie a špeciálne materiálno-technické vybavenie pri zohľadnení efektívneho hospodárenia s prostriedkami verejného zdravotného poistenia,

e) potrebný rozsah inej zdravotnej starostlivosti, ktorý sa musí v nemocnici poskytovať súčasne.

§ 6

Programový profil

Ministerstvo zdravotníctva kategorizáciou ústavnej starostlivosti ustanoví pre každú úroveň nemocnice programový profil, ktorý obsahuje zoznam

a) povinných programov a ich úrovní,

b) možných nepovinných programov a ich úrovní,

c) možných doplnkových programov a ich úrovní; o vykonávanie doplnkových programov musí prevádzkovateľ nemocnice požiadať ministerstvo zdravotníctva (§ 12).

§ 7

Úrovne nemocníc

(1) Nemocnice sa podľa poskytovania programových profilov rozdeľujú na nemocnice

a) V. úrovne,

b) IV. úrovne,

c) III. úrovne,

d) II. úrovne,

e) I. úrovne.

(2) V nemocnici V. úrovne sa vykonávajú povinné programy ustanovené kategorizáciou ústavnej starostlivosti pre nemocnicu V. úrovne a povinné programy ustanovené kategorizáciou ústavnej starostlivosti pre nemocnice podľa odseku 1 písm. b) až e). Nemocnica V. úrovne môže vykonávať doplnkový program, ktorý bol ustanovený kategorizáciou ústavnej starostlivosti pre nemocnicu V. úrovne, za podmienok ustanovených v § 6 písm. c).

(3) V nemocnici IV. úrovne sa vykonávajú povinné programy ustanovené kategorizáciou ústavnej starostlivosti pre nemocnicu IV. úrovne a povinné programy ustanovené kategorizáciou ústavnej starostlivosti pre nemocnice podľa odseku 1 písm. c) až e). Nemocnica IV. úrovne môže vykonávať doplnkový program, ktorý bol ustanovený kategorizáciou ústavnej starostlivosti pre nemocnicu IV. úrovne, za podmienok ustanovených v § 6 písm. c).

(4) V nemocnici III. úrovne sa vykonávajú povinné programy ustanovené kategorizáciou ústavnej starostlivosti pre nemocnicu III. úrovne a povinné programy ustanovené kategorizáciou ústavnej starostlivosti pre nemocnice podľa odseku 1 písm. d) a e). Nemocnica III. úrovne môže vykonávať doplnkový program, ktorý bol ustanovený kategorizáciou ústavnej starostlivosti pre nemocnicu III. úrovne, za podmienok ustanovených v § 6 písm. c).

(5) V nemocnici II. úrovne sa vykonávajú povinné programy ustanovené kategorizáciou ústavnej starostlivosti pre nemocnicu II. úrovne a povinné programy ustanovené kategorizáciou ústavnej starostlivosti pre nemocnice podľa odseku 1 písm. e). Nemocnica II. úrovne môže vykonávať doplnkový program, ktorý bol ustanovený kategorizáciou ústavnej starostlivosti pre nemocnicu II. úrovne, za podmienok ustanovených v § 6 písm. c).

(6) V nemocnici I. úrovne sa vykonávajú povinné programy ustanovené kategorizáciou ústavnej starostlivosti pre nemocnicu I. úrovne. Nemocnica I. úrovne môže vykonávať doplnkový program, ktorý bol ustanovený kategorizáciou ústavnej starostlivosti pre nemocnicu I. úrovne, za podmienok ustanovených v § 6 písm. c).

§ 8

Podmienky pre tvorbu siete

(1) Podmienky pre tvorbu siete sú:

a) geografická dostupnosť ústavnej starostlivosti,

b) počet poistencov v spádovom území nemocnice,

c) minimálny počet lôžok.[15])

(2) Sieť nemocníc V. úrovne tvoria nemocnice V. úrovne, ktoré plnia podmienky pre tvorbu siete takto:

a) najmenej 90 % poistencov má čas dojazdu do nemocnice V. úrovne do 300 minút a najviac 1,5 % poistencov má čas dojazdu do nemocnice V. úrovne nad 350 minút,

b) každá nemocnica V. úrovne má počet poistencov v spádovom území najmenej 5 000 000 poistencov,

c) súčet lôžok v nemocniciach V. úrovne je vyšší ako minimálny počet lôžok pre V. úroveň ustanovený osobitným predpisom.[15])

(3) Sieť nemocníc IV. úrovne tvoria nemocnice IV. úrovne alebo vyššej úrovne, ktoré plnia podmienky pre tvorbu siete takto:

a) najmenej 90 % poistencov má čas dojazdu do nemocnice IV. úrovne alebo vyššej úrovne do 90 minút a najviac 1,5 % poistencov má čas dojazdu do nemocnice IV. úrovne alebo vyššej úrovne nad 120 minút,

b) každá nemocnica IV. úrovne alebo vyššej úrovne má počet poistencov v spádovom území najmenej 1 400 000 poistencov a najviac 2 000 000 poistencov,

c) súčet lôžok v nemocniciach IV. úrovne alebo vyššej úrovne je vyšší ako minimálny počet lôžok pre IV. úroveň ustanovený osobitným predpisom.[15])

(4) Sieť nemocníc III. úrovne tvoria nemocnice III. úrovne alebo vyššej úrovne, ktoré plnia podmienky pre tvorbu siete takto:

a) najmenej 90 % poistencov má čas dojazdu do nemocnice III. úrovne alebo vyššej úrovne do 60 minút a najviac 1,5 % poistencov má čas dojazdu do nemocnice III. úrovne alebo vyššej úrovne nad 90 minút,

b) každá nemocnica III. úrovne alebo vyššej úrovne má počet poistencov v spádovom území najmenej 450 000 poistencov a najviac 900 000 poistencov,

c) súčet lôžok v nemocniciach III. úrovne alebo vyššej úrovne je vyšší ako minimálny počet lôžok pre III. úroveň ustanovený osobitným predpisom.[15])

(5) Sieť nemocníc II. úrovne tvoria nemocnice II. úrovne alebo vyššej úrovne, ktoré plnia podmienky pre tvorbu siete takto:

a) najmenej 90 % poistencov má čas dojazdu do nemocnice II. úrovne alebo vyššej úrovne do 30 minút a najviac 1,5 % poistencov má čas dojazdu do nemocnice II. úrovne alebo vyššej úrovne nad 45 minút,

b) každá nemocnica II. úrovne alebo vyššej úrovne má počet poistencov v spádovom území najmenej 100 000 poistencov a najviac 220 000 poistencov, ak odseky 6 až 8 neustanovujú inak,

c) súčet lôžok v nemocniciach II. úrovne alebo vyššej úrovne je vyšší ako minimálny počet lôžok pre II. úroveň ustanovený osobitným predpisom.[15])

(6) Ak sa do siete nemocníc II. úrovne zaraďuje nemocnica III. úrovne alebo vyššej úrovne, tak počet poistencov v jej spádovom území môže byť aj viac ako 220 000 poistencov.

(7) Ak by sieť nemocníc II. úrovne vytvorená podľa odseku 5 alebo odseku 6 viedla k tomu, že by čas dojazdu pre niektorý okres presiahol 35 minút, tak sa do siete nemocníc II. úrovne zaradí aj nemocnica, ktorá má počet poistencov v spádovom území menej ako 100 000 poistencov, ale najmenej 75 000 poistencov, a ktorej zaradením klesne čas dojazdu v tomto okrese pod 35 minút.

(8) Ak by sieť nemocníc II. úrovne vytvorená podľa odsekov 5 až 7 viedla k tomu, že by čas dojazdu pre niektorý okres presiahol 45 minút, tak sa do siete nemocníc II. úrovne zaradí aj nemocnica, ktorá má počet poistencov v spádovom území menej ako 75 000 poistencov a ktorej zaradením klesne čas dojazdu v tomto okrese pod 45 minút.

§ 9

Vyhodnotenie siete

(1) Vyhodnotením siete sa rozumie vyhodnotenie splnenia podmienok pre tvorbu siete, vyhodnotenie splnenia podmienok kategorizácie ústavnej starostlivosti nemocnicami zaradenými do siete a zistenie potreby ústavnej starostlivosti. Vyhodnotenie siete vykoná ministerstvo zdravotníctva každoročne do 31. júla z údajov podľa § 3 ods. 1 písm. d), § 37 a 39 za predchádzajúci kalendárny rok.

(2) Ak kategorizácia ústavnej starostlivosti určila minimálne počty medicínskych služieb a v predchádzajúcom kalendárnom roku nastala krízová situácia, minimálne počty medicínskych služieb na účel vyhodnotenia siete sa znižujú o percento, ktoré zodpovedá percentu dní z predchádzajúceho kalendárneho roka, počas ktorých bola krízová situácia.

(3) Ak prevádzkovateľ nemocnice prevádzkuje aj zariadenie na poskytovanie jednodňovej zdravotnej starostlivosti a v nemocnici a v zariadení na poskytovanie jednodňovej zdravotnej starostlivosti sa poskytuje zdravotná starostlivosť, pre ktorú bol kategorizáciou ústavnej starostlivosti ustanovený minimálny počet medicínskych služieb, medicínske služby sa na účel vyhodnotenia siete sčítavajú.

(4) Ministerstvo zdravotníctva vyhotoví návrh vyhodnotenia siete z údajov podľa § 37 a 39 na základe metodiky vyhodnotenia siete podľa § 44 ods. 1 písm. a) a zašle ho komisii pre tvorbu

siete každoročne do 15. júna, ktorá výsledky vyhodnotenia siete odborne posúdi a svoje odborné posúdenie zašle ministerstvu zdravotníctva každoročne do 15. júla.

(5) Výsledky vyhodnotenia siete ministerstvo zdravotníctva zverejní na svojom webovom sídle každoročne do 31. júla v elektronicky spracovateľnej podobe v rozsahu

a) pre každú úroveň

1. vyhodnotenie geografickej dostupnosti ústavnej starostlivosti,

2. vyhodnotenie veľkosti spádového územia pre každú nemocnicu zaradenú do siete,

3. vyhodnotenie zabezpečenia minimálneho počtu lôžok v sieti,

4. vyhodnotenie plnenia verejného záujmu v nemocnici podľa § 10 ods. 4,

5. potreba ústavnej starostlivosti,

b) pre každú nemocnicu

1. názov nemocnice a jej identifikačné číslo,

2. miesto jej prevádzkovania, v ktorom sa poskytuje ústavná starostlivosť,

3. úroveň nemocnice podľa § 7,

4. zoznam partnerských nemocníc, ak s takými nemocnica plní programový profil,

5. počet bodov, ktoré nemocnica dosiahla v každom povinnom programe,

6. počet bodov, ktoré nemocnica dosiahla v každom doplnkovom programe, ak taký vykonáva,

7. počet bodov, ktoré nemocnica dosiahla v každom nepovinnom programe, ak taký vykonáva,

8. vyhodnotenie minimálneho počtu medicínskych služieb, ak bol ustanovený kategorizáciou ústavnej starostlivosti,

9. vyhodnotenie časovej dostupnosti ústavnej starostlivosti, ak bola ustanovená kategorizáciou ústavnej starostlivosti,

10. vyhodnotenie indikátorov kvality pre ústavnú starostlivosť,

11. vyhodnotenie plnenia programového profilu,

12. celkové vyhodnotenie plnenia podmienok kategorizácie ústavnej starostlivosti,

13. zoznam zistených nedostatkov,

14. lehota na odstránenie zistených nedostatkov.

§ 10

Kategorizácia nemocníc

(1) Pri kategorizácii nemocnice ministerstvo zdravotníctva rozhoduje

a) o podmienenom zaradení nemocnice do siete,

b) o riadnom zaradení nemocnice do siete,

c) o úrovni nemocnice podľa § 7,

d) o poskytovaní doplnkových programov,

e) o minimálnom počte lôžok, ktoré sa musia v nemocnici zaradenej do siete zabezpečiť,

f) o vykonávaní povinných programov v rámci programového profilu v spolupráci medzi hlavnou nemocnicou a partnerskou nemocnicou,

g) o lehote na splnenie podmienok pre riadne zaradenie nemocnice do siete, ak sa rozhoduje o podmienenom zaradení nemocnice.

(2) Ministerstvo zdravotníctva podmienene zaradí nemocnicu do siete a podmienene určí úroveň nemocnice, ak sú splnené

a) podmienky pre tvorbu siete a

b) predpoklady na poskytovanie povinných programov v rámci programového profilu, ktorými sú:

1. prevádzkovateľ nemocnice má povolenie na prevádzkovanie všeobecnej nemocnice alebo špecializovanej nemocnice,[3])

2. prevádzkovateľ nemocnice má špeciálne personálne zabezpečenie prislúchajúce k programovému profilu, ktorý bude nemocnica vykonávať,

3. prevádzkovateľ nemocnice má špeciálne materiálno-technické vybavenie prislúchajúce k programovému profilu, ktorý bude nemocnica vykonávať.

(3) Ministerstvo zdravotníctva rozhodne o riadnom zaradení nemocnice do siete a riadne určí úroveň nemocnice, ak

a) sú splnené podmienky pre tvorbu siete a

b) nemocnica splnila v rámci vyhodnotenia siete podmienky kategorizácie ústavnej starostlivosti.

(4) Ministerstvo zdravotníctva zaradí nemocnicu do siete aj v prípade, ak nie sú splnené podmienky pre tvorbu siete a nemocnica plní verejný záujem

a) pri zabezpečovaní ochrany ústavného zriadenia, verejného poriadku, bezpečnosti osôb a majetku a jej zriaďovateľom je Ministerstvo vnútra Slovenskej republiky, alebo

b) obrany Slovenskej republiky a jej zriaďovateľom je Ministerstvo obrany Slovenskej republiky, alebo

c) zabezpečenia ústavnej starostlivosti pre obvinených a odsúdených a jej zriaďovateľom je Ministerstvo spravodlivosti Slovenskej republiky.

(5) Ministerstvo zdravotníctva určí nemocnici podľa odseku 4 úroveň nemocnice (§ 7), pre ktorú nemocnica plní všetky povinné programy, a zároveň jej povolí poskytovanie doplnkových programov, ktoré v žiadosti uviedol prevádzkovateľ nemocnice, a to aj vtedy, ak nemocnica neplní podmienky pre poskytovanie doplnkového programu podľa § 19 ods. 6 až 8. Programy, ktoré sa v tejto nemocnici neposkytujú pre verejnosť, sa nezohľadňujú vo vyhodnotení siete podľa § 9.

(6) Podmienky podľa odseku 3 musí nemocnica podmienene zaradená do siete splniť najneskôr v prechodnom období ustanovenom v rozhodnutí ministerstva zdravotníctva o podmienenom zaradení nemocnice do siete.

(7) Nemocnica I. úrovne sa do siete nezaraďuje; to neplatí ak sa v nemocnici poskytuje doplnkový program schválený ministerstvom zdravotníctva.

§ 11

Zoznam kategorizovaných nemocníc

(1) Ministerstvo zdravotníctva uvedie v zozname kategorizovaných nemocníc pre každú nemocnicu

a) identifikačné údaje o prevádzkovateľovi nemocnice v rozsahu

1. meno, priezvisko, dátum narodenia, adresa trvalého pobytu alebo adresa prechodného pobytu, kód poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, ak bol pridelený, ak ide o fyzickú osobu; ak ide o cudzinca, uvádza sa aj identifikačné číslo cestovného dokladu alebo preukazu totožnosti, adresa trvalého pobytu v cudzine a kontaktná adresa na území Slovenskej republiky,

2. názov, meno a priezvisko, ak sa líši od obchodného mena, miesto podnikania, identifikačné číslo organizácie, kód poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, ak bol pridelený, ak ide o fyzickú osobu – podnikateľa, alebo

3. názov, sídlo, právna forma, identifikačné číslo organizácie, ak je pridelené, kód poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, ak bol pridelený, meno, priezvisko a adresa trvalého pobytu osoby alebo osôb, ktoré sú štatutárnym orgánom prevádzkovateľa nemocnice, ak ide o právnickú osobu,

b) identifikačné údaje nemocnice v rozsahu názov a miesto prevádzkovania,

c) úroveň nemocnice podľa § 7,

d) zoznam povinných programov v rámci programového profilu úrovne nemocnice,

e) zoznam doplnkových programov, ak sa v nemocnici poskytujú,

f) identifikačné údaje hlavnej nemocnice v rozsahu názov a miesto prevádzkovania, ak ide o partnerskú nemocnicu,

g) identifikačné údaje partnerskej nemocnice v rozsahu názov a miesto prevádzkovania, ak ide o hlavnú nemocnicu,

h) informáciu, či ide o nemocnicu podľa § 10 ods. 4 a označenie programov, ktoré sa v tejto nemocnici neposkytujú pre verejnosť,

i) dátum, od ktorého sa v nemocnici začne poskytovať ústavná starostlivosť podľa písmena d) alebo písmena e), ak je tento dátum odlišný od účinnosti zoznamu kategorizovaných nemocníc.

(2) Zoznam kategorizovaných nemocníc zverejňuje ministerstvo zdravotníctva na účely kategorizácie ústavnej starostlivosti (§ 4), vyhodnotenia siete (§ 9) a kategorizácie nemocníc (§ 10) na svojom webovom sídle každoročne do 31. októbra s účinnosťou od 1. januára nasledujúceho kalendárneho roka; osobné údaje v zozname kategorizovaných nemocníc sa nezverejňujú.

(3) Zoznam kategorizovaných nemocníc v rozsahu povinných programov tvorí časť verejnej minimálnej siete poskytovateľov podľa osobitného zákona.[16])

§ 12

Žiadosť o podmienené zaradenie nemocnice do siete, žiadosť o podmienené zvýšenie úrovne nemocnice zaradenej do siete a žiadosť o podmienené poskytovanie doplnkového programu

(1) Žiadosť o podmienené zaradenie nemocnice do siete, žiadosť o podmienené zvýšenie úrovne nemocnice zaradenej do siete a žiadosť o podmienené poskytovanie doplnkového programu podáva ministerstvu zdravotníctva prevádzkovateľ nemocnice za každú nemocnicu osobitne do 30. apríla kalendárneho roka. Žiadosť o podmienené zaradenie nemocnice do siete je oprávnená v lehote podľa prvej vety podať aj fyzická osoba alebo právnická osoba, ktorá podala žiadosť o vydanie povolenia na prevádzkovanie všeobecnej nemocnice alebo špecializovanej nemocnice podľa osobitného predpisu[17]) alebo ktorej bolo vydané územné rozhodnutie na účel výstavby nemocnice[18]) (ďalej len „budúci prevádzkovateľ nemocnice“).

(2) Žiadosť o podmienené zaradenie nemocnice do siete a žiadosť o podmienené zvýšenie úrovne nemocnice obsahujú

a) identifikačné údaje o prevádzkovateľovi nemocnice alebo budúcom prevádzkovateľovi nemocnice v rozsahu podľa § 11 ods. 1 písm. a),

b) názov a miesto prevádzkovania nemocnice alebo budúceho prevádzkovania nemocnice,

c) návrh zoznamu povinných programov v rámci programového profilu,

d) návrh zoznamu doplnkových programov v rámci programového profilu,

e) návrh na zaradenie nemocnice do úrovne nemocnice podľa § 7,

f) počet lôžok,

g) údaje o partnerskej nemocnici v rozsahu údajov podľa písmen a) a b), ak prevádzkovateľ nemocnice alebo budúci prevádzkovateľ nemocnice žiada o podmienené zaradenie hlavnej nemocnice do siete,

h) údaje o hlavnej nemocnici v rozsahu údajov podľa písmen a) a b), ak prevádzkovateľ nemocnice alebo budúci prevádzkovateľ nemocnice žiada o podmienené zaradenie partnerskej nemocnice do siete,

i) návrh rozdelenia povinných programov a doplnkových programov medzi hlavnou nemocnicou a partnerskou nemocnicou, ak prevádzkovateľ nemocnice alebo budúci

prevádzkovateľ nemocnice žiada o podmienené zaradenie hlavnej nemocnice alebo partnerskej nemocnice do siete,

j) informáciu, či ide o nemocnicu podľa § 10 ods. 4 a označenie programov, ktoré sa v tejto nemocnici neposkytujú pre verejnosť,

k) dátum, od ktorého žiada prevádzkovateľ nemocnice alebo budúci prevádzkovateľ nemocnice podmienene zaradiť nemocnicu do siete, podmienene zvýšiť úroveň nemocnice zaradenej do siete alebo podmienene poskytovať doplnkový program; tento dátum nesmie presiahnuť päť rokov odo dňa podania žiadosti.

(3) Žiadosť o podmienené poskytovanie doplnkového programu obsahuje náležitosti podľa odseku 2 písm. a), b), d), f), j) a k).

(4) Žiadateľ k žiadosti o podmienené zaradenie nemocnice do siete, k žiadosti o podmienené zvýšenie úrovne nemocnice zaradenej do siete a k žiadosti o podmienené poskytovanie doplnkového programu priloží

a) doklad o špeciálnom personálnom zabezpečení pre programový profil nemocnice navrhovanej úrovne,

b) doklady o splnení špeciálneho materiálno-technického vybavenia prislúchajúceho k programovému profilu, ktorý bude nemocnica vykonávať, a to

1. doklad o užívacom práve k špeciálnemu materiálno-technickému vybaveniu,

2. zmluvu o budúcej kúpe alebo inom spôsobe nadobudnutia vlastníckeho práva k špeciálnemu materiálno-technickému vybaveniu, alebo

3. doklad o vinkulácii peňažných prostriedkov v banke, pobočke zahraničnej banky alebo v notárskej úschove vo výške zodpovedajúcej požiadavkám na zabezpečenie špeciálneho materiálno-technického vybavenia,

c) projekt stratégie a rozvoja nemocnice,

d) kópiu zmluvy o spolupráci medzi hlavnou nemocnicou a partnerskou nemocnicou [§ 19 ods. 3 písm. c)], ak prevádzkovateľ nemocnice žiada o podmienené zaradenie hlavnej nemocnice alebo partnerskej nemocnice do siete.

§ 13

Žiadosť o zmenu údajov o mieste prevádzkovania, o počte lôžok a o rozdelení povinných programov medzi hlavnou nemocnicou a partnerskou nemocnicou

(1) Žiadosť o zmenu údajov o mieste prevádzkovania, o počte lôžok a o rozdelení povinných programov medzi hlavnou nemocnicou a partnerskou nemocnicou podáva ministerstvu zdravotníctva prevádzkovateľ nemocnice do 30. apríla kalendárneho roka.

(2) Žiadosť o zmenu údajov o mieste prevádzkovania, o počte lôžok a o rozdelení povinných programov medzi hlavnou nemocnicou a partnerskou nemocnicou obsahuje

a) identifikačné údaje o prevádzkovateľovi nemocnice v rozsahu podľa § 11 ods. 1 písm. a),

b) názov a miesto prevádzkovania nemocnice,

c) počet lôžok,

d) údaje o partnerskej nemocnici v rozsahu údajov podľa písmen a) a b),

e) údaje o hlavnej nemocnici v rozsahu údajov podľa písmen a) a b),

f) návrh na nové rozdelenie povinných programov medzi hlavnou nemocnicou a partnerskou nemocnicou, ak je predmetom žiadosti nové rozdelenie povinných programov,

g) dátum, od ktorého žiada prevádzkovateľ nemocnice zmeniť údaje o mieste prevádzkovania, o počte lôžok a o rozdelení povinných programov medzi hlavnou nemocnicou a partnerskou nemocnicou.

§ 14

Žiadosť o zníženie úrovne nemocnice zaradenej do siete, žiadosť o zrušenie doplnkového programu v nemocnici zaradenej do siete a žiadosť o vyradenie nemocnice zo siete

(1) Žiadosť o zníženie úrovne nemocnice zaradenej do siete, žiadosť o zrušenie doplnkového programu v nemocnici zaradenej do siete a žiadosť o vyradenie nemocnice zo siete podáva ministerstvu zdravotníctva prevádzkovateľ nemocnice do 30. apríla kalendárneho roka.

(2) Žiadosť o zníženie úrovne nemocnice zaradenej do siete obsahuje

a) identifikačné údaje o prevádzkovateľovi nemocnice v rozsahu podľa § 11 ods. 1 písm. a),

b) názov a miesto prevádzkovania nemocnice zaradenej do siete,

c) návrh zoznamu povinných programov v rámci programového profilu,

d) návrh zoznamu doplnkových programov v rámci programového profilu,

e) návrh na zaradenie nemocnice do úrovne nemocnice podľa § 7,

f) počet lôžok,

g) údaje o partnerskej nemocnici v rozsahu údajov podľa písmen a) a b),

h) údaje o hlavnej nemocnici v rozsahu údajov podľa písmen a) a b),

i) návrh na nové rozdelenie povinných programov a doplnkových programov medzi hlavnou nemocnicou a partnerskou nemocnicou,

j) dátum, od ktorého žiada prevádzkovateľ nemocnice znížiť úroveň nemocnice zaradenej do siete, zrušiť doplnkový program v nemocnici zaradenej do siete alebo vyradiť nemocnicu zo siete.

(3) Žiadosť o zrušenie doplnkového programu v nemocnici zaradenej do siete obsahuje náležitosti podľa odseku 2 písm. a), b), d), f) a j).

(4) Žiadosť o vyradenie nemocnice zo siete obsahuje náležitosti podľa odseku 2 písm. a), b) a j).

§ 15

Rozhodovanie o podmienenom zaradení nemocnice do siete, o podmienenom zvýšení úrovne nemocnice zaradenej do siete a o podmienenom poskytovaní doplnkového programu

(1) O podmienenom zaradení nemocnice do siete a o podmienenom zvýšení úrovne nemocnice zaradenej do siete ministerstvo zdravotníctva rozhoduje na základe žiadosti podľa § 12 ods. 2.

(2) O podmienenom poskytovaní doplnkového programu rozhoduje ministerstvo zdravotníctva na základe žiadosti podľa § 12 ods. 3.

(3) Pri rozhodovaní o podmienenom zaradení nemocnice do siete ministerstvo zdravotníctva rozhoduje

a) o podmienenom zaradení nemocnice do siete,

b) o podmienenom určení úrovne nemocnice,

c) o podmienenom poskytovaní doplnkového programu v rámci programového profilu, ak nemocnica požiadala aj o vykonávanie doplnkového programu,

d) o lehote na splnenie podmienok pre riadne zaradenie nemocnice do siete, pre riadnu zmenu úrovne a pre riadne poskytovanie doplnkového programu.

(4) Pri rozhodovaní o podmienenom zvýšení úrovne nemocnice zaradenej do siete ministerstvo zdravotníctva rozhoduje

a) o podmienenom určení úrovne nemocnice,

b) o podmienenom poskytovaní doplnkového programu v rámci programového profilu, ak prevádzkovateľ nemocnice požiadal aj o vykonávanie doplnkového programu,

c) o lehote na splnenie podmienok pre riadnu zmenu úrovne nemocnice a pre riadne poskytovanie doplnkového programu.

(5) Pri rozhodovaní o podmienenom poskytovaní doplnkového programu ministerstvo zdravotníctva rozhoduje

a) o podmienenom poskytovaní doplnkového programu v rámci programového profilu,

b) o lehote na splnenie podmienok pre riadne poskytovanie doplnkového programu.

(6) Pri rozhodovaní o podmienenom zaradení nemocnice do siete a podmienenom zvýšení úrovne nemocnice ministerstvo zdravotníctva vyhodnocuje splnenie podmienok pre podmienené zaradenie podľa § 10 ods. 2 na základe vyhodnotenia siete podľa § 9.

(7) Pri rozhodovaní o podmienenom poskytovaní doplnkového programu ministerstvo zdravotníctva vyhodnocuje splnenie podmienok podľa § 19 ods. 6 až 8 na základe vyhodnotenia siete podľa § 9.

(8) Lehota podľa odseku 3 písm. d) na splnenie podmienok pre riadne zaradenie nemocnice do siete, pre riadne zvýšenie úrovne nemocnice zaradenej do siete a pre riadne poskytovanie doplnkového programu nesmie byť kratšia ako 24 mesiacov a dlhšia ako 36 mesiacov. Lehota na

splnenie podmienok podľa prvej vety začína plynúť odo dňa vykonateľnosti rozhodnutia podľa § 31.

(9) Pri rozhodovaní o podmienenom zaradení nemocnice do siete, o podmienenom zvýšení úrovne nemocnice a o podmienenom poskytovaní doplnkového programu ministerstvo zdravotníctva postupuje primerane podľa odseku 11 a § 19.

(10) Ministerstvo zdravotníctva rozhodne o podmienenom zaradení nemocnice do siete, o podmienenom zvýšení úrovne nemocnice zaradenej do siete a o podmienenom poskytovaní doplnkového programu, rozhodnutie doručí účastníkom konania každoročne do 31. augusta a zverejní zmeny v zozname kategorizovaných nemocníc podľa § 11 na svojom webovom sídle každoročne do 31. októbra, v ktorom bola žiadosť podaná.

(11) Ministerstvo zdravotníctva rozhodne o podmienenom zaradení nemocnice do siete alebo o podmienenom poskytovaní doplnkového programu aj vtedy, ak žiadateľ nepredložil doklady preukazujúce splnenie predpokladov podľa § 10 ods. 2 písm. b) prvého až tretieho bodu, a zaviaže žiadateľa doplniť tieto doklady do 31. júla kalendárneho roka, ktorý predchádza roku, v ktorom si žiadateľ stanovil dátum podľa § 12 ods. 2 písm. k).

§ 16

Rozhodovanie o riadnom zaradení nemocnice do siete, o riadnom zvýšení úrovne nemocnice zaradenej do siete a o riadnom poskytovaní doplnkového programu v nemocnici zaradenej do siete

(1) O riadnom zaradení nemocnice do siete, o riadnom zvýšení úrovne nemocnice zaradenej do siete a o riadnom poskytovaní doplnkového programu v nemocnici zaradenej do siete rozhoduje ministerstvo zdravotníctva z vlastného podnetu.

(2) Pri rozhodovaní o riadnom zaradení nemocnice do siete, o riadnom zvýšení úrovne nemocnice zaradenej do siete a o riadnom poskytovaní doplnkového programu v nemocnici zaradenej do siete ministerstvo zdravotníctva postupuje podľa výsledkov vyhodnotenia siete podľa § 9.

(3) Ministerstvo zdravotníctva bezodkladne začne konanie

a) o riadnom zaradení nemocnice do siete, ak z vyhodnotenia siete podľa § 9 vyplýva, že nemocnica podmienene zaradená do siete splnila podmienky podľa § 10 ods. 3,

b) o riadnom zvýšení úrovne nemocnice zaradenej do siete, ak z vyhodnotenia siete podľa § 9 vyplýva, že nemocnica s podmienene zvýšenou úrovňou nemocnice splnila podmienky podľa § 10 ods. 3,

c) o riadnom poskytovaní doplnkového programu, ak z vyhodnotenia siete podľa § 9 vyplýva, že nemocnica zaradená do siete splnila podmienky kategorizácie ústavnej starostlivosti pre doplnkový program.

(4) Pri rozhodovaní o riadnom zaradení nemocnice do siete, o riadnom zvýšení úrovne nemocnice zaradenej do siete a o riadnom poskytovaní doplnkového programu v nemocnici zaradenej do siete ministerstvo zdravotníctva postupuje primerane podľa § 19.

(5) Ministerstvo zdravotníctva rozhodne o riadnom zaradení nemocnice do siete, o riadnom zvýšení úrovne nemocnice zaradenej do siete a o riadnom poskytovaní doplnkového programu v nemocnici zaradenej do siete, rozhodnutie doručí účastníkom konania každoročne do 31. augusta a zverejnení zmeny v zozname kategorizovaných nemocníc podľa § 11 na svojom webovom sídle každoročne do 31. októbra.

§ 17

Rozhodovanie o zmene údajov o mieste prevádzkovania, o počte lôžok a o rozdelení povinných programov medzi hlavnou nemocnicou a partnerskou nemocnicou

(1) O zmene údajov o mieste prevádzkovania, o počte lôžok a o rozdelení povinných programov medzi hlavnou nemocnicou a partnerskou nemocnicou rozhoduje ministerstvo zdravotníctva na základe žiadosti podľa § 13.

(2) Pri rozhodovaní o zmene údajov o mieste prevádzkovania, o počte lôžok a o rozdelení povinných programov medzi hlavnou nemocnicou a partnerskou nemocnicou ministerstvo zdravotníctva vyhodnocuje splnenie podmienok podľa § 10 ods. 3 na základe vyhodnotenia siete podľa § 9.

(3) Ministerstvo zdravotníctva rozhodne o zmene údajov o mieste prevádzkovania, o počte lôžok a o rozdelení povinných programov medzi hlavnou nemocnicou a partnerskou nemocnicou, rozhodnutie doručí účastníkom konania každoročne do 31. augusta a zverejnení zmeny v zozname kategorizovaných nemocníc podľa § 11 na svojom webovom sídle každoročne do 31. októbra.

§ 18

Rozhodovanie o znížení úrovne nemocnice zaradenej do siete, o zrušení doplnkového programu v nemocnici zaradenej do siete a o vyradení nemocnice zo siete

(1) O znížení úrovne nemocnice zaradenej do siete, o zrušení doplnkového programu v nemocnici zaradenej do siete a o vyradení nemocnice zo siete rozhoduje ministerstvo zdravotníctva na základe žiadosti podľa § 14 alebo z vlastného podnetu podľa § 20.

(2) Ministerstvo zdravotníctva rozhodne o znížení úrovne nemocnice zaradenej do siete, o zrušení doplnkového programu v nemocnici zaradenej do siete a o vyradení nemocnice zo siete, rozhodnutie doručí účastníkom konania každoročne do 31. augusta a zverejnení zmeny v zozname kategorizovaných nemocníc podľa § 11 na svojom webovom sídle každoročne do 31. októbra.

§ 19

Postup pri kategorizácii nemocníc

(1) Ak v rovnakom spádovom území ministerstvo zdravotníctva rozhoduje o podmienenom zaradení alebo riadnom zaradení viacerých nemocníc do siete súčasne a potreba ústavnej starostlivosti (§ 2 ods. 5) neumožňuje zaradiť viaceré nemocnice, ministerstvo zdravotníctva zaradí do siete tú nemocnicu, ktorá získa najvyšší počet bodov v plnení podmienok pre tvorbu siete a v plnení podmienok kategorizácie ústavnej starostlivosti.

(2) Pri zaradení nemocnice príslušnej úrovne do siete sa do siete prednostne zaradí nemocnica, v ktorej sa poskytujú všetky povinné programy z programového profilu v jednej nemocnici.

(3) Ak hlavná nemocnica nie je schopná samostatne splniť celý rozsah povinných programov v rámci programového profilu, môže splniť niektoré povinné programy v spolupráci s partnerskou nemocnicou, ak

a) partnerská nemocnica sa spolu s hlavnou nemocnicou nachádzajú na území rovnakej obce alebo mesta; ak ide o mesto, nesmie byť čas dojazdu osobnou dopravou medzi nemocnicami viac ako 15 minút,

b) hlavná nemocnica a partnerská nemocnica musia plniť podmienky kategorizácie ústavnej starostlivosti pre každý vykonávaný program v každej nemocnici,

c) hlavná nemocnica, ktorá plní programový profil spolu s partnerskými nemocnicami, má s každým prevádzkovateľom nemocnice, ktorá je partnerskou nemocnicou, uzatvorenú zmluvu o spolupráci, v ktorej si prevádzkovatelia nemocníc dohodnú

1. rozsah vzájomného zabezpečenia dostupnosti zdravotníckych pracovníkov prostredníctvom zmluvy o dočasnom pridelení zamestnanca medzi zamestnávateľom a užívateľským zamestnávateľom podľa Zákonníka práce,[19])

2. rozsah vzájomného využívania materiálno-technického vybavenia pre poskytovanie medicínskych služieb,

3. rozsah a spôsob finančného vyrovnania činností uvedených v prvom bode a druhom bode, ak sa prevádzkovatelia nemocníc na finančnom vyrovnaní dohodli.

(4) Ministerstvo zdravotníctva podmienene zaradí nemocnicu do siete, ak nie je splnená podmienka pre tvorbu siete podľa § 8 ods. 1 písm. b) a nemocnica zaradená do siete v rovnakom spádovom území na rovnakej úrovni neplní podmienky kategorizácie ústavnej starostlivosti aspoň na 80 % minimálne v posledných dvoch po sebe nasledujúcich vyhodnoteniach siete predchádzajúcich rozhodnutiu o podmienenom zaradení nemocnice do siete.

(5) Ak ministerstvo zdravotníctva rozhoduje o podmienenom určení úrovne nemocnice [§ 15 ods. 3 písm. b) a odsek 4 písm. a)] a nemocnica nesplní podmienky pre tvorbu siete podľa § 8 pre požadovanú úroveň, ministerstvo zdravotníctva

a) posúdi splnenie podmienok pre tvorbu siete pre každú nižšiu úroveň nemocnice a nemocnici určí najvyššiu úroveň, pre ktorú splnila podmienky pre tvorbu siete, ak odsek 9 alebo § 10 ods. 4 neustanovuje inak, a

b) posúdi splnenie podmienok pre podmienené poskytovanie doplnkového programu podľa odsekov 6 až 8 pre každý z povinných programov v programovom profile úrovne nemocnice, o ktorú prevádzkovateľ nemocnice požiadal, a rozhodne o podmienenom poskytovaní tých doplnkových programov, pre ktoré nemocnica splnila podmienky pre podmienené poskytovanie doplnkového programu.

(6) Ministerstvo zdravotníctva rozhodne o podmienenom poskytovaní doplnkového programu, ak

a) v zozname kategorizovaných nemocníc sú v úrovni požadovaného doplnkového programu v príslušnom spádovom území zaradené nemocnice poskytujúce všetky povinné programy z programového profilu a

b) potreba ústavnej starostlivosti v spádovom území nemocníc pre povinné medicínske služby v doplnkovom programe prevyšuje 1,1-násobok minimálneho počtu povinných medicínskych služieb vynásobený počtom nemocníc zaradených do siete poskytujúcich tento program ako povinný program alebo doplnkový program navýšených o počet nemocníc, pri ktorých ministerstvo zdravotníctva rozhoduje o podmienenom poskytovaní doplnkového programu; do počtu nemocníc zaradených do siete sa nezapočítavajú tie nemocnice, pri ktorých z vyhodnotenia siete podľa § 9 vyplýva, že prevádzkovateľ nemocnice plní podmienky kategorizácie ústavnej starostlivosti pre povinný program alebo doplnkový program na menej ako 80 % v posledných dvoch po sebe nasledujúcich vyhodnoteniach siete predchádzajúcich rozhodnutiu o podmienenom poskytovaní doplnkového programu.

(7) Ak potreba ústavnej starostlivosti (§ 2 ods. 5) v spádovom území nemocníc pre povinné medicínske služby v doplnkovom programe je nižšia ako 1,2-násobok minimálneho počtu povinných medicínskych služieb, ktorý je vynásobený počtom kategorizovaných nemocníc poskytujúcich tento program ako povinný alebo doplnkový navýšených o počet nemocníc, pre ktoré sa povoľuje doplnkový program, ministerstvo zdravotníctva určí nemocniciam poskytujúcim doplnkový program aj maximálny počet medicínskych služieb ako 1,2-násobok ich minimálneho počtu určeného kategorizáciou ústavnej starostlivosti.

(8) Ak nie je splnená podmienka podľa odseku 6 písm. a), ministerstvo zdravotníctva povolí v nemocnici nižšej úrovne poskytovať doplnkový program podľa odseku 7.

(9) Ak v rovnakom spádovom území ministerstvo zdravotníctva požiadajú o poskytovanie rovnakého doplnkového programu viacerí prevádzkovatelia nemocníc súčasne a potreba ústavnej starostlivosti (§ 2 ods. 5) neumožňuje povoliť poskytovanie viacerých doplnkových programov, ministerstvo zdravotníctva povolí poskytovanie doplnkového programu nemocnici, ktorá získa najvyšší počet bodov v plnení podmienok tvorby siete a v plnení podmienok kategorizácie ústavnej starostlivosti.

(10) Pri rozhodovaní o podmienenom poskytovaní doplnkového programu, pre ktorý nie sú splnené podmienky podľa odsekov 6 až 8, a súčasne sú splnené podmienky pre poskytovanie rovnakého programu nižšej úrovne, ministerstvo zdravotníctva rozhodne o povolení poskytovania doplnkového programu v úrovni, pre ktorú sú splnené podmienky, ak nemocnica ešte takýto program neposkytuje.

(11) Ak ministerstvo zdravotníctva povolilo nemocnici zaradenej do siete poskytovanie všetkých doplnkových programov, ktoré zodpovedajú programovému profilu vyššej úrovne nemocnice, ministerstvo zdravotníctva rozhodne o zvýšení úrovne tejto nemocnice na úroveň, pre ktorú plní programový profil.

§ 20

Postup pri znížení úrovne nemocnice zaradenej do siete, pri vyradení nemocnice zo siete a pri zrušení doplnkového programu v nemocnici zaradenej do siete

(1) Ak sa výsledkom vyhodnotenia siete preukáže, že nemocnica zaradená do siete plní podmienky kategorizácie ústavnej starostlivosti na menej ako 80 %, ministerstvo zdravotníctva

určí prevádzkovateľovi nemocnice lehotu na odstránenie nedostatkov; lehota nesmie byť kratšia ako 12 mesiacov a dlhšia ako 24 mesiacov.

(2) Ak prevádzkovateľ nemocnice zaradenej do siete neodstráni nedostatky v lehote podľa odseku 1, ministerstvo zdravotníctva zníži úroveň nemocnice zaradenej do siete na najvyššiu úroveň, pre ktorú prevádzkovateľ nemocnice plní podmienky kategorizácie ústavnej starostlivosti na viac ako 80 %, k 1. januáru nasledujúceho kalendárneho roka; to neplatí, ak by znížením úrovne nemocnice zaradenej do siete hrozilo, že nebudú splnené podmienky pre tvorbu siete. Postup podľa prvej vety sa neuplatňuje na nemocnice podľa § 10 ods. 4.

(3) Ak prevádzkovateľ nemocnice zaradenej do siete neodstráni nedostatky v lehote podľa odseku 1 a nie je možné uplatniť postup podľa odseku 2, ministerstvo zdravotníctva vyradí nemocnicu zo siete k 1. januáru nasledujúceho kalendárneho roka; to neplatí, ak by vyradením nemocnice zo siete hrozilo, že nebudú splnené podmienky pre tvorbu siete. Postup podľa prvej vety sa neuplatňuje na nemocnice podľa § 10 ods. 4.

(4) Ak má prevádzkovateľ nemocnice zaradenej do siete dočasne pozastavené povolenie, zrušené povolenie alebo mu povolenie zaniklo,[20]) ministerstvo zdravotníctva vyradí túto nemocnicu zo siete.

(5) Ak sa výsledkom vyhodnotenia siete preukáže, že nemocnica zaradená do siete plní podmienky kategorizácie ústavnej starostlivosti pre doplnkový program na menej ako 80 %, ministerstvo zdravotníctva určí prevádzkovateľovi nemocnice zaradenej do siete lehotu na odstránenie nedostatkov; lehota nesmie byť kratšia ako 12 mesiacov a dlhšia ako 24 mesiacov.

(6) Ak nemocnica zaradená do siete neodstráni nedostatky v lehote podľa odseku 5, ministerstvo zdravotníctva rozhodne o zrušení doplnkového programu v nemocnici zaradenej do siete k 1. januáru nasledujúceho kalendárneho roka.

(7) Ak prevádzkovateľ nemocnice požiada o zaradenie nemocnice, ktorá spĺňa predpoklady na poskytovanie všetkých povinných programov [§ 10 ods. 2 písm. b)] v rámci programového profilu danej úrovne nemocnice v jednej nemocnici, a v zozname kategorizovaných nemocníc je v rovnakom spádovom území zaradená nemocnica, v ktorej sa poskytuje doplnkový program podľa § 19 ods. 8, ktorý je povinným programom z programového profilu žiadateľa, ministerstvo zdravotníctva rozhodne o zrušení tohto doplnkového programu v nemocnici zaradenej do siete a zaradí do siete nemocnicu, o ktorej zaradenie žiada prevádzkovateľ nemocnice a ktorá spĺňa predpoklady na poskytovanie všetkých povinných programov v rámci programového profilu danej úrovne nemocnice v jednej nemocnici; ministerstvo zdravotníctva nerozhodne o zrušení doplnkového programu v nemocnici zaradenej do siete, v ktorej sa poskytuje doplnkový program podľa § 19 ods. 8, ak potreba ústavnej starostlivosti (§ 2 ods. 5) umožňuje poskytovanie doplnkového programu touto nemocnicou [§ 19 ods. 6 písm. b)].

(8) Ak ministerstvo zdravotníctva rozhodlo o zrušení všetkých doplnkových programov nemocnice I. úrovne zaradenej do siete, ministerstvo zdravotníctva rozhodne o vyradení tejto nemocnice zo siete.

(9) Ministerstvo zdravotníctva rozhodne o vyradení nemocnice zo siete, ak prevádzkovateľ nemocnice podmienene zaradenej do siete nepredložil doklady preukazujúce splnenie predpokladov podľa § 10 ods. 2 písm. b) prvého až tretieho bodu v lehote podľa § 15 ods. 11.

Spoločné ustanovenia o konaniach pri kategorizácii nemocníc

§ 21

Základné zásady konaní

(1) V konaniach pri kategorizácii nemocníc sa prihliada na potrebu neustáleho zlepšovania verejného zdravia, ako aj zdravia jednotlivcov ako hlavného záujmu štátu v oblasti zdravotníctva a dbá sa na zachovávanie práv a právom chránených záujmov účastníkov konania a iných osôb.

(2) Ministerstvo zdravotníctva postupuje v konaniach v úzkej súčinnosti s účastníkmi konania.

(3) Povinnosťou účastníkov konania je úzko spolupracovať s ministerstvom zdravotníctva.

(4) Ministerstvo zdravotníctva dbá o to, aby v rozhodovaní o skutkovo zhodných alebo podobných prípadoch nevznikali neodôvodnené rozdiely.

(5) Všetci účastníci konania majú v konaní rovnaké procesné práva a procesné povinnosti.

§ 22

Účastníci konania

Účastníkmi konania v konaniach pri kategorizácii nemocníc sú:

a) prevádzkovateľ nemocnice,

b) prevádzkovateľ nemocnice, ktorá je hlavnou nemocnicou,

c) prevádzkovateľ nemocnice, ktorá je partnerskou nemocnicou,

d) zdravotné poisťovne.

§ 23

Zastupovanie

(1) Účastník konania sa môže dať zastupovať zástupcom, ktorého si zvolí a ktorý koná v rozsahu plnomocenstva udeleného písomne alebo ústne do zápisnice.

(2) Ak nie je rozsah plnomocenstva presne vymedzený, považuje sa také plnomocenstvo za všeobecné. Ak to vyplýva z obsahu plnomocenstva, môže za zástupcu konať aj iná osoba; na také konanie udelí zástupca inej osobe plnomocenstvo. Konanie inej osoby sa považuje za konanie zástupcu. V tej istej veci môže mať účastník konania len jedného zástupcu.

(3) Plnomocenstvo je voči ministerstvu zdravotníctva účinné odo dňa jeho doručenia.

(4) Odvolanie plnomocenstva účastníkom konania alebo výpoveď plnomocenstva zástupcom sú účinné odo dňa ich doručenia.

(5) Zastupovanie účastníka konania zástupcom nevylučuje, aby ministerstvo zdravotníctva vykonávalo úkony v nevyhnutných prípadoch s účastníkom konania priamo alebo aby ministerstvo zdravotníctva vyzvalo účastníka konania na vykonanie niektorých úkonov, ak z povahy týchto úkonov vyplýva, že ich musí vykonať účastník konania osobne. Účastník konania je povinný výzve ministerstva zdravotníctva na poskytnutie súčinnosti vyhovieť. Ministerstvo zdravotníctva je povinné o tomto konaní informovať zástupcu účastníka konania.

(6) Ak v tej istej veci koná účastník konania a ním zvolený zástupca a ich konanie si odporuje, na konanie zástupcu sa neprihliada.

§ 24

Vylúčenie zamestnancov ministerstva zdravotníctva a členov orgánov

(1) Zamestnanec ministerstva zdravotníctva je vylúčený z rozhodovania v konaniach pri kategorizácii nemocníc a člen orgánu podľa § 3 ods. 2 písm. a) je vylúčený z prípravy a prijatia odborného stanoviska (§ 4 ods. 7), odborného posúdenia (§ 3 ods. 4) alebo stanoviska k námietkam (§ 3 ods. 5), ak so zreteľom na jeho pomer k veci, k prevádzkovateľovi nemocnice, k prevádzkovateľovi hlavnej nemocnice a k prevádzkovateľovi partnerskej nemocnice ako k účastníkovi konania alebo k jej zástupcovi možno mať pochybnosť o jeho nezaujatosti.

(2) Medzi skutočnosti nasvedčujúce vylúčeniu patria najmä

a) členstvo v orgánoch podľa § 3 ods. 2 písm. a) alebo členstvo v štatutárnych orgánoch alebo riadiacich orgánoch prevádzkovateľa nemocnice, o ktorej sa rozhoduje alebo ktorej spádová oblasť sa prekrýva so spádovou oblasťou nemocnice, o ktorej sa rozhoduje, alebo ktorej spádová oblasť sa dotýka spádovej oblasti nemocnice, o ktorej sa rozhoduje,

b) vlastnícke, akcionárske, opčné alebo iné obdobné práva vzťahujúce sa na prevádzkovateľa nemocnice, o ktorej sa rozhoduje alebo ktorej spádová oblasť sa prekrýva alebo dotýka spádovej oblasti nemocnice, o ktorej sa rozhoduje; to neplatí, ak ide o práva nadobudnuté pri kolektívnom investovaní, ktorých presný rozsah nie je členovi orgánu podľa § 3 ods. 2 písm. a) známy a nevykonáva nad nimi manažérsku alebo finančnú kontrolu,

c) pracovný pomer alebo obdobný pracovnoprávny vzťah s prevádzkovateľom nemocnice, o ktorej sa rozhoduje alebo ktorej spádová oblasť sa prekrýva alebo dotýka spádovej oblasti nemocnice, o ktorej sa rozhoduje, alebo

d) vzťah uvedený v písmene a), b) alebo písmene c) člena orgánu podľa § 3 ods. 2 písm. a) k osobe, ktorá počas trvania členstva v tomto orgáne získala alebo by mohla získať viac než 20 % výnosov alebo vynakladá viac než 20 % nákladov na základe obchodných vzťahov s prevádzkovateľom nemocnice, o ktorej sa rozhoduje; to neplatí, ak členovi orgánu podľa § 3 ods. 2 písm. a) uvedené obchodné vzťahy nemohli byť známe.

(3) Člen orgánu podľa § 3 ods. 2 písm. a) je vylúčený z prípravy a prijatia odborného stanoviska, odborného posúdenia alebo stanoviska k námietkam, ak sa zúčastnil v tej istej veci prípravy a prijatia odborného stanoviska, odborného posúdenia alebo stanoviska k námietkam ako člen orgánu podľa § 3 ods. 2 písm. a) v konaní iného stupňa.

(4) Člen orgánu podľa § 3 ods. 2 písm. a) je povinný skutočnosti nasvedčujúce jeho vylúčeniu písomne oznámiť ministrovi zdravotníctva ihneď, ako sa o nich dozvie.

(5) Osoba, ktorá má byť vymenovaná za člena orgánu podľa § 3 ods. 2 písm. a), je povinná pred vymenovaním písomne oznámiť ministrovi zdravotníctva skutočnosti nasvedčujúce jej vylúčeniu podľa odseku 2 existujúce v čase oznámenia alebo o ktorých v čase oznámenia vie, vo forme čestného vyhlásenia. Osoba, ktorá má byť vymenovaná za člena orgánu podľa § 3 ods. 2 písm. a), je povinná uviesť ich charakteristiku a trvanie.

(6) Člen orgánu podľa § 3 ods. 2 písm. a) je povinný písomne oznámiť ministrovi zdravotníctva skutočnosti nasvedčujúce jeho vylúčeniu podľa odseku 2 existujúce v čase oznámenia ihneď, ako sa o nich dozvie, vo forme čestného vyhlásenia. Člen orgánu podľa § 3 ods. 2 písm. a) je povinný uviesť ich charakteristiku a trvanie.

(7) Povinnosti uvedené v odsekoch 5 a 6 sa primerane vzťahujú aj na členov odborných pracovných skupín a zamestnancov ministerstva zdravotníctva. Oznámenia členov odborných pracovných skupín a zamestnancov ministerstva zdravotníctva sa zverejňujú len vtedy, ak minister zdravotníctva alebo ním poverená osoba rozhodla o ich vylúčení. Oznámenie ministra zdravotníctva sa zverejňuje obdobným spôsobom ako oznámenie člena orgánu podľa § 3 ods. 2 písm. a).

(8) Účastník konania písomne oznámi skutočnosti nasvedčujúce vylúčeniu člena orgánu podľa § 3 ods. 2 písm. a) ministrovi zdravotníctva bezodkladne, ako sa o nich dozvie.

(9) O tom, či je člen orgánu podľa § 3 ods. 2 písm. a) vylúčený, rozhoduje minister zdravotníctva. O tom, či je člen odbornej pracovnej skupiny alebo zamestnanec ministerstva zdravotníctva vylúčený, rozhoduje minister zdravotníctva alebo ním poverená osoba. Proti tomuto rozhodnutiu nie je možné podať opravný prostriedok.

(10) Minister zdravotníctva nevymenuje za člena orgánu podľa § 3 ods. 2 písm. a) osobu, ktorá si nesplnila povinnosti podľa odseku 5. Minister zdravotníctva odvolá člena orgánu podľa § 3 ods. 2 písm. a), ktorý si nesplnil povinnosti podľa odseku 6.

(11) Minister zdravotníctva nevymenuje za člena orgánu podľa § 3 ods. 2 písm. a) osobu podľa odseku 5, ak sa u nej počas šiestich mesiacov pred vymenovaním vyskytuje skutočnosť nasvedčujúca vylúčenie podľa odseku 2 písm. a) až c).

(12) Minister zdravotníctva bezodkladne odvolá člena orgánu podľa § 3 ods. 2 písm. a), ak sa u neho vyskytne skutočnosť nasvedčujúca vylúčenie podľa odseku 2 písm. a), b) alebo písm. c).

§ 25

Začatie konania

(1) Konanie sa začína na základe žiadosti účastníka konania alebo z vlastného podnetu ministerstva zdravotníctva.

(2) Konanie začína dňom doručenia žiadosti ministerstvu zdravotníctva. Ak sa konanie začína z vlastného podnetu ministerstva zdravotníctva, je konanie začaté dňom, keď ministerstvo zdravotníctva urobilo voči účastníkovi konania prvý úkon.

(3) O začatí konania ministerstvo zdravotníctva upovedomí všetkých účastníkov konania.

§ 26

Žiadosť

(1) Žiadateľ zašle ministerstvu zdravotníctva žiadosť (§ 12 až 14) v písomnej forme.

(2) Žiadosť sa považuje za doručenú dňom jej prijatia ministerstvom zdravotníctva.

(3) Ak žiadosť nemá požadované náležitosti alebo k žiadosti neboli pripojené prílohy, ministerstvo zdravotníctva bezodkladne vyzve účastníka konania na doplnenie žiadosti alebo na predloženie chýbajúcich príloh; súčasne ho poučí, že inak konanie zastaví. Ak účastník konania žiadosť do desiatich dní od doručenia výzvy nedoplní, ministerstvo zdravotníctva konanie zastaví.

(4) Účastník konania doloží k žiadosti doklad o poukázaní správneho poplatku[21]) na účet ministerstva zdravotníctva; lehota na doručenie dokladu je desať pracovných dní odo dňa podania žiadosti ministerstvu zdravotníctva.

§ 27

Doručovanie

Na doručovanie písomností ministerstva zdravotníctva sa vzťahuje zákon o e-Governmente.

§ 28

Počítanie lehôt

Na počítanie lehôt sa vzťahuje správny poriadok.

§ 29

Zastavenie konania

(1) Ministerstvo zdravotníctva konanie zastaví, ak

a) zistí, že ten, kto podal návrh na začatie konania, nie je účastníkom konania,

b) účastník konania vzal svoj návrh na začatie konania späť,

c) žiadateľ zomrel, bol vyhlásený za mŕtveho alebo zanikol bez právneho nástupcu,

d) účastník konania na výzvu ministerstva zdravotníctva podľa § 26 ods. 3 nedoplnil žiadosť alebo nepredložil prílohy do desiatich dní od doručenia výzvy,

e) odpadol dôvod konania začatého z vlastného podnetu ministerstva zdravotníctva,

f) bolo v tej istej veci začaté iné konanie,

g) kaucia nebola pripísaná na účet ministerstva zdravotníctva najneskôr v nasledujúci pracovný deň po poslednom dni lehoty na podanie námietok podľa § 33 alebo

h) žiadateľ neuhradil správny poplatok (§ 26 ods. 4).

(2) Proti rozhodnutiu o zastavení konania nemožno podať námietky.

§ 30

Podklady pre rozhodnutie

(1) Podkladom pre rozhodnutie je odborné posúdenie komisie pre tvorbu siete a vyhodnotenie splnenia podmienok pre tvorbu siete [§ 10 ods. 2 písm. a)], splnenie predpokladov na

poskytovanie povinných programov v rámci programového profilu [§ 10 ods. 2 písm. b)] a vyhodnotenie siete (§ 9).

(2) Ministerstvo zdravotníctva zisťuje presne a úplne skutočný stav veci a na ten účel si obstaráva potrebné podklady na rozhodnutie, pričom nie je viazané len podkladmi na rozhodnutie podľa odseku 1 a podkladmi predloženými účastníkmi konania.

§ 31

Rozhodnutie

(1) Ministerstvo zdravotníctva zverejňuje na účely kategorizácie ústavnej starostlivosti (§ 4), vyhodnotenia siete (§ 9) a kategorizácie nemocníc (§ 10) rozhodnutie na svojom webovom sídle každoročne do 31. augusta. Ak boli proti prvostupňovému rozhodnutiu podané námietky, ministerstvo zdravotníctva zverejní rozhodnutie o námietkach do 31. októbra kalendárneho roka. Osobné údaje v rozhodnutiach sa na webovom sídle nezverejňujú.

(2) Rozhodnutie sa stáva vykonateľným vždy k 1. januáru nasledujúceho kalendárneho roka, ak nie je v rozhodnutí stanovené inak.

(3) Rozhodnutie sa účastníkovi konania oznamuje doručením.

(4) Doručené rozhodnutie, proti ktorému nemožno podať námietky, je právoplatné.

(5) Výrok právoplatného rozhodnutia je záväzný pre každého.

(6) Na základe právoplatných rozhodnutí ministerstvo zdravotníctva aktualizuje zoznam kategorizovaných nemocníc a zverejňuje ho na svojom webovom sídle.

§ 32

Náležitosti rozhodnutia

(1) Rozhodnutie obsahuje

a) označenie orgánu, ktorý rozhodnutie vydal,

b) identifikačné údaje o prevádzkovateľovi nemocnice v rozsahu podľa § 11 ods. 1 písm. a),

c) názov a miesto prevádzkovania nemocnice, o ktorej sa rozhodlo,

d) výrok obsahujúci

1. rozhodnutie vo veci s uvedením ustanovenia právneho predpisu, podľa ktorého sa rozhodlo (§ 15 až 18),

2. úroveň nemocnice podľa § 7,

3. zoznam povinných programov,

4. zoznam doplnkových programov, ak ministerstvo zdravotníctva rozhodlo o ich poskytovaní,

5. identifikačné údaje hlavnej nemocnice, ak ide o partnerskú nemocnicu,

6. identifikačné údaje partnerskej nemocnice, ak ide o hlavnú nemocnicu,

7. informáciu, či ide o nemocnicu podľa § 10 ods. 4 a označenie programov, ktoré sa v tejto nemocnici neposkytujú pre verejnosť,

8. lehotu podľa § 15 ods. 8,

9. maximálny počet medicínskych služieb podľa § 19 ods. 7, ak bol stanovený,

e) odôvodnenie rozhodnutia s uvedením všetkých podkladov (§ 30), na ktorých základe ministerstvo zdravotníctva rozhodlo,

f) poučenie, či je rozhodnutie konečné alebo či možno proti nemu podať námietky, v akej lehote a ktorému orgánu; poučenie obsahuje aj informáciu, že rozhodnutie možno preskúmať súdom,

g) dátum rozhodnutia,

h) dátum vykonateľnosti rozhodnutia,

i) autorizáciu osoby,[22]) ktorá rozhodnutie vydala.

(2) V odôvodnení rozhodnutia sa uvedie najmä, ktoré skutočnosti boli podkladom pre rozhodnutie, aké úvahy boli použité pri hodnotení podkladov a použití právnych predpisov, na ktorých základe sa rozhodnutie vydalo, a spôsob vyrovnania sa s návrhmi účastníkov konania.

(3) Ministerstvo zdravotníctva opraví na podnet účastníka konania alebo z vlastného podnetu chyby v písaní, počítaní, chýbajúce formálne náležitosti a iné zrejmé nesprávnosti v rozhodnutí a upovedomí o tom účastníkov konania.

§ 33

Konanie o námietkach

(1) Proti rozhodnutiu ministerstva zdravotníctva vo veci samej môže účastník konania podať námietky do 15 dní od doručenia rozhodnutia. Na neskôr podané námietky sa neprihliada.

(2) Dôvodom na podanie námietok je, že

a) ministerstvo zdravotníctva pri rozhodovaní vybočilo z medzí ustanovených týmto zákonom,

b) účastníkovi konania sa postupom ministerstva zdravotníctva odňala možnosť konať,

c) ten, kto v konaní vystupoval ako účastník konania, nemal spôsobilosť byť účastníkom konania.

(3) Ministerstvo zdravotníctva bezodkladne zverejní na svojom webovom sídle všetky podané námietky v celom rozsahu v súlade so všeobecnými predpismi o ochrane osobných údajov[23]) na účel kategorizácie nemocníc (§ 10). K zverejneným námietkam sa účastníci konania môžu vyjadrovať do desiatich dní od ich zverejnenia. Na neskôr podané vyjadrenia sa neprihliada.

(4) Ten, kto podáva námietky, je povinný zložiť na účet ministerstva zdravotníctva kauciu v sume 5 000 eur. Kaucia musí byť pripísaná na účet ministerstva zdravotníctva najneskôr v nasledujúci pracovný deň po poslednom dni lehoty podľa odseku 1, inak sa konanie o týchto

námietkach zastaví. Kaucia, ktorú ministerstvo zdravotníctva nevráti podľa odseku 5, je príjmom štátneho rozpočtu.

(5) Ministerstvo zdravotníctva kauciu vráti, ak minister zdravotníctva námietkam čo aj len čiastočne vyhovel, ak súd napadnuté rozhodnutie zrušil alebo ak minister zdravotníctva nesplnil lehotu podľa odseku 11.

(6) Námietky k rozhodnutiam ministerstva zdravotníctva nemajú odkladný účinok; to neplatí, ak ide o rozhodnutia podľa § 18 z vlastného podnetu ministerstva zdravotníctva.

(7) Námietky musia obsahovať

a) identifikačné údaje o prevádzkovateľovi nemocnice v rozsahu podľa § 11 ods. 1 písm. a),

b) názov a miesto prevádzkovania nemocnice, o ktorej sa rozhodlo,

c) označenie orgánu, ktorý rozhodnutie vydal,

d) označenie rozhodnutia, proti ktorému námietky smerujú,

e) dôvody námietok,

f) opis rozhodujúcich skutočností a označenie podkladov podporujúcich oprávnenosť podania námietok,

g) návrh na rozhodnutie o námietkach.

(8) Prílohou k námietkam je doklad o poukázaní kaucie na účet ministerstva zdravotníctva; lehota na doručenie tohto dokladu je tri pracovné dni odo dňa podania námietok ministerstvu zdravotníctva.

(9) Ministerstvo zdravotníctva predloží námietky spolu s výsledkami doplneného konania a so spisovým materiálom bezodkladne rade pre tvorbu siete.

(10) Rada pre tvorbu siete preskúma napadnuté rozhodnutie v rozsahu uvedenom v námietkach do 15 dní od ich doručenia podľa odseku 9; ak je to nevyhnutné, doterajšie konanie doplní, prípadne zistené chyby odstráni.

(11) O námietkach rozhodne minister zdravotníctva do 45 dní odo dňa ich doručenia ministerstvu zdravotníctva na základe stanoviska k námietkam od rady pre tvorbu siete.

(12) Ak sú na to dôvody podľa odseku 2, minister zdravotníctva rozhodnutie zmení, inak námietky zamietne a rozhodnutie potvrdí.

(13) Proti rozhodnutiu ministra zdravotníctva o námietkach nemožno podať námietky.

(14) Na konanie o námietkach sa primerane vzťahujú ustanovenia § 21 až 32.

§ 34

Preskúmanie rozhodnutia mimo konania o námietkach

(1) Rozhodnutie, ktoré je právoplatné, môže z vlastného podnetu preskúmať minister zdravotníctva.

(2) Preskúmanie rozhodnutia mimo konania o námietkach je možné začať do jedného roka od nadobudnutia právoplatnosti rozhodnutia.

(3) Minister zdravotníctva rozhodnutie zruší alebo zmení, ak sa vydalo v rozpore s týmto zákonom.

(4) Pri preskúmavaní rozhodnutia vychádza minister zdravotníctva z právneho stavu a skutkových okolností v čase vydania rozhodnutia. Minister zdravotníctva nemôže rozhodnutie zrušiť alebo zmeniť, ak sa po jeho vydaní dodatočne zmenili rozhodujúce skutkové okolnosti, z ktorých pôvodné rozhodnutie vychádzalo.

(5) Proti rozhodnutiu, ktorým sa zrušuje alebo mení rozhodnutie mimo konania o námietkach, nemožno podať námietky.

§ 35

Na konania o kategorizácii nemocníc podľa tohto zákona sa nevzťahuje správny poriadok okrem počítania lehôt podľa § 28 a konania o správnych deliktoch podľa § 43.

§ 36

Verejný záujem

(1) Ministerstvo zdravotníctva môže vo verejnom záujme aj z vlastného podnetu bezodkladne rozhodnúť v nevyhnutnom rozsahu na nevyhnutný čas a pri zohľadnení materiálno-technického vybavenia nemocnice o zmene kategorizácie ústavnej starostlivosti a o kategorizácii nemocníc pri

a) epidemickom alebo pandemickom výskyte nebezpečnej nákazlivej ľudskej choroby,

b) výnimočnej situácii vyplývajúcej z prírodnej alebo ekologickej katastrofy,

c) krízovej situácii.

(2) Proti rozhodnutiam podľa odseku 1 nie je možné podať námietky. Zverejnením na webovom sídle ministerstva zdravotníctva sa rozhodnutia podľa odseku 1 stávajú právoplatnými a vykonateľnými.

§ 37

Údaje o spotrebe ústavnej starostlivosti

(1) Pri kategorizácii ústavnej starostlivosti, vyhodnotení siete podľa § 9 a rozhodovaní podľa tohto zákona sa vychádza z údajov o spotrebe ústavnej starostlivosti[10]) za každého poistenca v predchádzajúcom kalendárnom roku a z údajov o výške úhrad na základe verejného zdravotného poistenia poskytnutých Národným centrom zdravotníckych informácií (ďalej len „národné centrum“), operačným strediskom tiesňového volania záchrannej zdravotnej služby (ďalej len „operačné stredisko záchrannej zdravotnej služby“) alebo zdravotnými poisťovňami (§ 39).

(2) Ak národné centrum nedisponuje údajmi nevyhnutnými pre rozhodovanie alebo nemôže tieto údaje poskytnúť, vychádza sa z údajov poskytnutých zdravotnými poisťovňami (§ 39), z údajov od prevádzkovateľa nemocnice a z údajov od poskytovateľa jednodňovej zdravotnej starostlivosti, ktorý je zároveň poskytovateľom ústavnej starostlivosti.

(3) Pri kategorizácii ústavnej starostlivosti, vyhodnotení siete a rozhodovaní podľa tohto zákona sa vychádza aj z údajov od prevádzkovateľov nemocníc.

§ 38

Povinnosti zdravotnej poisťovne a podmienky pri uzatváraní zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti a spôsob určenia úhrady

(1) Zdravotná poisťovňa je povinná uzatvoriť zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti[6]) s prevádzkovateľom nemocnice zaradenej do siete v rozsahu povinných programov a doplnkových programov, ak ministerstvo zdravotníctva povolilo poskytovanie doplnkových programov, ku dňu vykonateľnosti rozhodnutia [(§ 32 ods. 1 písm. h)].

(2) Ak ministerstvo zdravotníctva rozhodne o zmene kategorizácie ústavnej starostlivosti (§ 4 ods. 7), ktorá je predmetom zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, zmluvné strany sú povinné uviesť zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti do súladu s týmto rozhodnutím k 1. januáru nasledujúceho roka. Lehota podľa prvej vety neplatí, ak ministerstvo zdravotníctva rozhodlo podľa § 36; v takom prípade sú zmluvné strany povinné uviesť zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti do súladu s rozhodnutím ku dňu vykonateľnosti rozhodnutia.

(3) Zdravotná poisťovňa smie uzatvoriť zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s prevádzkovateľom nemocnice v rozsahu nepovinných programov, ktoré zodpovedajú programovému profilu úrovne nemocnice, a to podľa podmienok vopred zverejnených na webovom sídle zdravotnej poisťovne.

(4) Zdravotná poisťovňa nesmie uzatvoriť zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s prevádzkovateľom nemocnice v rozsahu iných povinných programov alebo iných doplnkových programov, ako tých, ktoré jej boli rozhodnutím ministerstva zdravotníctva schválené.

(5) Ak nemocnica nesplnila podmienky pre riadne zaradenie do siete v lehote určenej v rozhodnutí o podmienenom zaradení do siete podľa § 15 ods. 8, má prevádzkovateľ nemocnice nárok len na čiastočnú úhradu ústavnej starostlivosti. Zdravotná poisťovňa v prípade podľa prvej vety je povinná uhrádzať poskytnutú ústavnú starostlivosť v nasledujúcom kalendárnom roku najmenej vo výške 80 % obvyklej ceny v mieste a v čase jej poskytnutia. Obvyklou cenou v mieste a v čase jej poskytnutia sa na účely tohto zákona rozumie základná sadzba[24]) alebo iná forma úhrady za ústavnú starostlivosť.

(6) Výška úhrady podľa odseku 5 sa určí takto:

a) ak nemocnica splnila podmienky kategorizácie ústavnej starostlivosti v predchádzajúcom roku na menej ako 20 %, úhrada sa určí vo výške 80 % obvyklej ceny,

b) ak nemocnica splnila podmienky kategorizácie ústavnej starostlivosti v predchádzajúcom roku v rozpätí od 20 % do 80 %, úhrada sa rovnomerne zvyšuje od 80 % do 100 % obvyklej ceny podľa miery plnenia podmienok kategorizácie ústavnej starostlivosti,

c) ak nemocnica splnila podmienky kategorizácie ústavnej starostlivosti v predchádzajúcom roku na viac ako 80 %, úhrada sa určí vo výške 100 % obvyklej ceny.

(7) Ak sa vo vyhodnotení siete podľa § 9 preukáže, že nemocnica zaradená do siete neplní podmienky kategorizácie ústavnej starostlivosti aspoň na 80 %, zdravotná poisťovňa

a) je povinná uhrádzať poskytnutú ústavnú starostlivosť v nasledujúcom kalendárnom roku podľa odseku 6, ak v lehote určenej v rozhodnutí o podmienenom zaradení podľa § 20 ods. 1 prevádzkovateľ nemocnice nedostatky neodstráni,

b) je povinná zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s prevádzkovateľom nemocnice uviesť do súladu s rozhodnutím o vyradení nemocnice zo siete, ak prevádzkovateľ nemocnice zaradenej do siete ani v ďalšom období (§ 20 ods. 5) vo vyhodnotení siete podľa § 9 nepreukáže, že plní podmienky kategorizácie ústavnej starostlivosti a ministerstvo zdravotníctva ju z toho dôvodu vyradí zo siete.

(8) Zdravotná poisťovňa môže uzatvoriť zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s prevádzkovateľom nemocnice, ktorá nie je zaradená do siete, v spádovom území, v ktorom nie sú splnené podmienky pre tvorbu siete podľa vyhodnotenia siete (§ 9), v rozsahu úrovne nemocnice, pre ktorú nie sú splnené podmienky pre tvorbu siete, a to najviac na 12 mesiacov.

(9) Ak došlo k zmene alebo zrušeniu rozhodnutia podľa § 34, prevádzkovateľ nemocnice má nárok na úhradu za poskytnutú ústavnú starostlivosť, ktorú poskytol v súlade s rozhodnutím podľa § 31, ale nad rámec rozhodnutia podľa § 34, alebo za poskytnutú ústavnú starostlivosť, ktorú poskytol nad rámec rozhodnutia podľa § 31 a zároveň v súlade s rozhodnutím podľa § 34.

§ 39

Údaje od zdravotnej poisťovne

(1) Zdravotná poisťovňa je povinná na účely kategorizácie ústavnej starostlivosti (§ 4), kategorizácie nemocníc (§ 10) a vyhodnotenia siete (§ 9) každoročne do 30. apríla predložiť ministerstvu zdravotníctva v elektronicky spracovateľnej podobe

a) údaje o spotrebe ústavnej starostlivosti za každého poistenca v období od 1. januára do 31. decembra predchádzajúceho roka, ktoré obsahujú

1. bezvýznamové identifikačné číslo poistenca,

2. identifikátor poskytnutej ústavnej starostlivosti,

2a. na ktorú sa vzťahuje povinnosť poskytovateľa ústavnej starostlivosti zasielať v elektronickej podobe centru pre klasifikačný systém diagnosticko-terapeutických skupín údaje o poskytnutej zdravotnej starostlivosti[10]) a povinnosť zdravotnej poisťovne uhrádzať zdravotnú starostlivosť podľa klasifikačného systému[25]) (ďalej len „hospitalizačný prípad“),

2b. ktorá je poskytovaná odo dňa prijatia poistenca do ústavnej starostlivosti do dňa jeho prepustenia z ústavnej starostlivosti,

3. identifikátor nemocnice, v ktorej sa ústavná starostlivosť poskytla,

4. dátum indikácie na ústavnú starostlivosť,

5. dátum prijatia poistenca do ústavnej starostlivosti a dátum prepustenia pacienta z ústavnej starostlivosti,

6. diagnosticko-terapeutickú skupinu hospitalizačného prípadu podľa klasifikačného systému[26]) a údaje rozhodujúce pre zaradenie hospitalizačného prípadu do diagnosticko-terapeutickej skupiny podľa klasifikačného systému, a to najmä

6a. kódy choroby, ktoré boli vykázané pre klasifikačný systém,

6b. zoznam zdravotných výkonov pre klasifikačný systém, ktoré boli pacientovi poskytnuté počas hospitalizačného prípadu,

6c. kód lekára, ktorý zdravotný výkon vykonal, pre každý zdravotný výkon, ak ho zdravotná poisťovňa eviduje,

6d. hmotnosť pri prijatí, ak ide o poistenca do jedného roka veku,

6e. druh prijatia, dôvod prijatia a dôvod prepustenia poistenca z ústavnej starostlivosti,

6f. kód choroby, vykázaný pri prepustení poistenca z ústavnej starostlivosti,

6g. kódy odborností oddelení, na ktorých bola poistencovi poskytnutá ústavná starostlivosť, s uvedením dátumu prijatia a dátumu prepustenia poistenca z oddelenia,

b) údaje o spotrebe jednodňovej zdravotnej starostlivosti za každého poistenca v období od 1. januára do 31. decembra predchádzajúceho roka, ktoré obsahujú

1. bezvýznamové identifikačné číslo poistenca,

2. identifikátor jednodňovej zdravotnej starostlivosti, ak ho zdravotná poisťovňa vedie,

3. identifikátor nemocnice, ktorá ústavnú zdravotnú starostlivosť poskytla,

4. dátum indikácie na poskytnutie jednodňovej zdravotnej starostlivosti,

5. dátum poskytnutia jednodňovej zdravotnej starostlivosti,

6. kód zdravotného výkonu, ktorý bol poistencovi poskytnutý,

7. kód lekára, ktorý zdravotný výkon vykonal, ak ho zdravotná poisťovňa eviduje,

8. kód choroby, pre ktorú bola poskytnutá jednodňová zdravotná starostlivosť,

9. kód odbornosti oddelenia, na ktorom bola poistencovi poskytnutá jednodňová zdravotná starostlivosť,

c) údaje z registra poistencov v období od 1. januára do 31. decembra predchádzajúceho roka, ktoré obsahujú

1. bezvýznamové identifikačné číslo poistenca,

2. dátum narodenia poistenca,

3. pohlavie poistenca,

4. dátum začatia poistného vzťahu a dátum ukončenia poistného vzťahu,

5. adresu prechodného a trvalého pobytu poistenca, ak ich poistenec uviedol,

d) údaje zo zoznamu čakajúcich poistencov za obdobie od 1. januára do 31. decembra predchádzajúceho roka, ktoré obsahujú

1. identifikátor návrhu na plánovanú starostlivosť (ďalej len „identifikátor návrhu“) pridelený prevádzkovateľom nemocnice alebo poskytovateľom jednodňovej zdravotnej starostlivosti, ktorý návrh na plánovanú starostlivosť vyhotovil,

2. rodné číslo alebo bezvýznamové identifikačné číslo poistenca alebo identifikačné číslo dokladu osoby, štát poistenia osoby, ak nejde o fyzickú osobu verejne zdravotne poistenú podľa osobitného zákona,[5])

3. názov nemocnice a identifikačné číslo prevádzkovateľa nemocnice alebo názov poskytovateľa jednodňovej zdravotnej starostlivosti a identifikačné číslo poskytovateľa jednodňovej zdravotnej starostlivosti, ktorý vyhotovil návrh na plánovanú starostlivosť,

4. kód odosielajúceho lekára, ktorým je lekár špecializovanej ambulantnej starostlivosti, ktorý odoslal poistenca na poskytnutie plánovanej starostlivosti do nemocnice alebo k poskytovateľovi jednodňovej zdravotnej starostlivosti,

5. dátum odoslania poistenca na poskytnutie plánovanej starostlivosti do nemocnice alebo k poskytovateľovi jednodňovej zdravotnej starostlivosti odosielajúcim lekárom,

6. kód indikujúceho lekára, ktorým je lekár v pracovnoprávnom vzťahu s prevádzkovateľom nemocnice alebo poskytovateľom jednodňovej zdravotnej starostlivosti, ktorý vyhotovil návrh na plánovanú starostlivosť,

7. kód choroby, kód medicínskej služby a kód zdravotného výkonu zo zoznamu zdravotných výkonov pre klasifikačný systém, ak je taký zdravotný výkon možné určiť,

8. lehotu časovej dostupnosti ústavnej starostlivosti ustanovená kategorizáciou ústavnej starostlivosti,

9. dátum a čas vyhotovenia návrhu na plánovanú starostlivosť,

10. predpokladaný dátum poskytnutia plánovanej starostlivosti uvedený v návrhu na plánovanú starostlivosť,

11. dátum zaradenia do zoznamu čakajúcich poistencov,

12. dátum vyradenia zo zoznamu čakajúcich poistencov, ktorým je dátum poskytnutia plánovanej starostlivosti,

13. dôvod vyradenia zo zoznamu čakajúcich poistencov,

14. dátum začiatku prerušenia lehoty plánovanej starostlivosti,

15. dôvod prerušenia lehoty plánovanej starostlivosti,

16. dátum ukončenia prerušenia lehoty plánovanej starostlivosti,

17. dátum prekročenia lehoty časovej dostupnosti ústavnej starostlivosti,

18. dôvod prekročenia lehoty časovej dostupnosti ústavnej starostlivosti,

19. porušenie poradia v súhrnnom zozname poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti vedenom národným centrom na základe preferencie poistenca alebo na základe zdravotného stavu poistenca,

20. nový predpokladaný dátumu poskytnutia plánovanej starostlivosti, ak vznikli prípady hodné osobitného zreteľa na strane prevádzkovateľa nemocnice alebo poskytovateľa jednodňovej zdravotnej starostlivosti [§ 40 ods. 9 písm. d)],

21. nový predpokladaný dátumu poskytnutia plánovanej starostlivosti, ak vznikli prípady hodné osobitného zreteľa na strane poistenca,

22. dátum uplatnenia postupu na dodržanie lehoty časovej dostupnosti podľa § 40 ods. 12,

23. dátum uplatnenia postupu podľa § 40 ods. 13 pri nedodržaní lehoty časovej dostupnosti,

24. informáciu o neuplatnení postupu na dodržanie lehoty časovej dostupnosti podľa § 40 ods. 12 na základe preferencie poistenca, ak poistenec súhlasí s predpokladaným dátumom poskytnutia plánovanej starostlivosti prekračujúcim lehotu plánovanej starostlivosti alebo ak osoba trvá na konkrétnom lekárovi s čím je spojený dôvod na prekročenie lehoty plánovanej starostlivosti,

25. informáciu o neuplatnení postupu podľa § 40 ods. 13 pri nedodržaní lehoty časovej dostupnosti na základe preferencie poistenca, ak poistenec súhlasí s predpokladaným dátumom poskytnutia plánovanej starostlivosti prekračujúcim lehotu plánovanej starostlivosti alebo ak osoba trvá na konkrétnom lekárovi s čím je spojený dôvod na prekročenie lehoty plánovanej starostlivosti,

e) plánované počty hospitalizácií v rámci každej medicínskej služby v rámci plánovanej starostlivosti, ktorú je prevádzkovateľ nemocnice a poskytovateľ jednodňovej zdravotnej starostlivosti schopný poskytnúť v priebehu nasledujúceho kalendárneho roka v rámci plánovanej starostlivosti.

(2) Formu, definíciu a štruktúru údajov podľa odseku 1 zverejňuje ministerstvo zdravotníctva na svojom webovom sídle. Každú zmenu vo forme, definícii alebo štruktúre predkladaných údajov podľa odseku 1 ministerstvo zdravotníctva vopred prerokuje so zástupcami zdravotných poisťovní; zmeny nemôžu nadobudnúť účinnosť skôr ako dva mesiace od takého prerokovania; to neplatí, ak sa na tom zúčastnené strany na prerokovaní dohodnú.

§ 40

Zoznam čakajúcich poistencov

(1) Zdravotná poisťovňa je povinná vytvoriť a viesť zoznam čakajúcich poistencov na základe návrhu na plánovanú starostlivosť zaslaného prevádzkovateľom nemocnice alebo poskytovateľom jednodňovej zdravotnej starostlivosti.

(2) Zdravotná poisťovňa je povinná viesť v elektronickej podobe informáciu o potvrdených, odmietnutých a vyradených návrhoch na plánovanú starostlivosť pre

a) nemocnicu, ktorá je zaradená do siete, osobitne pre každú medicínsku službu, ktorá sa v nemocnici poskytuje a je plánovanou starostlivosťou,

b) poskytovateľa jednodňovej zdravotnej starostlivosti (§ 2 ods. 5), ktorý poskytuje zdravotnú starostlivosť, pre ktorú bol kategorizáciou ústavnej starostlivosti ustanovený minimálny počet medicínskych služieb a pre tieto medicínske služby bola kategorizáciou ústavnej starostlivosti ustanovená časová dostupnosť ústavnej starostlivosti.

(3) Zdravotná poisťovňa vykoná kontrolu správnosti a úplnosti údajov v návrhu na plánovanú starostlivosť, overí, či neexistuje už iný návrh na plánovanú starostlivosť pre poistenca na tú istú plánovanú starostlivosť zaslaný tým istým alebo iným prevádzkovateľom nemocnice alebo tým istým alebo iným poskytovateľom jednodňovej zdravotnej starostlivosti a ak je návrh na plánovanú starostlivosť neúplný, vráti ho prevádzkovateľovi nemocnice alebo poskytovateľovi jednodňovej zdravotnej starostlivosti na doplnenie v lehote desiatich dní odo dňa jeho doručenia podľa odseku 1, inak návrh na plánovanú starostlivosť buď odmietne podľa odseku 6, alebo potvrdí a postupuje podľa odseku 5, ak v odseku 4 nie je ustanovené inak. Doplnenie návrhu na plánovanú starostlivosť nemá vplyv na plynutie lehoty plánovanej starostlivosti podľa § 2 ods. 9.

(4) Ak existuje už iný návrh na plánovanú starostlivosť pre poistenca na tú istú plánovanú starostlivosť zaslaný tým istým alebo iným prevádzkovateľom nemocnice alebo tým istým alebo iným poskytovateľom jednodňovej zdravotnej starostlivosti, zdravotná poisťovňa návrh na plánovanú starostlivosť potvrdí a zároveň vyradí skôr doručený návrh na plánovanú starostlivosť. O vyradení skôr doručeného návrhu na plánovanú starostlivosť zdravotná poisťovňa upovedomí prevádzkovateľa nemocnice alebo poskytovateľa jednodňovej zdravotnej starostlivosti a poistenca. Za rovnakú zdravotnú starostlivosť v návrhu na plánovanú starostlivosť sa považuje návrh na rovnakú medicínsku službu s výnimkou medicínskej služby párového orgánu. Ak nový návrh na plánovanú starostlivosť má neskorší predpokladaný dátum poskytnutia plánovanej starostlivosti ako pôvodný návrh, povinnosti zdravotnej poisťovne podľa odsekov 12 a 13 sa neuplatňujú. Poradie návrhov na plánovanú starostlivosť sa určuje podľa dátumu a času vyhotovenia návrhu na plánovanú starostlivosť.

(5) Zdravotná poisťovňa zaradí poistenca bezodkladne do zoznamu čakajúcich poistencov po doručení úplného návrhu na plánovanú starostlivosť podľa predpokladaného dátumu poskytnutia plánovanej starostlivosti uvedeného v návrhu na plánovanú starostlivosť; to neplatí, ak ide o poskytnutie neodkladnej zdravotnej starostlivosti. Ak je návrh na plánovanú starostlivosť doručený zdravotnej poisťovni neskôr ako nasledujúci pracovný deň po dni indikovania plánovanej starostlivosti indikujúcim lekárom, pre potreby výkonu povinnosti zdravotnej poisťovni podľa odsekov 12 a 13 sa lehota časovej dostupnosti ústavnej starostlivosti počíta od dátumu doručenia návrhu na plánovanú starostlivosť do zdravotnej poisťovne.

(6) Zdravotná poisťovňa návrh na plánovanú starostlivosť odmietne, ak

a) zistí, že nie je príslušnou zdravotnou poisťovňou poistenca,

b) prevádzkovateľ nemocnice alebo poskytovateľ jednodňovej zdravotnej starostlivosti nemôže poskytovať medicínsku službu uvedenú v návrhu na plánovanú starostlivosť alebo zdravotná poisťovňa nemá uzatvorenú zmluvu na medicínsku službu s týmto prevádzkovateľom nemocnice alebo poskytovateľom jednodňovej zdravotnej starostlivosti,

c) prevádzkovateľ nemocnice alebo poskytovateľ jednodňovej zdravotnej starostlivosti nedoplnil návrh na plánovanú starostlivosť v lehote podľa odseku 3 prvej vety.

(7) Zdravotná poisťovňa zašle poistencovi prostredníctvom elektronickej komunikácie, krátkej textovej správy, prostredníctvom účtu poistenca alebo v listinnej podobe informáciu o zaradení do zoznamu čakajúcich poistencov do desiatich dní odo dňa zaradenia poistenca do zoznamu čakajúcich poistencov a o podstatných skutočnostiach týkajúcich sa návrhu na plánovanú starostlivosť podľa odsekov 2 až 5 a o stave návrhu na plánovanú starostlivosť.

(8) Zdravotná poisťovňa je povinná

a) viesť informáciu o potvrdených, odmietnutých a vyradených návrhoch na plánovanú starostlivosť podľa jednotlivých nemocníc a poskytovateľov jednodňovej zdravotnej starostlivosti a podľa medicínskych služieb, pre ktoré bola kategorizáciou ústavnej starostlivosti ustanovená časová dostupnosť ústavnej starostlivosti, v rozsahu údajov podľa § 42 ods. 3,

b) informovať poistenca písomne prostredníctvom elektronickej komunikácie, krátkej textovej správy, prostredníctvom účtu poistenca alebo v listinnej podobe o jeho vyradení zo zoznamu čakajúcich poistencov z dôvodov podľa odseku 10 písm. b), f) alebo i); pri vyradení zo zoznamu čakajúcich poistencov zdravotná poisťovňa uvedie aj dôvod vyradenia a informáciu o vyradení zdravotná poisťovňa uvedie aj v účte poistenca,[27])

c) zasielať údaje o potvrdených, odmietnutých a vyradených návrhoch na plánovanú starostlivosť národnému centru nasledujúci pracovný deň od potvrdenia, odmietnutia a vyradenia návrhu na plánovanú starostlivosť zdravotnou poisťovňou na účel vytvorenia súhrnného zoznamu čakajúcich poistencov za všetky zdravotné poisťovne v elektronickej podobe určenej ministerstvom zdravotníctva v rozsahu údajov podľa § 42 ods. 3,

d) zaradiť pri zmene zdravotnej poisťovne poistenca do zoznamu čakajúcich poistencov podľa predpokladaného dátumu poskytnutia plánovanej starostlivosti, ak príslušná zdravotná poisťovňa má uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s prevádzkovateľom nemocnice podľa odseku 2,

e) zverejniť odkaz na súhrnný zoznam čakajúcich poistencov vedený národným centrom podľa osobitného zákona[34]) na svojom webovom sídle.

(9) Zdravotná poisťovňa ponechá poistenca v zozname čakajúcich poistencov a lehota časovej dostupnosti ústavnej starostlivosti sa prerušuje, ak

a) sa u poistenca, ktorému má byť poskytnutá plánovaná starostlivosť, vyskytlo ochorenie alebo úraz, ktoré je potrebné liečiť prednostne pred poskytnutím plánovanej starostlivosti; poistenec sa ponechá v zozname čakajúcich poistencov s poznámkou, že sa upraví predpokladaný dátum poskytnutia plánovanej starostlivosti,

b) vznikli prípady hodné osobitného zreteľa na strane poistenca a z tohto dôvodu mu nebola poskytnutá plánovaná starostlivosť; za prípady hodné osobitného zreteľa na strane poistenca sa považuje najmä potreba ďalších vyšetrení, vznik ďalšej choroby, ktorú je potrebné liečiť prednostne, alebo ak poistencovi zomrela blízka osoba,

c) poistencovi zaradenému v zozname čakajúcich poistencov navrhla poskytnutie plánovanej starostlivosti u iného prevádzkovateľa nemocnice alebo poskytovateľa jednodňovej zdravotnej starostlivosti v záujme dodržania lehoty podľa odseku 12 a poistenec to odmietol; zdravotná poisťovňa uvedie túto skutočnosť v zozname čakajúcich poistencov alebo

d) v čase predpokladaného poskytnutia plánovanej starostlivosti vznikli prípady hodné osobitného zreteľa na strane prevádzkovateľa nemocnice alebo poskytovateľa jednodňovej zdravotnej starostlivosti, ktoré trvali najviac desať dní; za prípady hodné osobitného zreteľa na strane prevádzkovateľa nemocnice alebo poskytovateľa jednodňovej zdravotnej starostlivosti sa považujú najmä práceneschopnosť lekára, ktorého si poistenec vybral na poskytovanie plánovanej starostlivosti, a stav, keď nemocnica alebo poskytovateľ jednodňovej zdravotnej starostlivosti prechodne prestane spĺňať podmienku zabezpečenia materiálno-technického vybavenia.

(10) Zdravotná poisťovňa vyradí poistenca zo zoznamu čakajúcich poistencov, ak

a) pri kontrole vykázanej zdravotnej starostlivosti alebo pri výkone kontrolnej činnosti[28]) u prevádzkovateľa nemocnice alebo u poskytovateľa jednodňovej zdravotnej starostlivosti zistí, že poistenec nemal byť zaradený do zoznamu čakajúcich poistencov,

b) poistencovi bola plánovaná starostlivosť poskytnutá u iného prevádzkovateľa nemocnice alebo poskytovateľa jednodňovej zdravotnej starostlivosti,

c) poistenec zomrel alebo bol vyhlásený za mŕtveho,

d) poistenec prestal byť poistencom príslušnej zdravotnej poisťovne,

e) poistenec bezdôvodne nenastúpil na poskytnutie plánovanej starostlivosti a ani v desaťdňovej lehote neoznámil dôvod nenastúpenia na poskytnutie plánovanej starostlivosti,

f) dôjde k prerušeniu lehoty časovej dostupnosti v prípadoch hodných osobitného zreteľa na strane poistenca o viac ako 90 dní,

g) došlo k takej zmene zdravotného stavu poistenca, ktorá vyžaduje poskytnutie neodkladnej zdravotnej starostlivosti vylučujúcej plánovanú starostlivosť,

h) poskytnutie plánovanej starostlivosti už nie je potrebné,

i) existuje iný návrh na plánovanú starostlivosť pre poistenca na tú istú plánovanú starostlivosť skôr doručený.

(11) Zdravotná poisťovňa zašle prevádzkovateľovi nemocnice a poskytovateľovi jednodňovej zdravotnej starostlivosti informáciu o

a) potvrdených návrhoch na plánovanú starostlivosť nasledujúci pracovný deň po potvrdení návrhu na plánovanú starostlivosť,

b) vyradení poistenca zo zoznamu čakajúcich poistencov a o dôvodoch vyradenia podľa odseku 10.

(12) Ak osoba nesúhlasí s predpokladaným dátumom poskytnutia plánovanej starostlivosti prekračujúcim lehotu časovej dostupnosti ústavnej starostlivosti podľa § 42 ods. 1 piatej vety a v záujme dodržania lehoty časovej dostupnosti ústavnej starostlivosti zdravotná poisťovňa zabezpečí poistencovi poskytnutie plánovanej starostlivosti u iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, s ktorým má uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.[6]) Ak poistenec nesúhlasí, zdravotná poisťovňa vyznačí v zozname čakajúcich poistencov nesúhlas poistenca s návrhom zdravotnej poisťovne na poskytnutie plánovanej starostlivosti u iného

poskytovateľa zdravotnej starostlivosti podľa prvej vety. Nesúhlas poistenca sa preukazuje písomným vyhlásením alebo v elektronickej podobe. Za nesúhlas poistenca sa považuje aj prípad, ak poistenec neodpovie na návrh zdravotnej poisťovne na poskytnutie plánovanej starostlivosti podľa prvej vety u iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti do 15 dní od jeho doručenia.

(13) Ak osoba nesúhlasí s predpokladaným dátumom poskytnutia plánovanej starostlivosti prekračujúcim lehotu časovej dostupnosti ústavnej starostlivosti a zdravotná poisťovňa nezabezpečí poskytnutie plánovanej starostlivosti v lehote časovej dostupnosti ústavnej starostlivosti podľa odseku 12, zdravotná poisťovňa je povinná zabezpečiť a uhradiť plánovanú starostlivosť v tomto poradí u

a) poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, s ktorým nemá zdravotná poisťovňa uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti[6]) (ďalej len „nezmluvný poskytovateľ“) podľa výberu poistenca bez uplatnenia postupu podľa osobitného predpisu,[29]) alebo

b) poskytovateľa zdravotnej starostlivosti v inom členskom štáte podľa osobitného predpisu;[30]) predchádzajúci súhlas zdravotnej poisťovne podľa osobitného predpisu[31]) nahrádza zaradenie do zoznamu čakajúcich poistencov pre tú istú plánovanú starostlivosť na základe zdravotnou poisťovňou vydaného nárokového dokladu podľa osobitného predpisu.[31])

(14) Zdravotná poisťovňa preplatí poistencovi náklady za poskytnutú plánovanú starostlivosť u nezmluvného lekára podľa odseku 13 písm. a) vo výške priemernej úhrady za jednotlivý zdravotný výkon v čase poskytnutia zdravotnej starostlivosti dohodnutej s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, s ktorými má príslušná zdravotná poisťovňa uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti a ktorí poskytujú rovnakú zdravotnú starostlivosť, aká bola poistencovi poskytnutá nezmluvným poskytovateľom. Zdravotná poisťovňa preplatí poistencovi náklady podľa predchádzajúcej vety na základe riadne predloženého účtovného dokladu a zdravotnej dokumentácie, ktorá musí obsahovať dátum poskytnutia plánovanej starostlivosti a kód medicínskej služby alebo údaje potrebné pre jednoznačné určenie medicínskej služby.

(15) Poistenec je na účel postupu podľa odseku 13 povinný oznámiť zdravotnej poisťovni svoj záujem o uhradenie plánovanej starostlivosti u nezmluvného poskytovateľa alebo u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti v inom členskom štáte z dôvodu prekročenia lehoty časovej dostupnosti najneskôr do desiatich dní od prekročenia časovej dostupnosti ústavnej starostlivosti.

(16) Zdravotná poisťovňa môže odmietnuť udeliť súhlas na plánovanú starostlivosť u nezmluvného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti alebo u iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti v inom členskom štáte, ak je predpokladaný dátum poskytnutia plánovanej starostlivosti u týchto poskytovateľov neskorší o viac ako 60 dní ako pôvodne navrhovaný predpokladaný dátum poskytnutia plánovanej starostlivosti v návrhu na plánovanú starostlivosť, ak to nie je v rozpore s osobitnými predpismi.[31a])

(17) Ak dôjde k prerušeniu lehoty časovej dostupnosti v prípadoch hodných osobitného zreteľa na strane poistenca v súčte o viac ako 90 dní, povinnosť zdravotnej poisťovne podľa odseku 13 zaniká. Ak dôjde k prerušeniu lehoty časovej dostupnosti v prípadoch hodných osobitného zreteľa na strane prevádzkovateľa nemocnice alebo u poskytovateľa jednodňovej zdravotnej starostlivosti o viac ako desať dní a prekročí sa tým lehota časovej dostupnosti ústavnej starostlivosti, zdravotná poisťovňa vyznačí toto porušenie v zozname čakajúcich poistencov a zabezpečí poskytnutie plánovanej starostlivosti u iného prevádzkovateľa nemocnice alebo u

iného poskytovateľa jednodňovej zdravotnej starostlivosti v poradí podľa odsekov 12 a 13. Ak zdravotná poisťovňa nemá uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s prevádzkovateľom nemocnice alebo poskytovateľom jednodňovej zdravotnej starostlivosti podľa odseku 2 a poistenec po zmene zdravotnej poisťovne trvá na poskytnutí plánovanej starostlivosti v predpokladanom dátume poskytnutia plánovanej starostlivosti, zdravotná poisťovňa môže postupovať podľa odseku 12 alebo odseku 13.

(18) Zdravotná poisťovňa je povinná viesť evidenciu predpokladaných nákladov na úhradu plánovanej starostlivosti v zozname čakajúcich poistencov na nasledujúci kalendárny rok podľa plánovanej starostlivosti a oznamovať na účely kategorizácie ústavnej starostlivosti (§ 4), kategorizácie nemocníc (§ 10) a vyhodnotenia siete (§ 9) tieto údaje ministerstvu zdravotníctva každoročne do konca februára.

(19) Zdravotná poisťovňa je povinná skutočnosti podľa odsekov 3 až 18 a zmenu predpokladaného dátumu poskytnutia plánovanej starostlivosti podľa § 42 ods. 5 až 10 oznamovať národnému centru v elektronickej podobe určenej ministerstvom zdravotníctva na účel vedenia súhrnného zoznamu čakajúcich poistencov do 24 hodín od zmeny.

(20) Zdravotná poisťovňa, ktorá naposledy vykonávala verejné zdravotné poistenie poistenca, je povinná poskytnúť jeho príslušnej zdravotnej poisťovni do 15. januára kalendárneho roka údaje z účtu poistenca za predchádzajúci kalendárny rok v rozsahu údajov podľa § 39 ods. 1 písm. d).

(21) Podrobný postup zdravotnej poisťovne, poskytovateľa zdravotnej starostlivosti pri vedení zoznamu čakajúcich poistencov, formu, vzory výkazov a štruktúru výkazov v elektronickej podobe zverejňuje ministerstvo zdravotníctva na svojom webovom sídle.

§ 41

Povinnosti prevádzkovateľa nemocnice pri kategorizácii nemocníc

(1) Prevádzkovateľ nemocnice zaradenej do siete je povinný

a) uzatvoriť zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s každou zdravotnou poisťovňou na všetky povinné programy a doplnkové programy v rozsahu programového profilu nemocnice určeného pri kategorizácii nemocníc,

b) poskytovať v nemocnici všetky povinné programy a doplnkové programy v rozsahu programového profilu nemocnice určeného pri kategorizácii nemocníc,

c) poskytovať v nemocnici všetky povinné medicínske služby tej úrovne, v rámci ktorej je zaradená do siete, a medicínske služby v rozsahu schváleného doplnkového programu,

d) pri poskytovaní ústavnej starostlivosti v nemocnici plniť podmienky kategorizácie ústavnej starostlivosti pre všetky poskytované programy a medicínske služby,

e) uzatvoriť zmluvu o spolupráci s prevádzkovateľom nemocnice, ktorá je partnerskou nemocnicou podľa § 19 ods. 3, ak ide o hlavnú nemocnicu,

f) uzatvoriť zmluvu o spolupráci s prevádzkovateľom nemocnice, ktorá je hlavnou nemocnicou podľa § 19 ods. 3, ak ide o partnerskú nemocnicu,

g) uvádzať v žiadostiach podľa tohto zákona pravdivé a úplné informácie,

h) oznamovať ministerstvu zdravotníctva ďalšie zmeny údajov uvedených v rozhodnutiach podľa tohto zákona, na ktoré sa nevzťahuje povinnosť podávať žiadosť podľa § 12.

(2) Prevádzkovateľ nemocnice zaradenej do siete je ďalej povinný

a) poskytnúť v tejto nemocnici bezodkladne každému poistencovi neodkladnú zdravotnú starostlivosť v povinnom programe alebo doplnkovom programe a na pokyn operačného strediska záchrannej zdravotnej služby poskytnúť súčinnosť poskytovateľovi záchrannej zdravotnej služby,[32])

b) bez zbytočného odkladu prevziať od poskytovateľa záchrannej zdravotnej služby poistenca, ktorému má byť poskytnutá povinná medicínska služba, ktorá sa v nemocnici poskytuje v rámci programového profilu nemocnice; ak prevádzkové dôvody neumožňujú prevádzkovateľovi nemocnice prijať poistenca, prevádzkovateľ nemocnice nahlási túto skutočnosť operačnému stredisku záchrannej zdravotnej služby do 60 minút od jej vzniku a zabezpečí prijatie poistenca v inej nemocnici, ktorá je schopná poistencovi poskytnúť túto medicínsku službu,

c) uhradiť prevádzkovateľovi nemocnice, ktorá je partnerskou nemocnicou, náklady na zabezpečenie personálneho zabezpečenia a materiálno-technického vybavenia, ak ide o hlavnú nemocnicu a ak sa na tom prevádzkovatelia nemocníc dohodli [§ 19 ods. 3 písm. c)],

d) uhradiť prevádzkovateľovi nemocnice, ktorá je hlavnou nemocnicou, náklady na zabezpečenie personálneho zabezpečenia a materiálno-technického vybavenia, ak ide o partnerskú nemocnicu a prevádzkovatelia nemocníc sa na tom dohodli,

e) bez zbytočného odkladu zabezpečiť prepravu poistenca do nemocnice I. úrovne po poskytnutí medicínskej služby v nemocnici podľa § 7 ods. 1 písm. a) až d), prostredníctvom ambulancie dopravnej zdravotnej služby, ak to zdravotný stav poistenca vyžaduje a umožňuje a medicínska služba I. úrovne mu nie je poskytnutá v nemocnici podľa § 7 ods. 1 písm. a) až d).

(3) Prevádzkovateľ nemocnice môže poskytovať aj nepovinné medicínske služby a nepovinné programy v rámci programového profilu pre jej úroveň; na poskytovanie nepovinných programov a nepovinných medicínskych služieb sa nevyžaduje súhlas ministerstva zdravotníctva a nemocnica ich môže poskytovať na základe uzatvorenej zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti[6]) alebo za priamu úhradu osoby, ktorej sa nepovinná medicínska služba alebo nepovinný program poskytuje.

§ 42

Povinnosti prevádzkovateľa nemocnice a poskytovateľa jednodňovej zdravotnej starostlivosti so zoznamom čakajúcich poistencov

(1) Prevádzkovateľ nemocnice alebo poskytovateľ jednodňovej zdravotnej starostlivosti v súlade so zásadou rovnakého zaobchádzania navrhne poistencovi, ktorý má indikovanú plánovanú starostlivosť, zaradenie do zoznamu čakajúcich poistencov a oznámi mu predpokladaný dátum poskytnutia plánovanej starostlivosti. Túto skutočnosť uvedie v zdravotnej dokumentácii poistenca. Prevádzkovateľ nemocnice a poskytovateľ jednodňovej zdravotnej starostlivosti je povinný stanoviť predpokladaný dátum poskytnutia plánovanej starostlivosti tak, aby zabezpečil osobe poskytnutie plánovanej starostlivosti v rámci časovej dostupnosti ústavnej starostlivosti, ak bola kategorizáciou ústavnej starostlivosti ustanovená. Ak osoba súhlasí s predpokladaným dátumom poskytnutia plánovanej starostlivosti prekračujúcim lehotu plánovanej starostlivosti alebo ak osoba trvá na konkrétnom lekárovi s čím je spojený dôvod na prekročenie lehoty

plánovanej starostlivosti, indikujúci lekár vyznačí tieto dôvody v návrhu na plánovanú starostlivosť a upozorní osobu, že sa nebude môcť uplatniť postup podľa § 40 ods. 12 a 13. Ak osoba nesúhlasí s predpokladaným dátumom poskytnutia plánovanej starostlivosti prekračujúcim lehotu časovej dostupnosti ústavnej starostlivosti, prevádzkovateľ nemocnice a poskytovateľ jednodňovej zdravotnej starostlivosti vyhotoví návrh na plánovanú starostlivosť do 24 hodín od indikácie plánovanej starostlivosti, pridelí návrhu identifikátor a indikujúci lekár vyznačí nesúhlas osoby v návrhu na plánovanú starostlivosť.

(2) Ak poistenec so zaradením do zoznamu čakajúcich poistencov súhlasí a svoj súhlas potvrdí podpisom do zdravotnej dokumentácie poistenca, prevádzkovateľ nemocnice a poskytovateľ jednodňovej zdravotnej starostlivosti vyhotoví návrh na plánovanú starostlivosť do 24 hodín od indikácie plánovanej starostlivosti a pridelí návrhu identifikátor návrhu; prevádzkovateľ nemocnice a poskytovateľ jednodňovej zdravotnej starostlivosti poistencovi vydá kópiu návrhu na plánovanú starostlivosť, ak o ňu poistenec požiada, a poučí ho o jeho právach a povinnostiach. Postup podľa prvej vety sa neuplatňuje na poistenca, ktorého zdravotný stav spĺňa kritériá na poskytnutie neodkladnej zdravotnej starostlivosti.

(3) Návrh na plánovanú starostlivosť musí obsahovať

a) identifikátor návrhu na plánovanú starostlivosť,

b) rodné číslo alebo bezvýznamové identifikačné číslo poistenca alebo identifikačné číslo dokladu osoby, štát poistenia osoby, ak nejde o fyzickú osobu verejne zdravotne poistenú podľa osobitného zákona,[5]) telefonický kontakt poistenca a emailovú adresu poistenca, ak ju poistenec má,

c) kód odosielajúceho lekára, ktorým je lekár špecializovanej ambulantnej starostlivosti, ktorý odoslal poistenca na poskytnutie plánovanej starostlivosti do nemocnice alebo k poskytovateľovi jednodňovej zdravotnej starostlivosti,[33])

d) názov poskytovateľa zdravotnej starostlivosti a identifikačné číslo poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, ktorého lekár odoslal poistenca na poskytnutie plánovanej starostlivosti do nemocnice alebo k poskytovateľovi jednodňovej zdravotnej starostlivosti,[33])

e) dátum odoslania poistenca na poskytnutie plánovanej starostlivosti do nemocnice alebo k poskytovateľovi jednodňovej zdravotnej starostlivosti odosielajúcim lekárom,

f) kód indikujúceho lekára, ktorým je lekár v pracovnoprávnom vzťahu s prevádzkovateľom nemocnice alebo poskytovateľom jednodňovej zdravotnej starostlivosti, ktorý vyhotovil návrh na plánovanú starostlivosť,

g) názov nemocnice a identifikačné číslo prevádzkovateľa nemocnice alebo názov poskytovateľa jednodňovej zdravotnej starostlivosti a identifikačné číslo poskytovateľa jednodňovej zdravotnej starostlivosti, ktorého lekár vyhotovil návrh na plánovanú starostlivosť,

h) kód choroby, kód medicínskej služby a kód zdravotného výkonu zo zoznamu zdravotných výkonov pre klasifikačný systém, ak je taký zdravotný výkon možné určiť, lehota časovej dostupnosti ústavnej starostlivosti ustanovená kategorizáciou ústavnej starostlivosti,

i) dátum a čas vyhotovenia návrhu na plánovanú starostlivosť,

j) predpokladaný dátum poskytnutia plánovanej starostlivosti uvedený v návrhu plánovanej starostlivosti,

k) neuplatnenie postupu na dodržanie lehoty časovej dostupnosti podľa § 40 ods. 12 a 13, ak poistenec súhlasí s predpokladaným dátumom poskytnutia plánovanej starostlivosti prekračujúcim lehotu plánovanej starostlivosti alebo ak osoba trvá na konkrétnom lekárovi s čím je spojený dôvod na prekročenie lehoty plánovanej starostlivosti.

(4) Prevádzkovateľ nemocnice a poskytovateľ jednodňovej zdravotnej starostlivosti je povinný zdravotnej poisťovni poistenca v elektronickej podobe určenej ministerstvom zdravotníctva

a) zaslať zoznam návrhov na poskytnutie plánovanej starostlivosti nasledujúci pracovný deň po vyhotovení v rozsahu podľa odseku 3,

b) doplniť návrh na poskytnutie plánovanej starostlivosti a doručiť doplnený návrh na poskytnutie plánovanej starostlivosti do desiatich dní odo dňa, kedy zdravotná poisťovňa prevádzkovateľa nemocnice alebo poskytovateľa jednodňovej zdravotnej starostlivosti na doplnenie návrhu podľa § 40 ods. 3 vyzvala,

c) oznámiť dátum nástupu na poskytnutie plánovanej starostlivosti nasledujúci pracovný deň po ukončení poskytnutia plánovanej starostlivosti,

d) oznámiť skutočnosť, že sa poistenec nedostavil na poskytnutie plánovanej starostlivosti nasledujúci pracovný deň po dni, kedy sa plánovaná starostlivosť mala poskytnúť, s uvedením dôvodu nedostavenia sa na poskytnutie plánovanej starostlivosti, ak bol dôvod prevádzkovateľovi nemocnice alebo poskytovateľovi jednodňovej zdravotnej starostlivosti oznámený,

e) oznámiť každoročne do 30. novembra plánované počty hospitalizácií v rámci každej medicínskej služby v rámci plánovanej starostlivosti, ktorú je prevádzkovateľ nemocnice a poskytovateľ jednodňovej zdravotnej starostlivosti schopný poskytnúť v priebehu nasledujúceho kalendárneho roka v rámci plánovanej starostlivosti celkovo a pre každú zdravotnú poisťovňu zvlášť.

(5) Prevádzkovateľ nemocnice a poskytovateľ jednodňovej zdravotnej starostlivosti pri určovaní predpokladaného dátumu poskytnutia plánovanej starostlivosti zohľadňuje súhrnný zoznam čakajúcich poistencov uverejnený národným centrom podľa osobitného zákona[34]) s prihliadnutím na aktuálny zdravotný stav poistenca a preferencie poistenca. Prevádzkovateľ nemocnice a poskytovateľ jednodňovej zdravotnej starostlivosti môže zohľadniť požiadavku na zmenu predpokladaného dátumu poskytnutia plánovanej starostlivosti zo strany poistenca, ktorá nemá za následok zvýhodnenie poradia v zozname čakajúcich poistencov. Ak predpokladaný dátum poskytnutia plánovanej starostlivosti nezodpovedá súhrnnému zoznamu čakajúcich poistencov, prevádzkovateľ nemocnice a poskytovateľ jednodňovej zdravotnej starostlivosti musí byť schopný zdravotnej poisťovni preukázať dôvod. Dátum nástupu na poskytnutie plánovanej starostlivosti prevádzkovateľ nemocnice a poskytovateľ jednodňovej zdravotnej starostlivosti oznamuje poistencovi spravidla najmenej desať pracovných dní pred určeným dátumom. Po oznámení dátumu nástupu na poskytnutie plánovanej starostlivosti sa predpokladaný dátum poskytnutia plánovanej starostlivosti v návrhu na plánovanú starostlivosť považuje za definitívne určený. Ak sa spresnením dátumu nástupu na poskytnutie plánovanej starostlivosti zároveň prekročí lehota časovej dostupnosti ústavnej starostlivosti je prevádzkovateľ nemocnice a

poskytovateľ jednodňovej zdravotnej starostlivosti zároveň povinný uviesť dôvod jej prekročenia.

(6) Predpokladaný dátum poskytnutia plánovanej starostlivosti môže zmeniť prevádzkovateľ nemocnice alebo poskytovateľ jednodňovej zdravotnej starostlivosti na základe žiadosti poistenca zaslanej prevádzkovateľovi nemocnice alebo poskytovateľovi jednodňovej zdravotnej starostlivosti, ak

a) sa u poistenca, ktorému má byť poskytnutá plánovaná starostlivosť, vyskytlo ochorenie alebo úraz, ktoré je potrebné liečiť prednostne pred poskytnutím plánovanej starostlivosti,

b) vznikli prípady hodné osobitného zreteľa na strane poistenca [§ 40 ods. 9 písm. b)].

(7) Predpokladaný dátum poskytnutia plánovanej starostlivosti môže zmeniť prevádzkovateľ nemocnice alebo poskytovateľ jednodňovej zdravotnej starostlivosti, ak vznikli prípady hodné osobitného zreteľa na strane prevádzkovateľa nemocnice alebo poskytovateľa jednodňovej zdravotnej starostlivosti [§ 40 ods. 9 písm. d)]. Prevádzkovateľ nemocnice alebo poskytovateľ jednodňovej zdravotnej starostlivosti oznámi zdravotnej poisťovni nový predpokladaný dátum poskytnutia plánovanej starostlivosti.

(8) Prevádzkovateľ nemocnice alebo poskytovateľ jednodňovej zdravotnej starostlivosti je povinný zmenu predpokladaného dátumu poskytnutia plánovanej starostlivosti oznámiť tak, aby sa o nej poistenec dozvedel najneskôr tri pracovné dni pred dátumom nástupu na poskytnutie plánovanej starostlivosti. Po tom, čo dôvody zmeny predpokladaného dátumu poskytnutia plánovanej starostlivosti pominú, prevádzkovateľ nemocnice alebo poskytovateľ jednodňovej zdravotnej starostlivosti oznámi poistencovi nový predpokladaný dátum poskytnutia plánovanej starostlivosti.

(9) Prevádzkovateľ nemocnice alebo poskytovateľ jednodňovej zdravotnej starostlivosti navrhne vyradiť poistenca zo zoznamu čakajúcich poistencov

a) po poskytnutí plánovanej starostlivosti; za dátum vyradenia poistenca zo zoznamu čakajúcich poistencov sa považuje dátum nástupu poistenca na poskytnutie plánovanej starostlivosti,

b) ak došlo k takej zmene zdravotného stavu poistenca, ktorá si vyžiadala poskytnutie neodkladnej zdravotnej starostlivosti vylučujúcej plánovanú starostlivosť,

c) ak došlo k zmene zdravotného stavu poistenca a poskytnutie plánovanej starostlivosti by ďalej neviedlo k zlepšeniu zdravotného stavu poistenca.

(10) Prevádzkovateľ nemocnice a poskytovateľ jednodňovej zdravotnej starostlivosti je povinný nasledujúci pracovný deň po skutočnosti, ktorá nastala v písmenách a) až d), oznámiť zdravotnej poisťovni v elektronickej podobe v štruktúre určenej ministerstvom zdravotníctva
a) zmenu predpokladaného dátumu poskytnutia plánovanej starostlivosti na základe žiadosti poistenca zaslanej prevádzkovateľovi nemocnice alebo poskytovateľovi jednodňovej zdravotnej starostlivosti, ak

1. sa u poistenca, ktorému má byť poskytnutá plánovaná starostlivosť, vyskytlo ochorenie alebo úraz, ktoré je potrebné liečiť prednostne pred poskytnutím plánovanej starostlivosti,

2. vznikli prípady hodné osobitného zreteľa na strane poistenca [§ 40 ods. 9 písm. b)],

b) nový predpokladaný dátum poskytnutia plánovanej starostlivosti, ak vznikli prípady hodné osobitného zreteľa na strane prevádzkovateľa nemocnice alebo poskytovateľa jednodňovej zdravotnej starostlivosti [§ 40 ods. 9 písm. d)] trvajúce

1. menej ako desať dní, uvedie dátum začiatku prerušenia, dátum ukončenia prerušenia, dôvod prerušenia; ak sa tým prekročí lehota časovej dostupnosti ústavnej starostlivosti, uvedie aj dôvod prekročenia tejto lehoty,

2. dlhšie ako desať dní, uvedie dátum začiatku prerušenia, dátum ukončenia prerušenia, dôvod prerušenia; ak sa tým prekročí lehota časovej dostupnosti ústavnej starostlivosti, uvedie aj dôvod prekročenia tejto lehoty,

c) dátum nástupu poistenca na poskytnutie plánovanej starostlivosti,

d) návrh na vyradenie poistenca zo zoznamu čakajúcich poistencov, ak došlo k

1. takej zmene zdravotného stavu poistenca, ktorá si vyžiadala poskytnutie neodkladnej zdravotnej starostlivosti vylučujúcej plánovanú starostlivosť,

2. zmene zdravotného stavu poistenca a poskytnutie plánovanej starostlivosti by ďalej neviedlo k zlepšeniu zdravotného stavu poistenca,

3. na žiadosť poistenca bez uvedenia dôvodu,

e) dôvod porušenia poradia v súhrnnom zozname vedenom národným centrom z dôvodu

1. preferencie poistenca,

2. zdravotného stavu poistenca.

§ 43

Správne delikty

(1) Správneho deliktu sa dopustí prevádzkovateľ nemocnice tým, že

a) neuzatvorí zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s každou zdravotnou poisťovňou na všetky povinné programy a doplnkové programy v rozsahu programového profilu nemocnice určeného pri kategorizácii nemocníc,

b) neposkytne v nemocnici všetky povinné programy a doplnkové programy v rozsahu programového profilu nemocnice určeného pri kategorizácii nemocníc,

c) neposkytne v nemocnici všetky povinné medicínske služby tej úrovne, v rámci ktorej je nemocnica zaradená do siete, a medicínske služby v rozsahu schváleného doplnkového programu,

d) neplní pri poskytovaní ústavnej starostlivosti v nemocnici podmienky kategorizácie ústavnej starostlivosti pre všetky poskytované programy a medicínske služby,

e) neuzatvorí zmluvu o spolupráci s prevádzkovateľom nemocnice, ktorá je partnerskou nemocnicou podľa § 19 ods. 3, ak ide o hlavnú nemocnicu,

f) neuzatvorí zmluvu o spolupráci s prevádzkovateľom nemocnice, ktorá je hlavnou nemocnicou podľa § 19 ods. 3, ak ide o partnerskú nemocnicu,

g) uvedie v žiadostiach podľa tohto zákona nepravdivé alebo neúplné informácie,

h) neoznámi ministerstvu zdravotníctva zmeny údajov uvedených v rozhodnutiach podľa tohto zákona,

i) neposkytne v nemocnici bezodkladne každému poistencovi neodkladnú zdravotnú starostlivosť v povinnom programe alebo doplnkovom programe a na pokyn operačného strediska záchrannej zdravotnej služby odmietne poskytnúť súčinnosť poskytovateľovi záchrannej zdravotnej služby,[32])

j) neprevezme bezodkladne od poskytovateľa záchrannej zdravotnej služby[32]) poistenca, ktorému má byť poskytnutá povinná medicínska služba, ktorá sa v nemocnici poskytuje v rámci programového profilu nemocnice; to neplatí, ak prevádzkové dôvody neumožňujú prevádzkovateľovi nemocnice prijať poistenca a prevádzkovateľ nemocnice nahlásil túto skutočnosť operačnému stredisku záchrannej zdravotnej služby do 60 minút od jej vzniku,

k) neuhradí prevádzkovateľovi nemocnice, ktorá je partnerskou nemocnicou, náklady na zabezpečenie personálneho zabezpečenia a materiálno-technického vybavenia, ak ide o hlavnú nemocnicu a ak sa na tom prevádzkovatelia nemocníc dohodli [§ 19 ods. 3 písm. c)],

l) neuhradí prevádzkovateľovi nemocnice, ktorá je hlavnou nemocnicou, náklady na zabezpečenie personálneho zabezpečenia a materiálno-technického vybavenia, ak ide o partnerskú nemocnicu a prevádzkovatelia nemocníc sa na tom dohodli,

m) nezabezpečí bezodkladne prepravu poistenca do nemocnice I. úrovne po poskytnutí medicínskej služby v nemocnici podľa § 7 ods. 1 písm. a) až d), prostredníctvom ambulancie dopravnej zdravotnej služby, ak to zdravotný stav poistenca vyžaduje a umožňuje a medicínska služba I. úrovne mu nebola v tejto nemocnici poskytnutá,

n) nenavrhne poistencovi, ktorý má indikovanú plánovanú starostlivosť, zaradenie do zoznamu čakajúcich poistencov, aj keď ju navrhnúť mal (§ 42 ods. 1),

o) nevyhotoví návrh na plánovanú starostlivosť a nevykoná elektronický záznam v zdravotnej dokumentácii poistenca,

p) poistencovi nevydá kópiu návrhu na plánovanú starostlivosť, ak o ňu poistenec požiada,

q) zdravotnej poisťovni poistenca v elektronickej podobe určenej ministerstvom zdravotníctva

1. nezaslal zoznam čakajúcich poistencov podľa § 42 ods. 4 do 24 hodín od vyhotovenia návrhu na plánovanú starostlivosť,

2. nedoručil doplnený návrh do 10 dní odo dňa, kedy zdravotná poisťovňa vyzvala prevádzkovateľa nemocnice na doplnenie návrhu podľa § 42 ods. 4 písm. b),

3. neoznámil dátum nástupu poistenca na poskytnutie plánovanej starostlivosti nasledujúci pracovný deň od dátumu nástupu na poskytnutie plánovanej starostlivosti,

4. neoznamoval priebežne zmeny v návrhoch bezodkladne, odkedy sa dozvedel o skutočnostiach podľa § 42 ods. 7,

5. neoznámil skutočnosť, že poistenec sa nedostavil na poskytnutie plánovanej starostlivosti do troch pracovných dní odo dňa, kedy sa plánovaná starostlivosť mala poskytnúť, alebo

6. neoznámil každoročne do 30. novembra počet plánovanej starostlivosti, ktorú je schopný poskytnúť v priebehu nasledujúceho kalendárneho roka v rámci plánovanej starostlivosti,

7. neoznámil dôvod prekročenia lehoty časovej dostupnosti ústavnej starostlivosti, ak sa spresnením dátumu nástupu na poskytnutie plánovanej starostlivosti lehota časovej dostupnosti ústavnej starostlivosti prekročí,

r) nezohľadnil pri určovaní predpokladaného dátumu poskytnutia plánovanej starostlivosti súhrnný zoznam čakajúcich poistencov uverejnený národným centrom,

s) neoznámil poistencovi dátum nástupu na poskytnutie plánovanej starostlivosti spravidla najmenej 10 pracovných dní pred určeným dátumom,

t) neoznámil zdravotnej poisťovni nový predpokladaný dátum poskytnutia plánovanej starostlivosti pri zmene predpokladaného dátumu poskytnutia plánovanej starostlivosti,

u) neoznámil zmenu predpokladaného dátumu poskytnutia plánovanej starostlivosti poistencovi najneskôr tri pracovné dni pred dátumom nástupu na poskytnutie plánovanej starostlivosti a neoznámil poistencovi nový predpokladaný dátum poskytnutia plánovanej starostlivosti alebo

v) neoznámil bezodkladne zmeny predpokladaných dátumov poskytnutia plánovanej starostlivosti zdravotnej poisťovni v elektronickej podobe určenej ministerstvom zdravotníctva,

w) neoznámil zdravotnej poisťovni návrh na vyradenie poistenca zo zoznamu čakajúcich poistencov podľa § 42 ods. 9.

(2) Správneho deliktu sa dopustí poskytovateľ jednodňovej zdravotnej starostlivosti tým, že

a) nenavrhne poistencovi, ktorý má indikovanú plánovanú starostlivosť, zaradenie do zoznamu čakajúcich poistencov, aj keď ju navrhnúť mal (§ 42 ods. 1),

b) nevyhotoví návrh na plánovanú starostlivosť a nevykoná elektronický záznam v zdravotnej dokumentácii poistenca,

c) poistencovi nevydá kópiu návrhu na plánovanú starostlivosť, ak o ňu poistenec požiada,

d) zdravotnej poisťovni poistenca v elektronickej podobe určenej ministerstvom zdravotníctva

1. nezaslal zoznam čakajúcich poistencov podľa § 42 ods. 4 do 24 hodín od vyhotovenia návrhu na plánovanú starostlivosť,

2. nedoručil doplnený návrh do 10 dní odo dňa, keď zdravotná poisťovňa vyzvala prevádzkovateľa nemocnice na doplnenie návrhu podľa § 42 ods. 4 písm. b),

3. neoznámil dátum nástupu na poskytnutie plánovanej starostlivosti do troch dní od dátumu nástupu na poskytnutie plánovanej starostlivosti,

4. neoznamoval priebežne zmeny v návrhoch bezodkladne, odkedy sa dozvedel o skutočnostiach podľa § 42 ods. 7,

5. neoznámil skutočnosť, že poistenec sa nedostavil na poskytnutie plánovanej starostlivosti do troch pracovných dní odo dňa, keď sa plánovaná starostlivosť mala poskytnúť, alebo

6. neoznámil každoročne do 30. novembra počet plánovanej starostlivosti, ktorú je schopný poskytnúť v priebehu nasledujúceho kalendárneho roka v rámci plánovanej starostlivosti,

7. neoznámil dôvod prekročenia lehoty časovej dostupnosti ústavnej starostlivosti, ak sa spresnením dátumu nástupu na poskytnutie plánovanej starostlivosti lehota časovej dostupnosti ústavnej starostlivosti prekročí,

e) nezohľadnil pri určovaní predpokladaného dátumu poskytnutia plánovanej starostlivosti súhrnný zoznam čakajúcich poistencov uverejnený národným centrom,

f) neoznámil poistencovi dátum nástupu na poskytnutie plánovanej starostlivosti spravidla najmenej 10 pracovných dní pred určeným dátumom,

g) neoznámil zdravotnej poisťovni nový predpokladaný dátum poskytnutia plánovanej starostlivosti pri zmene predpokladaného dátumu poskytnutia plánovanej starostlivosti,

h) neoznámil zmenu predpokladaného dátumu poskytnutia plánovanej starostlivosti poistencovi najneskôr tri pracovné dni pred dátumom nástupu na poskytnutie plánovanej starostlivosti a neoznámil poistencovi nový predpokladaný dátum poskytnutia plánovanej starostlivosti alebo

i) neoznámil bezodkladne zmeny predpokladaných dátumov poskytnutia plánovanej starostlivosti zdravotnej poisťovni v elektronickej podobe určenej ministerstvom zdravotníctva,

j) neoznámil návrh na vyradenie poistenca zo zoznamu čakajúcich poistencov podľa § 42 ods. 9.

(3) Ministerstvo zdravotníctva uloží pokutu za správny delikt

a) podľa odseku 1 do výšky 3 000 eur,

b) podľa odseku 2 do výšky 1 000 eur.

(4) Pri rozhodovaní o výške pokuty ministerstvo zdravotníctva prihliada najmä na závažnosť, spôsob a následky porušenia povinnosti. Pri opakovanom porušení povinností podľa tohto zákona možno v lehote dvoch rokov od právoplatnosti predchádzajúceho rozhodnutia o uložení pokuty uložiť ďalšiu pokutu do dvojnásobku sumy uvedenej v odseku 3.

(5) Konanie o uloženie pokuty možno začať do jedného roka odo dňa, keď sa ministerstvo zdravotníctva o porušení povinnosti dozvedelo, najneskôr však do troch rokov, odkedy k porušeniu povinnosti došlo.

(6) Pokuta podľa tohto zákona je splatná do 60 dní odo dňa nadobudnutia právoplatnosti rozhodnutia o jej uložení; odvolanie proti rozhodnutiu o uložení pokuty má odkladný účinok.

(7) Na konanie o uloženie pokuty sa vzťahuje správny poriadok.

(8) Pokuty sú príjmom štátneho rozpočtu.

§ 44

Splnomocňovacie ustanovenie

(1) Ministerstvo zdravotníctva vydá všeobecne záväzný právny predpis, ktorým ustanoví

a) metodiku vyhodnotenia siete,

b) podrobnosti o podmienkach pre tvorbu siete a podrobnosti o postupe pri kategorizácii nemocníc.

(2) Ministerstvo zdravotníctva vydá každoročne do 30. novembra všeobecne záväzný právny predpis s účinnosťou k 1. januáru nasledujúceho roka, ktorým

a) ustanoví

1. programový profil pre každú úroveň nemocnice,

2. spôsob určenia medicínskej služby,

3. zoznam medicínskych služieb v rozsahu kód, názov medicínskej služby, zaradenie medicínskej služby do programu, úroveň medicínskej služby a označenie či je medicínska služba povinná, nepovinná alebo doplnková,

4. indikátory kvality pre ústavnú starostlivosť a ich cieľové hodnoty,

5. časovú dostupnosť ústavnej starostlivosti; časová dostupnosť ústavnej starostlivosti sa nesmie stanoviť pre neodkladnú zdravotnú starostlivosť,

b) ustanoví pre každý program, ak to kategorizácia ústavnej starostlivosti ustanovila,

1. špeciálne personálne zabezpečenie,

2. špeciálne materiálno-technické vybavenie,

3. iné programy alebo medicínske služby, ktoré sa musia v nemocnici súčasne poskytovať,

c) ustanoví pre každú medicínsku službu, ak to kategorizácia ústavnej starostlivosti ustanovila,

1. minimálny počet medicínskych služieb, ktoré sa musia v nemocnici alebo u poskytovateľa jednodňovej zdravotnej starostlivosti vykonať alebo ktoré musí lekár vykonať v kalendárnom roku,

2. indikačné kritériá pre hospitalizáciu,

3. podmienky pre poskytnutie diagnostiky a liečby počas hospitalizácie,

4. podmienky pre prepustenie poistenca z hospitalizácie,

5. podmienky pre prepravu poistenca medzi nemocnicami,

6. indikátory kvality pre ústavnú starostlivosť a ich cieľové hodnoty,

7. špeciálne personálne zabezpečenie,

8. špeciálne materiálno-technické vybavenie,

9. iné programy alebo medicínske služby, ktoré sa musia v nemocnici súčasne poskytovať,

d) ustanoví lehotu na splnenie podmienok kategorizácie ústavnej starostlivosti.

§ 45

Prechodné ustanovenia

(1) Návrhy na členov kategorizačnej komisie pre ústavnú starostlivosť zašlú zdravotné poisťovne, odborné spoločnosti podľa špecializácie zaraďovanej ústavnej starostlivosti do programov, nezisková pacientska organizácia združujúca pacientske organizácie a úrad pre dohľad ministrovi zdravotníctva do 15. januára 2022.

(2) Minister zdravotníctva vymenuje prvých členov kategorizačnej komisie pre ústavnú starostlivosť do 31. januára 2022.

(3) Minister zdravotníctva vymenuje prvých členov komisie pre tvorbu siete k 1. máju 2024. Funkciu komisie pre tvorbu siete (§ 9, § 15 až 20) vykonáva do 30. apríla 2024 ministerstvo zdravotníctva.

(4) Prvú kategorizáciu ústavnej starostlivosti odborne posúdi kategorizačná komisia pre ústavnú starostlivosť do 31. marca 2022. Ak kategorizačná komisia pre ústavnú starostlivosť nepripraví odborné stanovisko k prvej kategorizácii ústavnej starostlivosti alebo k niektorej jej časti v termíne podľa prvej vety, časti prvej kategorizácie ústavnej starostlivosti, pre ktoré kategorizačná komisia pre ústavnú starostlivosť nepripravila odborné stanovisko, ustanoví ministerstvo zdravotníctva.

(5) Druhú kategorizáciu ústavnej starostlivosti odborne posúdi kategorizačná komisia pre ústavnú starostlivosť do 15. augusta 2023.

(6) Ministerstvo zdravotníctva vydá všeobecne záväzný právny predpis, ktorým ustanoví prvú kategorizáciu ústavnej starostlivosti v rozsahu § 44 ods. 2, do 1. júla 2022.

(7) Ministerstvo zdravotníctva rozhodne o podmienenom zaradení nemocníc do siete a vydá prvý zoznam kategorizovaných nemocníc, ktorý zverejní na svojom webovom sídle, do 31. decembra 2022, ak v § 45a nie je ustanovené inak, až po vydaní všeobecne záväzného právneho predpisu podľa odseku 6. Ustanovenia § 3 ods. 6 až 8, § 12, § 15, § 21 až 26, § 28 až 30, § 33 a 34 sa neuplatňujú na postup podľa prvej vety. Rozhodnutie vydané podľa prvej vety sa stáva vykonateľné najskôr k 1. januáru 2024. Ministerstvo zdravotníctva v rozhodnutí podľa prvej vety môže rozhodnúť o podmienenom zaradení nemocnice do siete, ktorá neplní podmienky podľa § 8 ods. 1, ak čerpala alebo čerpá v období od februára 2021 do júna 2023 finančné prostriedky v sume najmenej 3 000 000 eur z Európskej únie; pre tieto nemocnice sa v rozhodnutí stanoví aj dátum vyradenia zo siete. Ministerstvo zdravotníctva v rozhodnutí podľa prvej vety môže rozhodnúť o podmienenom zaradení nemocnice I. úrovne do siete na obdobie od 1. januára 2024 do 31. decembra 2025, ak prevádzkovateľ nemocnice nebude poskytovať žiaden doplnkový program a zdravotná poisťovňa má s prevádzkovateľom tejto nemocnice uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti k 1. januáru 2022.

(8) Ministerstvo zdravotníctva podmienene zaradí do prvého zoznamu kategorizovaných nemocníc aj špecializované nemocnice,[35]) ktoré za roky 2019 až 2021 aspoň v jednom z týchto rokov splnili minimálne počty medicínskych služieb niektorého z programov, a povolí im tie doplnkové programy, pre ktoré splnili minimálne počty medicínskych služieb, ak minimálne

počty medicínskych služieb boli stanovené kategorizáciou ústavnej starostlivosti. Úroveň špecializovanej nemocnice sa určí podľa najvyššej úrovne doplnkového programu podľa prvej vety; na túto špecializovanú nemocnicu sa nevzťahuje povinnosť poskytovať v nemocnici všetky povinné programy a doplnkové programy v rozsahu programového profilu nemocnice určeného pri kategorizácii nemocníc.

(9) Ministerstvo zdravotníctva vydá druhý zoznam kategorizovaných nemocníc a zverejní ho na svojom webovom sídle do 31. októbra 2023.

(10) Ministerstvo zdravotníctva vydá všeobecne záväzný právny predpis do 31. decembra 2022, ktorým ustanoví

a) metodiku vyhodnotenia siete a

b) podrobnosti o podmienkach pre tvorbu siete a podrobnosti o postupe pri kategorizácii nemocníc.

(11) Ministerstvo zdravotníctva zverejní prvé vyhodnotenie siete na svojom webovom sídle do 30. júna 2023.

(12) Zdravotná poisťovňa je povinná uviesť zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti uzavreté s prevádzkovateľmi nemocníc, ktoré sú uvedené v druhom zozname kategorizovaných nemocníc, do súladu s týmto zákonom k 1. januáru 2024.

(13) Ak mala zdravotná poisťovňa uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s prevádzkovateľom nemocnice k 1. januáru 2022 a táto nemocnica nebola zaradená do prvého zoznamu podľa odseku 7, zmluva o poskytovaní zdravotnej starostlivosti zostáva v platnosti a objem úhrad za ústavnú starostlivosť v období od 1. januára 2022 do 31. decembra 2023 nesmie klesnúť pod objem úhrad za ústavnú starostlivosť uhradený prevádzkovateľovi tejto nemocnice v roku 2021.

(14) Ustanovenia § 3 ods. 1 písm. c) štvrtého bodu okrem štruktúry údajov od zdravotných poisťovní podľa § 39 ods. 2, § 39 ods. 1 písm. d) dvadsiateho druhého až dvadsiateho piateho bodu, § 40 ods. 5 druhej vety, § 40 ods. 9 písm. c), § 40 ods. 12 až 18, § 42 ods. 1 štvrtej vety a § 42 ods. 3 písm. k) sa do 31. decembra 2024 neuplatňujú.

(15) V období od 1. januára 2022 do 31. decembra 2030 minimálny počet lôžok[15]) sa nesmie zmeniť o viac ako 1 000 lôžok za rok; zmena počtu lôžok musí zohľadňovať dostupnosť ambulantnej zdravotnej starostlivosti a dostupnosť ústavnej starostlivosti v spádovom území nemocnice.

(16) Zoznam poistencov zaradených do zoznamu čakajúcich poistencov podľa právnych predpisov účinných do 31. decembra 2023 zašle zdravotná poisťovňa prevádzkovateľovi nemocnice na doplnenie návrhov na plánovanú starostlivosť a prevádzkovateľ nemocnice zašle návrhy na plánovanú starostlivosť zdravotnej poisťovni do 30 dní od doručenia.

§ 45a

Prechodné ustanovenie k úpravám účinným dňom vyhlásenia

Ak ministerstvo nevydalo rozhodnutie podľa § 45 ods. 7 a 8 do 31. decembra 2022, urobí tak do 31. decembra 2023 na základe údajov podľa § 3 ods. 1 písm. d), § 37 a § 39 predložených ministerstvu zdravotníctva podľa tohto zákona za roky 2019 až 2021.

§ 46

Zrušovacie ustanovenie

Zrušuje sa vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 412/2009 Z. z., ktorou sa ustanovujú podrobnosti o zozname poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti v znení vyhlášky Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 151/2011 Z. z. a vyhlášky Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 396/2013 Z. z.

Čl. II

Zákon Národnej rady Slovenskej republiky č. 145/1995 Z. z. o správnych poplatkoch v znení zákona Národnej rady Slovenskej republiky č. 123/1996 Z. z., zákona Národnej rady Slovenskej republiky č. 224/1996 Z. z., zákona č. 70/1997 Z. z., zákona č. 1/1998 Z. z., zákona č. 232/1999 Z. z., zákona č. 3/2000 Z. z., zákona č. 142/2000 Z. z., zákona č. 211/2000 Z. z., zákona č. 468/2000 Z. z., zákona č. 553/2001 Z. z., zákona č. 96/2002 Z. z., zákona č. 118/2002 Z. z., zákona č. 215/2002 Z. z., zákona č. 237/2002 Z. z., zákona č. 418/2002 Z. z., zákona č. 457/2002 Z. z., zákona č. 465/2002 Z. z., zákona č. 477/2002 Z. z., zákona č. 480/2002 Z. z., zákona č. 190/2003 Z. z., zákona č. 217/2003 Z. z., zákona č. 245/2003 Z. z., zákona č. 450/2003 Z. z., zákona č. 469/2003 Z. z., zákona č. 583/2003 Z. z., zákona č. 5/2004 Z. z., zákona č. 199/2004 Z. z., zákona č. 204/2004 Z. z., zákona č. 347/2004 Z. z., zákona č. 382/2004 Z. z., zákona č. 434/2004 Z. z., zákona č. 533/2004 Z. z., zákona č. 541/2004 Z. z., zákona č. 572/2004 Z. z., zákona č. 578/2004 Z. z., zákona č. 581/2004 Z. z., zákona č. 633/2004 Z. z., zákona č. 653/2004 Z. z., zákona č. 656/2004 Z. z., zákona č. 725/2004 Z. z., zákona č. 5/2005 Z. z., zákona č. 8/2005 Z. z., zákona č. 15/2005 Z. z., zákona č. 93/2005 Z. z., zákona č. 171/2005 Z. z., zákona č. 308/2005 Z. z., zákona č. 331/2005 Z. z., zákona č. 341/2005 Z. z., zákona č. 342/2005 Z. z., zákona č. 468/2005 Z. z, zákona č. 473/2005 Z. z., zákona č. 491/2005 Z. z., zákona č. 538/2005 Z. z., zákona č. 558/2005 Z. z., zákona č. 572/2005 Z. z., zákona č. 573/2005 Z. z., zákona č. 610/2005 Z. z., zákona č. 14/2006 Z. z., zákona č. 15/2006 Z. z., zákona č. 24/2006 Z. z., zákona č. 117/2006 Z. z., zákona č. 124/2006 Z. z., zákona č. 126/2006 Z. z., zákona č. 224/2006 Z. z., zákona č. 342/2006 Z. z., zákona č. 672/2006 Z. z., zákona č. 693/2006 Z. z., zákona č. 21/2007 Z. z., zákona č. 43/2007 Z. z., zákona č. 95/2007 Z. z., zákona č. 193/2007 Z. z., zákona č. 220/2007 Z. z., zákona č. 279/2007 Z. z., zákona č. 295/2007 Z. z., zákona č. 309/2007 Z. z., zákona č. 342/2007 Z. z., zákona č. 343/2007 Z. z., zákona č. 344/2007 Z. z., zákona č. 355/2007 Z. z., zákona č. 358/2007 Z. z., zákona č. 359/2007 Z. z., zákona č. 460/2007 Z. z., zákona č. 517/2007 Z. z., zákona č. 537/2007 Z. z., zákona č. 548/2007 Z. z., zákona č. 571/2007 Z. z., zákona č. 577/2007 Z. z., zákona č. 647/2007 Z. z., zákona č. 661/2007 Z. z., zákona č. 92/2008 Z. z., zákona č. 112/2008 Z. z., zákona č. 167/2008 Z. z., zákona č. 214/2008 Z. z., zákona č. 264/2008 Z. z., zákona č. 405/2008 Z. z., zákona č. 408/2008 Z. z., zákona č. 451/2008 Z. z., zákona č. 465/2008 Z. z., zákona č.495/2008 Z. z., zákona č. 514/2008 Z. z., zákona č. 8/2009 Z. z., zákona č. 45/2009 Z. z., zákona č. 188/2009 Z.

z., zákona č. 191/2009 Z. z., zákona č. 274/2009 Z. z., zákona č. 292/2009 Z. z., zákona č. 304/2009 Z. z., zákona č. 305/2009 Z. z., zákona č. 307/2009 Z. z., zákona č. 465/2009 Z. z., zákona č. 478/2009 Z. z., zákona č. 513/2009 Z. z., zákona č. 568/2009 Z. z., zákona č. 570/2009 Z. z., zákona č. 594/2009 Z. z., zákona č. 67/2010 Z. z., zákona č. 92/2010 Z. z., zákona č. 136/2010 Z. z., zákona č. 144/2010 Z. z., zákona č. 514/2010 Z. z., zákona č. 556/2010 Z. z., zákona č. 39/2011 Z. z., zákona č. 119/2011 Z. z., zákona č. 200/2011 Z. z., zákona č. 223/2011 Z. z., zákona č. 254/2011 Z. z., zákona č. 256/2011 Z. z., zákona č. 258/2011 Z. z., zákona č. 324/2011 Z. z., zákona č. 342/2011 Z. z., zákona č. 363/2011 Z. z., zákona č. 381/2011 Z. z., zákona č. 392/2011 Z. z., zákona č. 404/2011 Z. z., zákona č. 405/2011 Z. z., zákona č. 409/2011 Z. z., zákona č. 519/2011 Z. z., zákona č. 547/2011 Z. z., zákona č. 49/2012 Z. z., zákona č. 96/2012 Z. z., zákona č. 251/2012 Z. z., zákona č. 286/2012 Z. z., zákona č. 336/2012 Z. z., zákona č. 339/2012 Z. z., zákona č. 351/2012 Z. z., zákona č. 439/2012 Z. z., zákona č. 447/2012 Z. z., zákona č. 459/2012 Z. z., zákona č. 8/2013 Z. z., zákona č. 39/2013 Z. z., zákona č. 40/2013 Z. z., zákona č. 72/2013 Z. z., zákona č. 75/2013 Z. z., zákona č. 94/2013 Z. z., zákona č. 96/2013 Z. z., zákona č. 122/2013 Z. z., zákona č. 144/2013 Z. z., zákona č. 154/2013 Z. z., zákona č. 213/2013 Z. z., zákona č. 311/2013 Z. z., zákona č. 319/2013 Z. z., zákona č. 347/2013 Z. z., zákona č. 387/2013 Z. z., zákona č. 388/2013 Z. z., zákona č. 474/2013 Z. z., zákona č. 506/2013 Z. z., zákona č. 35/2014 Z. z., zákona č. 58/2014 Z. z., zákona č. 84/2014 Z. z., zákona č. 152/2014 Z. z., zákona č. 162/2014 Z. z., zákona č. 182/2014 Z. z., zákona č. 204/2014 Z. z., zákona č. 262/2014 Z. z., zákona č. 293/2014 Z. z., zákona č. 335/2014 Z. z., zákona č. 399/2014 Z. z., zákona č. 40/2015 Z. z., zákona č. 79/2015 Z. z., zákona č. 120/2015 Z. z., zákona č. 128/2015 Z. z., zákona č. 129/2015 Z. z., zákona č. 247/2015 Z. z., zákona č. 253/2015 Z. z., zákona č. 259/2015 Z. z., zákona č. 262/2015 Z. z., zákona č. 273/2015 Z. z., zákona č. 387/2015 Z. z., zákona č. 403/2015 Z. z., zákona č. 125/2016 Z. z., zákona č. 272/2016 Z. z., zákona č. 342/2016 Z. z., zákona č. 386/2016 Z. z., zákona č. 51/2017 Z. z., zákona č. 238/2017 Z. z., zákona č. 242/2017 Z. z., zákona č. 276/2017 Z. z., zákona č. 292/2017 Z. z., zákona č. 293/2017 Z. z., zákona č. 336/2017 Z. z., zákona č. 17/2018 Z. z., zákona č. 18/2018 Z. z., zákona č. 49/2018 Z. z., zákona č. 52/2018 Z. z., zákona č. 56/2018 Z. z., zákona č. 87/2018 Z. z., zákona č. 106/2018 Z. z., zákona č. 108/2018 Z. z., zákona č. 110/2018 Z. z., zákona č. 156/2018 Z. z., zákona č. 157/2018 Z. z., zákona č. 212/2018 Z. z., zákona č. 215/2018 Z. z., zákona č. 284/2018 Z. z., zákona č. 312/2018 Z. z., zákona č. 346/2018 Z. z., zákona č. 9/2019 Z. z., zákona č. 30/2019 Z. z., zákona č. 150/2019 Z. z., zákona č. 156/2019 Z. z., zákona č. 158/2019 Z. z., zákona č. 211/2019 Z. z., zákona č. 213/2019 Z. z., zákona č. 216/2019 Z. z., zákona č. 221/2019 Z. z., zákona č. 234/2019 Z. z., zákona č. 356/2019 Z. z., zákona č. 364/2019 Z. z., zákona č. 383/2019 Z. z., zákona č. 386/2019 Z. z., zákona č. 390/2019 Z. z., zákona č. 395/2019 Z. z., zákona č. 460/2019 Z. z., zákona č. 165/2020 Z. z., zákona č. 198/2020 Z. z., zákona č. 310/2020 Z. z., zákona č. 128/2021 Z. z., zákona č. 149/2021 Z. z., zákona č. 259/2021 Z. z., zákona č. 287/2021 Z. z., zákona č. 310/2021 Z. z., zákona č. 372/2021 Z. z., zákona č. 378/2021 Z. z., zákona č. 395/2021 Z. z., zákona č. 402/2021 Z. z., zákona č. 404/2021 Z. z., zákona č. 455/2021 Z. z., zákona č. 490/2021 Z. z., zákona č. 500/2021 Z. z. a zákona č. 532/2021 Z. z. sa dopĺňa takto:

V sadzobníku správnych poplatkov v časti VIII. Finančná správa a obchodná činnosť sa za položku 152a vkladá položka 152b, ktorá znie:

„Položka 152b

a) Rozhodovanie o žiadosti o podmienenom zaradení nemocnice do siete kategorizovaných nemocníc, o žiadosti o podmienenom zvýšení úrovne nemocnice zaradenej do siete kategorizovaných nemocníc a o žiadosti o podmienenom poskytovaní doplnkového medicínskeho programu[36maw]) ..... 400 eur

b) Rozhodovanie o žiadosti o zmene údajov o mieste prevádzkovania nemocnice, o žiadosti o počte lôžok a o žiadosti o rozdelení povinných medicínskych programov medzi hlavnou nemocnicou a partnerskou nemocnicou[36max]) ..... 100 eur

c) Rozhodovanie o žiadosti o znížení úrovne nemocnice zaradenej do siete kategorizovaných nemocníc, o žiadosti o zrušení doplnkového medicínskeho programu v nemocnici zaradenej do siete kategorizovaných nemocníc a o žiadosti o vyradení nemocnice zo siete kategorizovaných nemocníc.[36may]) ..... 200 eur

Poznámka

Poplatok podľa písmen a) až c) musí byť uhradený do siedmich dní odo dňa doručenia žiadosti, inak sa konanie zastaví.“.

Poznámky pod čiarou k odkazom 36maw až 36may znejú:

„[36maw]) § 12 zákona č. 540/2021 Z. z. o kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

[36max]) § 13 zákona č. 540/2021 Z. z.

[36may]) § 14 zákona č. 540/2021 Z. z.“.

Čl. III

Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení zákona č. 82/2005 Z. z., zákona č. 350/2005 Z. z., zákona č. 538/2005 Z. z., zákona č. 660/2005 Z. z., zákona č. 282/2006 Z. z., zákona č. 518/2007 Z. z., zákona č. 662/2007 Z. z., zákona č. 489/2008 Z. z., zákona č. 192/2009 Z. z., zákona č. 345/2009 Z. z., zákona č. 132/2010 Z. z., zákona č. 133/2010 Z. z., zákona č. 34/2011 Z. z., zákona č. 172/2011 Z. z., zákona č. 313/2012 Z. z., zákona č. 345/2012 Z. z., zákona č. 41/2013 Z. z., zákona č. 153/2013 Z. z., zákona č. 160/2013 Z. z., zákona č. 220/2013 Z. z., zákona č. 365/2013 Z. z., zákona č. 185/2014 Z. z., zákona č. 204/2014 Z. z., zákona č. 53/2015 Z. z., zákona č. 77/2015 Z. z., zákona č. 378/2015 Z. z., zákona č. 422/2015 Z. z., zákona č. 428/2015 Z. z., zákona č. 125/2016 Z. z., zákona č. 167/2016 Z. z., zákona č. 317/2016 Z. z., zákona č. 386/2016 Z. z., 257/2017 Z. z., zákona č. 351/2017 Z. z., zákona č. 61/2018 Z. z., zákona č. 87/2018 Z. z., zákona č. 109/2018 Z. z., zákona č. 156/2018 Z. z., zákona č. 192/2018 Z. z.,

zákona č. 287/2018 Z. z., zákona č. 374/2018 Z. z., zákona č. 139/2019 Z. z., zákona č. 231/2019 Z. z., zákona č. 383/2019 Z. z., zákona č. 398/2019 Z. z., zákona č. 467/2019 Z. z., zákona č. 69/2020 Z. z., zákona č. 125/2020 Z. z., zákona č. 165/2020 Z. z., zákona č. 319/2020 Z. z., zákona č. 392/2020 Z. z., zákona č. 9/2021 Z. z., zákona č. 82/2021 Z. z., zákona č. 133/2021 Z. z., zákona č. 213/2021 Z. z., zákona č. 252/2021 Z. z., zákona č. 358/2021 Z. z. a zákona č. 532/2021 Z. z. sa mení a dopĺňa takto:

1. V § 2 odsek 22 znie:

„(22) Zdravotný obvod je administratívne určenie časti územia Slovenskej republiky poskytovateľovi všeobecnej ambulantnej starostlivosti pre dospelých a poskytovateľovi všeobecnej ambulantnej starostlivosti pre deti a dorast v rozsahu verejnej siete poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti[2aa]) a poskytovateľovi špecializovanej gynekologickej ambulantnej starostlivosti a poskytovateľovi špecializovanej zubno-lekárskej ambulantnej starostlivosti v rozsahu verejnej minimálnej siete.[7])“.

Poznámka pod čiarou k odkazu 2aa znie:

„[2aa]) § 5 ods. 6 zákona č. 578/2004 Z. z. v znení zákona č. 540/2021 Z. z.“.

2. V § 2 ods. 23 sa slová „poskytovateľovi ambulantnej starostlivosti“ nahrádzajú slovami „poskytovateľovi špecializovanej gynekologickej ambulantnej starostlivosti a poskytovateľovi špecializovanej zubno-lekárskej ambulantnej starostlivosti“.

3. § 2 sa dopĺňa odsekom 35, ktorý znie:

„(35) Zdravotný obvod určí poskytovateľovi všeobecnej ambulantnej starostlivosti pre dospelých a poskytovateľovi všeobecnej ambulantnej starostlivosti pre deti a dorast podľa odseku 22 samosprávny kraj tak, aby bolo zabezpečené rovnomerné pracovné zaťaženie poskytovateľov vo verejnej sieti poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti.[2aa]) Zdravotný obvod tvorí zoznam určených obcí, ulíc, súpisných čísiel domov a orientačných čísiel domov.“.

4. V § 21 sa odsek 3 dopĺňa písmenom h), ktoré znie:

„h) lehotu plánovanej zdravotnej starostlivosti,[21aa]) predpokladaný dátum poskytnutia plánovanej zdravotnej starostlivosti a dátum poskytnutia plánovanej zdravotnej starostlivosti.“.

Poznámka pod čiarou k odkazu 21aa znie:

„[21aa]) § 2 ods. 9 zákona č. 540/2021 Z. z. o kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.“.

5. V § 46 ods. 1 písm. l) sa čiarka na konci nahrádza bodkočiarkou a pripájajú sa tieto slová: „rozsah zdravotného obvodu poskytovateľov vo verejnej sieti poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti[2aa]) sa určí tak, aby bolo zabezpečené rovnomerné rozloženie ich pracovnej záťaže s ohľadom na ich kapacitu vyjadrenú počtom lekárskych miest, počtom

sesterských miest[53aaaa]) a počtom poistencov, s ktorými má poskytovateľ všeobecnej ambulantnej starostlivosti uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti podľa § 12 ods. 7,“.

Poznámka pod čiarou k odkazu 53aaaa znie:

„[53aaaa]) § 5 ods. 7 a 8 zákona č. 578/2004 Z. z. v znení zákona č. 540/2021 Z. z.“.

6. V § 46 sa odsek 1 dopĺňa písmenami q) až s), ktoré znejú:

„q) poskytuje údaje podľa písmena m) a podľa osobitného zákona[53b]) ministerstvu zdravotníctva, úradu pre dohľad, zdravotným poisťovniam a na vyžiadanie aj iným samosprávnym krajom,

r) plní úlohy v súvislosti so zabezpečovaním verejnej minimálnej siete poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti a plní podmienky ustanovené osobitným zákonom,[53c])

s) určí zdravotný obvod (§ 2 ods. 23) poskytovateľovi všeobecnej ambulantnej starostlivosti pre dospelých alebo poskytovateľovi všeobecnej ambulantnej starostlivosti pre deti a dorast, ktorý požiadal o povolenie na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia v čase, keď mal príslušný samosprávny kraj zverejnené ponuky neobsadených lekárskych miest,[53d]) a to do 30 dní od vydania povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia; samosprávny kraj na tieto účely získava údaje z registra poistencov zdravotných poisťovní o trvalom pobyte a prechodnom pobyte v jednotlivých obciach v jeho pôsobnosti podľa veku a pohlavia na úroveň ulice a súpisného čísla domov alebo orientačného čísla domov.“.

Poznámky pod čiarou k odkazom 53b až 53d znejú:

„[53b]) § 5b ods. 3 písm. d) a § 79 ods. 20 zákona č. 578/2004 Z. z. v znení zákona č. 540/2021 Z. z.

[53c]) § 6d a 6e zákona č. 578/2004 Z. z. v znení zákona č. 540/2021 Z. z.

[53d]) § 6d zákona č. 578/2004 Z. z. v znení zákona č. 540/2021 Z. z.“.

Čl. IV

Zákon 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. 720/2004 Z. z., zákona č. 347/2005 Z. z., zákona č. 538/2005 Z. z., zákona č. 660/2005 Z. z., zákona č. 342/2006 Z. z., zákona č. 522/2006 Z. z., zákona č. 661/2007 Z. z., zákona č. 81/2009 Z. z., zákona č. 402/2009 Z. z., zákona č. 34/2011 Z. z., zákona č. 363/2011 Z. z., zákona č. 41/2013 Z. z., zákona č. 220/2013 Z. z., zákona č. 365/2013 Z. z., zákona č. 185/2014 Z. z., zákona č. 53/2015 Z. z., zákona č. 77/2015 Z. z., zákona č. 428/2015 Z. z., zákona č. 356/2016 Z. z., zákona č. 257/2017 Z. z., zákona č. 351/2017 Z. z., zákona č. 87/2018 Z. z., zákona č. 109/2018 Z. z., zákona č. 374/2018 Z. z., zákona č. 139/2019 Z. z., zákona č. 125/2020 Z. z., zákona č. 392/2020 Z. z., zákona č. 393/2020 Z. z., zákona č. 133/2021 Z. z. a zákona č. 532/2021 Z. z. sa dopĺňa takto:

Za § 3 sa vkladá § 4, ktorý znie:

„§ 4

Z verejného zdravotného poistenia sa uhrádza ústavná zdravotná starostlivosť poskytovaná v nemocnici zaradenej do siete kategorizovaných nemocníc alebo v nemocnici, ktorá nie je zaradená do siete kategorizovaných nemocníc a má uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti so zdravotnou poisťovňou, v rozsahu ustanovenom kategorizáciou ústavnej zdravotnej starostlivosti podľa osobitného zákona.[11r]) “.

Poznámka pod čiarou k odkazu 11r znie:

„[11r]) § 4 zákona č. 540/2021 Z. z. o kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.“.

Čl. V

Zákon č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení zákona č. 720/2004 Z. z., zákona č. 351/2005 Z. z., zákona č. 538/2005 Z. z., zákona č. 282/2006 Z. z., zákona č. 527/2006 Z. z., zákona č. 673/2006 Z. z., zákona č. 272/2007 Z. z., zákona č. 330/2007 Z. z., zákona č. 464/2007 Z. z., zákona č. 653/2007 Z. z., zákona č. 284/2008 Z. z., zákona č. 447/2008 Z. z., zákona č. 461/2008 Z. z., zákona č. 560/2008 Z. z., zákona č. 192/2009 Z. z., zákona č. 214/2009 Z. z., zákona č. 8/2010 Z. z., zákona č. 133/2010 Z. z., zákona č. 34/2011 Z. z., zákona č. 250/2011 Z. z., zákona č. 362/2011 Z. z., zákona č. 390/2011 Z. z., zákona č. 512/2011 Z. z., nálezu Ústavného súdu Slovenskej republiky č. 5/2012 Z. z., zákona č. 185/2012 Z. z., zákona č. 313/2012 Z. z., zákona č. 324/2012 Z. z., zákona č. 41/2013 Z. z., zákona č. 153/2013 Z. z., zákona č. 204/2013 Z. z., zákona č. 220/2013 Z. z., zákona č. 365/2013 Z. z., zákona č. 185/2014 Z. z., zákona č. 333/2014 Z. z., zákona č. 53/2015 Z. z., zákona č. 77/2015 Z. z., zákona č. 393/2015 Z. z., zákona č. 422/2015 Z. z., zákona č. 428/2015 Z. z., zákona č. 91/2016 Z. z., zákona č. 125/2016 Z. z., zákona č. 167/2016 Z. z., zákona č. 317/2016 Z. z., zákona č. 356/2016 Z. z., zákona č. 41/2017 Z. z., zákona č. 92/2017 Z. z., zákona č. 257/2017 Z. z., zákona č. 336/2017 Z. z., zákona č. 351/2017 Z. z., zákona č. 4/2018 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. 270/2018 Z. z., zákona č. 351/2018 Z. z., zákona č. 374/2018 Z. z., zákona č. 139/2019 Z. z., zákona č. 212/2019 Z. z., zákona č. 231/2019 Z. z., zákona č. 383/2019 Z. z., zákona č. 398/2019 Z. z., zákona č. 467/2019 Z. z., zákona č. 125/2020 Z. z., zákona č. 158/2020 Z. z., zákona č. 243/2020 Z. z., zákona č. 319/2020 Z. z., zákona č. 346/2020 Z. z., nálezu Ústavného súdu Slovenskej republiky č. 347/2020 Z. z., zákona č. 392/2020 Z. z., zákona č. 393/2020 Z. z., zákona č. 9/2021 Z. z., zákona č. 133/2021 Z. z., zákona č. 213/2021 Z. z., zákona č. 252/2021 Z. z. a zákona č. 264/2021 Z. z. sa mení a dopĺňa takto:

1. V § 3 ods. 1 sa vypúšťa písmeno g).
Doterajšie písmeno h) sa označuje ako písmeno g).
Poznámka pod čiarou k odkazu 5a sa vypúšťa.
2. V § 4 písm. d) sa slová „ministerstva zdravotníctva“ nahrádzajú slovami „Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky (ďalej len „ministerstvo zdravotníctva“)“.
3. V § 5 ods. 1 písm. a) sa slovo „obyvateľov“ nahrádza slovom „poistencov“.
4. V § 5 ods. 1 písmeno c) znie:

„c) vnútroštátnu migráciu a migráciu cudzincov a osôb bez štátnej príslušnosti[10]) na príslušnom území,“.

5. V § 5 ods. 5 sa vypúšťajú slová „a § 5a“.
6. V § 5 ods. 5 sa na konci bodka nahrádza čiarkou a pripájajú sa tieto slová: „okrem minimálnej siete poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti podľa § 5b ods. 3.“.
7. § 5 sa dopĺňa odsekmi 6 až 8, ktoré znejú:

„(6) Minimálna sieť poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti je usporiadanie najmenšieho možného počtu lekárskych miest a sesterských miest u verejne dostupných poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti na príslušnom území, v takom počte a zložení, aby sa okrem podmienok uvedených v odseku 1 zabezpečila aj miestna dostupnosť a potrebná kapacita poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti.

(7) Lekárske miesto vyjadruje časový rozsah poskytovania zdravotnej starostlivosti vo výške plného úväzku lekára, v rozsahu 40 hodín pracovného času týždenne a 35 ordinačných hodín týždenne, počas ktorých lekár poskytuje zdravotnú starostlivosť.

(8) Sesterské miesto vyjadruje časový rozsah poskytovania zdravotnej starostlivosti, vo výške plného úväzku sestry, zdravotníckeho asistenta alebo iného zdravotníckeho pracovníka, v rozsahu 40 hodín pracovného času týždenne.“.

8. § 5a znie:

„§ 5a

(1) Sieť kategorizovaných nemocníc tvoria poskytovatelia ústavnej zdravotnej starostlivosti, ktorí majú vydané povolenie na prevádzkovanie všeobecnej nemocnice alebo špecializovanej nemocnice, ktorí poskytujú ústavnú zdravotnú starostlivosť na príslušnom území, a ktorí sú uvedení v zozname kategorizovaných nemocníc podľa osobitného zákona.[10b])

(2) Zoznam kategorizovaných nemocníc v rozsahu povinných medicínskych programov[10c]) tvorí časť minimálnej siete podľa § 5 ods. 1.“.

Poznámky pod čiarou k odkazom 10b a 10c znejú:

„[10b]) § 11 zákona č. 540/2021 Z. z. o kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

[10c]) § 2 ods. 17 zákona č. 540/2021 Z. z.“.

9. Za § 5a sa vkladajú § 5b až 5d, ktoré vrátane nadpisov znejú:

„§ 5b

Miestna dostupnosť a potrebná kapacita poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti

(1) Miestnou dostupnosťou poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti podľa § 5 ods. 6 sa rozumie také rozmiestnenie poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti, aby bol zabezpečený maximálny čas dojazdu osobným motorovým vozidlom z každej obce do najbližšej obce s miestom poskytovania príslušnej zdravotnej starostlivosti (ďalej len „maximálny čas dojazdu“).

(2) Potrebnou kapacitou poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti podľa § 5 ods. 6 sa rozumie taký počet lekárskych miest u poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti na území okresu, aby bola zabezpečená kvalitná[60a]) a dostupná zdravotná starostlivosť pri zohľadnení časovej náročnosti poskytovania zdravotnej starostlivosti.

(3) Nariadenie vlády Slovenskej republiky ustanoví

a) spôsob ustanovenia minimálnej siete poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti,

b) maximálny čas dojazdu a spôsob výpočtu miestnej dostupnosti,

c) spôsob výpočtu potrebnej kapacity poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti,

d) podrobnosti o postupe, povinných subjektoch a sprístupňovaných údajoch a o výsledkoch vyhodnocovania stavu minimálnej siete poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti v okrese,

e) normatívny počet poistencov, s ktorými má poskytovateľ všeobecnej ambulantnej starostlivosti 1. januára kalendárneho roka, v ktorom sa tieto údaje sprístupňujú podľa § 5c ods. 1, uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti podľa osobitného zákona[10d]) (ďalej len „kapitovaný poistenec,“) na jedno lekárske miesto u poskytovateľa všeobecnej ambulantnej starostlivosti a spôsob zohľadnenia časovej náročnosti poskytovania zdravotnej starostlivosti,

f) parametre klasifikácie okresov,

g) spôsob určenia hodnôt vnútroštátnej migrácie pre určenie počtu lekárskych miest minimálnej siete poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti,

h) spôsob úpravy počtu lekárskych miest vo verejnej sieti poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti.

(4) Normatívny počet kapitovaných poistencov na jedno lekárske miesto u poskytovateľa všeobecnej ambulantnej starostlivosti ustanovený nariadením vlády Slovenskej republiky podľa odseku 3 písm. e) prehodnocuje ministerstvo zdravotníctva raz za tri roky.

Vyhodnocovanie stavu minimálnej siete poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti

§ 5c

(1) Zdravotné poisťovne, Národné centrum zdravotníckych informácií (ďalej len „národné centrum“) a samosprávne kraje sú povinné každoročne do 31. marca poskytnúť Úradu pre

dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej len „úrad pre dohľad“) v elektronicky spracovateľnej podobe informácie a údaje potrebné na vyhodnocovanie stavu minimálnej siete poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti (ďalej len „vyhodnocovanie stavu siete podľa § 5 ods. 6“) platné 1. januára kalendárneho roka, v ktorom sa tieto údaje poskytujú. Úrad pre dohľad následne bezodkladne poskytne v elektronicky spracovateľnej podobe ministerstvu zdravotníctva a zdravotným poisťovniam údaje podľa prvej vety a údaje o počte a rozdelení poistencov v okrese. Úrad pre dohľad poskytne zdravotným poisťovniam, národnému centru a samosprávnym krajom vzor a elektronicky spracovateľnú podobu pre potrebné údaje na vyhodnocovanie stavu siete podľa § 5 ods. 6.

(2) Vyhodnocovanie stavu siete podľa § 5 ods. 6 vykonáva raz ročne úrad pre dohľad. Úrad pre dohľad poskytne ministerstvu zdravotníctva a zdravotnej poisťovni výsledky vyhodnocovania stavu siete podľa § 5 ods. 6 podľa odseku 3 každoročne do 30. apríla v elektronicky spracovateľnej podobe. Ministerstvo zdravotníctva a zdravotná poisťovňa môžu voči výsledku vyhodnocovania stavu siete podľa § 5 ods. 6 úradom pre dohľad každoročne do 31. mája vzniesť písomné odôvodnené námietky, s ktorými je úrad pre dohľad povinný sa vysporiadať. Úrad pre dohľad je povinný na vyžiadanie ministerstva zdravotníctva alebo zdravotnej poisťovne poskytnúť ministerstvu zdravotníctva alebo zdravotnej poisťovni súčinnosť a podklady potrebné pre overenie správnosti výsledkov vyhodnocovania stavu siete podľa § 5 ods. 6 podľa odseku 4.

(3) Úrad pre dohľad zverejní každoročne do 30. júna na svojom webovom sídle výsledky vyhodnocovania stavu siete podľa § 5 ods. 6 platného 1. januára kalendárneho roka, v ktorom sa tieto výsledky zverejňujú, spolu s protokolom o vznesených námietkach, v ktorom neprijaté námietky musí odôvodniť. Minimálna sieť poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti je ustanovená zverejnením výsledkov vyhodnocovania stavu siete podľa § 5 ods. 6 podľa predchádzajúcej vety.

(4) Výsledky vyhodnocovania stavu siete podľa § 5 ods. 6 musia obsahovať pre každý okres:

a) počet lekárskych miest minimálnej siete poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti,

b) počet lekárskych miest vo verejnej sieti poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti,

c) podiel počtu lekárskych miest vo verejnej sieti poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti podľa písmena b) a počtu lekárskych miest minimálnej siete poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti podľa písmena a),

d) obce, ktoré nemajú zabezpečenú miestnu dostupnosť poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti,

e) počet neobsadených lekárskych miest, definovaný záporným rozdielom medzi počtom lekárskych miest vo verejnej sieti poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti podľa písmena b) a počtom lekárskych miest minimálnej siete poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti podľa písmena a),

f) výsledky parametrov klasifikácie okresov; parametrami klasifikácie okresov sú

1. počet poistencov okresu, ktorí nemajú zabezpečenú miestnu dostupnosť poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti,

2. percentuálne vyjadrené hodnoty podľa písmena c),

3. demografická štruktúra všeobecných lekárov,

g) hodnoty vnútroštátnej migrácie pre určenie počtu lekárskych miest minimálnej siete poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti; vnútroštátna migrácia vyjadruje odchýlku v počte poistencov, pre ktorých je potrebné na danom území zabezpečiť zdravotnú starostlivosť z dôvodov poskytovania všeobecnej ambulantnej starostlivosti mimo okres trvalého pobytu,

h) maximálny čas dojazdu ustanovený podľa § 5b ods. 3 písm. b).

(5) Ak úrad pre dohľad na základe výsledkov vyhodnocovania stavu siete podľa § 5 ods. 6 zistí, že verejná sieť poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti je v okrese menšia ako minimálna sieť poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti, bezodkladne o tom informuje každú zdravotnú poisťovňu. Úrad pre dohľad si od zdravotnej poisťovne vyžiada stanovisko k dôvodom nenaplnenia minimálnej siete poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti a k plánovaným opatreniam zdravotnej poisťovne, v medziach jej oprávnení, na účel dosiahnutia nápravy. Zdravotná poisťovňa zašle vyžiadané stanovisko do 15 dní od doručenia žiadosti úradu pre dohľad a ministerstvu zdravotníctva. Stanovisko zdravotnej poisťovne úrad pre dohľad a ministerstvo zdravotníctva bezodkladne zverejnia na svojich webových sídlach.

(6) Úrad pre dohľad zverejňuje v elektronicky spracovateľnej podobe na svojom webovom sídle počet neobsadených lekárskych miest v okresoch podľa odseku 4 písm. e), aktualizovaný o novo obsadzované a uvoľňované lekárske miesta, na základe údajov od samosprávneho kraja podľa § 6d ods. 4, a to mesačne, vždy do troch pracovných dní od doručenia údajov od samosprávneho kraja. O zverejnení údajov podľa prvej vety úrad pre dohľad bezodkladne informuje ministerstvo zdravotníctva, zdravotné poisťovne a samosprávne kraje.

§ 5d

(1) Ministerstvo zdravotníctva, na základe vyhodnocovania stavu siete podľa § 5 ods. 6,

a) zverejní každoročne do 31. júla na svojom webovom sídle v elektronicky spracovateľnej podobe výsledky vyhodnocovania stavu siete podľa § 5 ods. 6, ktoré zverejnil úrad pre dohľad podľa § 5c ods. 4, a ich aktualizácie podľa § 5 ods. 6,

b) zverejní každoročne do 31. júla na svojom webovom sídle v elektronicky spracovateľnej podobe bodové ohodnotenie výsledkov parametrov klasifikácie okresov spolu s metodikou prideľovania bodov,

c) klasifikuje podľa písmena b) každoročne do 31. júla okresy podľa odseku 2,

d) určí každoročne do 31. júla, pre ktoré okresy alebo obce sa poskytne príspevok podľa § 6e a maximálny počet príspevkov v danom okrese, výšku príspevkov a zverejní metodiku rozdelenia príspevkov.

(2) Klasifikácia okresov je rozdelenie okresov z hľadiska ohrozenia zabezpečenia zdravotnej starostlivosti. Okresy sa klasifikujú podľa stupňa ohrozenia ako kriticky nedostatkové, rizikovo nedostatkové, rizikové a zabezpečené. Klasifikácia okresov sa vykoná na základe vyhodnotenia parametrov klasifikácie.

(3) Na základe údajov z vyhodnocovania stavu siete podľa § 5 ods. 6 ministerstvo zdravotníctva sprístupní samosprávnym krajom, zdravotným poisťovniam a úradu pre dohľad každoročne do 30. júna zoznam poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti s uvedením údajov platných 1. januára kalendárneho roka, v ktorom sa tieto údaje sprístupňujú, v rozsahu

a) meno a priezvisko alebo názov, identifikačné číslo a kód poskytovateľa všeobecnej ambulantnej starostlivosti,

b) miesto prevádzkovania ambulancie všeobecného lekárstva a ambulancie všeobecného lekárstva pre deti a dorast (ďalej len „všeobecná ambulancia“) v rozsahu ulica, súpisné a orientačné číslo domu, obec, okres,

c) počet lekárskych miest a počet sesterských miest u poskytovateľa všeobecnej ambulantnej starostlivosti; ak bolo poskytovateľovi všeobecnej ambulantnej starostlivosti vydaných viacero číselných kódov poskytovateľa všeobecnej ambulantnej starostlivosti, uvedú sa počty lekárskych miest a počty sesterských miest pre každý vydaný číselný kód poskytovateľa všeobecnej ambulantnej starostlivosti samostatne, kde počty sesterských miest sa uvádzajú v členení na sestra a zdravotnícky asistent,

d) počet kapitovaných poistencov; ak bolo poskytovateľovi všeobecnej ambulantnej starostlivosti vydaných viacero číselných kódov poskytovateľa všeobecnej ambulantnej starostlivosti, uvedie sa počet kapitovaných poistencov pre každý vydaný číselný kód poskytovateľa všeobecnej ambulantnej starostlivosti zvlášť.“.

Poznámka pod čiarou k odkazu 10d znie:

„[10d]) § 12 ods. 1 zákona č. 576/2004 Z. z.“.

10. V § 6 ods. 1 sa bodka na konci nahrádza bodkočiarkou a pripájajú sa tieto slová: „verejnú sieť netvoria poskytovatelia všeobecnej ambulantnej starostlivosti.“.
11. Za § 6b sa vkladajú § 6c až 6e, ktoré vrátane nadpisov znejú:

„§ 6c

Verejná sieť poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti

Verejnú sieť poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti tvoria verejne dostupní poskytovatelia všeobecnej ambulantnej starostlivosti, ktorí majú uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti[11]) aspoň s jednou zdravotnou poisťovňou a najmenej jedného kapitovaného poistenca, ktorému poskytujú všeobecnú ambulantnú starostlivosť.

§ 6d

Zabezpečovanie minimálnej siete poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti

(1) Samosprávny kraj zverejní do 15 dní od zverejnenia výsledkov vyhodnocovania stavu siete podľa § 5 ods. 6 podľa § 5d ods. 1 informáciu o neobsadených lekárskych miestach v kraji,

najmenej v počte a rozložení určenom vo vyhodnotení stavu siete podľa § 5 ods. 6 podľa § 5c, a uvedie

a) územie pre neobsadené lekárske miesto určené okresom, obcou, mestskou časťou alebo budúcim zdravotným obvodom lekára, ktorý je určený zoznamom obcí, ulíc, prípadne súpisnými a orientačnými číslami domov,

b) špecializačný odbor, v ktorom je neobsadené lekárske miesto,

c) počet neobsadených lekárskych miest,

d) informáciu o finančnej podpore alebo inej výhode ponúkanej obcou, samosprávnym krajom, ministerstvom zdravotníctva alebo iným oprávneným subjektom pre nového poskytovateľa všeobecnej ambulantnej starostlivosti; v informácii uvedie aj základné podmienky získania ponúkanej podpory či výhody,

e) vybrané parametre zmluvných podmienok zdravotných poisťovní pre poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti platné 1. júla roka, v ktorom sa vyhodnocuje stav siete podľa § 5 ods. 6; rozsah a vybrané parametre zmluvných podmienok zverejní ministerstvo zdravotníctva na svojom webovom sídle,

f) neobsadené pracovné miesta u poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti na území kraja, ak samosprávny kraj požiadajú o zverejnenie.

(2) Informácie podľa ods. 1 písm. a) až d) a f) samosprávny kraj uverejňuje na svojom webovom sídle a na úradnej tabuli, priebežne ich aktualizuje podľa obsadzovania a uvoľňovania lekárskych miest v rámci kraja z informácií z vlastnej činnosti pri vydávaní povolení podľa § 11 a z informácií poskytnutých poskytovateľmi všeobecnej ambulantnej starostlivosti podľa § 79 ods. 20.

(3) Informácie podľa odseku 1 písm. e) samosprávny kraj aktualizuje a uverejňuje na svojom webovom sídle a na úradnej tabuli každoročne do 15. februára. Aktualizované informácie platné 1. januára kalendárneho roka, ktorý nasleduje po kalendárnom roku, v ktorom sa vyhodnocuje stav siete podľa § 5 ods. 6, zasielajú samosprávnemu kraju a ministerstvu zdravotníctva zdravotné poisťovne každoročne do 1. februára.

(4) Informáciu o obsadzovaní a uvoľňovaní lekárskych miest aktuálnu k poslednému dňu predchádzajúceho kalendárneho mesiaca, spolu s uvedením kódov lekárov, ktorí lekárske miesta obsadzujú alebo uvoľňujú, a rozsahu ich pracovného úväzku, samosprávny kraj zasiela v elektronicky spracovateľnej podobe každý mesiac do siedmeho dňa v mesiaci úradu pre dohľad, ministerstvu zdravotníctva a zdravotným poisťovniam.

(5) Zdravotné poisťovne zasielajú samosprávnemu kraju a ministerstvu zdravotníctva informáciu o vybraných parametroch zmluvných podmienok podľa odseku 1 písm. e) každoročne do 1. augusta.

§ 6e

Príspevok na zabezpečenie minimálnej siete poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti

(1) Ministerstvo zdravotníctva poskytuje na zabezpečenie minimálnej siete poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti príspevok (ďalej len „príspevok“) z účelovo určených finančných prostriedkov zo štátneho rozpočtu novým a existujúcim poskytovateľom všeobecnej ambulantnej starostlivosti v okresoch, ktoré sa na základe vyhodnotenia stavu siete podľa § 5 ods. 6 považujú za rizikové, rizikovo nedostatkové alebo kriticky nedostatkové.

(2) Za nového poskytovateľa všeobecnej ambulantnej starostlivosti sa považuje taký poskytovateľ všeobecnej ambulantnej starostlivosti, ktorý v období 36 mesiacov predchádzajúcich dňu podania žiadosti o príspevok, neprevádzkoval všeobecnú ambulanciu v okrese, na ktorý sa vzťahuje príspevok. Podmienka podľa prvej vety sa vzťahuje na všetky miesta prevádzkovania všeobecnej ambulancie poskytovateľom všeobecnej ambulantnej starostlivosti.

(3) Za existujúceho poskytovateľa všeobecnej ambulantnej starostlivosti sa považuje poskytovateľ všeobecnej ambulantnej starostlivosti, ktorý počas 36 mesiacov predchádzajúcich dňu podania žiadosti o príspevok prevádzkoval všeobecnú ambulanciu v okrese, na ktorý sa vzťahuje príspevok. Podmienka podľa prvej vety sa vzťahuje na všetky miesta prevádzkovania všeobecnej ambulancie poskytovateľom všeobecnej ambulantnej starostlivosti.

(4) Pokyny a vzor žiadosti o príspevok ministerstvo zdravotníctva zverejní na svojom webovom sídle.

(5) Ministerstvo zdravotníctva na svojom webovom sídle každoročne zverejní zoznam okresov a obcí, na ktoré sa viažu ponúkané príspevky, pričom uvedie počet a výšku ponúkaných príspevkov v okrese alebo obci.

(6) O príspevok môže požiadať uchádzač, ktorým je
a) lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore všeobecné lekárstvo alebo lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore pediatria, ktorému bol vydaný číselný kód zdravotníckeho pracovníka,[55k]) ktorý

1. pred tým, ako požiadal o poskytnutie príspevku, nevykonával v okrese, pre ktorý žiada príspevok, zdravotnícke povolanie podľa § 3 ods. 4 písm. a) až c) u poskytovateľa všeobecnej ambulantnej starostlivosti vo vyššom ako polovičnom úväzku v priemere počas 36 mesiacov predchádzajúcich roku, v ktorom podal žiadosť,

2. 36 mesiacov pred podaním žiadosti o príspevok nevykonával zdravotnícke povolanie podľa § 3 ods. 4 písm. a) až c) u poskytovateľa všeobecnej ambulantnej starostlivosti vo vyššom ako polovičnom úväzku v priemere v okrese, ktorý je podľa klasifikácie okresov zverejnenej podľa § 5d ods. 1 písm. c) klasifikovaný rovnakým alebo vyšším stupňom ohrozenia podľa § 5d ods. 2 ako okres, pre ktorý sa uchádza o príspevok,

3. nebol počas 36 mesiacov predchádzajúcich podaniu žiadosti odborným zástupcom u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, ktorému zdravotná poisťovňa v tom čase vypovedala zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti z dôvodu porušenia tejto zmluvy alebo ktorému samosprávny kraj zrušil povolenie na prevádzkovanie všeobecnej ambulancie z dôvodov podľa § 19 ods. 1 písm. c) a d), alebo

b) poskytovateľ všeobecnej ambulantnej starostlivosti, ak pri podaní žiadosti preukáže splnenie podmienok podľa písmena a) za lekára so špecializáciou v špecializačnom odbore všeobecné lekárstvo alebo lekára so špecializáciou v špecializačnom odbore pediatria, ktorému bol vydaný číselný kód zdravotníckeho pracovníka,[55k]) ktorý bude u tohto poskytovateľa všeobecnej

ambulantnej starostlivosti vykonávať zdravotnícke povolanie podľa § 3 ods. 4 písm. a) až c); na tohto lekára sa vzťahujú ustanovenia odsekov 9 a 10.

(7) Podmienky podľa odseku 6 písm. a) a b) sa nevzťahujú na čas špecializačného štúdia ani na čas zastupovania [§ 79 ods. 1 písm. j)].

(8) Žiadosť o príspevok podáva uchádzač ministerstvu zdravotníctva v elektronickej podobe, podľa pokynov uvedených na webovom sídle ministerstva zdravotníctva. Prijatie žiadosti o príspevok ministerstvo zdravotníctva uchádzačovi bezodkladne potvrdí v elektronickej podobe a ak žiadosť o príspevok neobsahuje všetky náležitosti alebo podklady, vyzve ho na opravu alebo doplnenie chýbajúcich podkladov potrebných na zhodnotenie žiadosti.

(9) Uchádzač k žiadosti o príspevok priloží elektronickú kópiu

a) dokladu o získaní špecializácie v špecializačnom odbore všeobecné lekárstvo alebo dokladu o získaní špecializácie v špecializačnom odbore pediatria,

b) dekrétu o pridelení číselného kódu zdravotníckeho pracovníka pre špecializáciu v špecializačnom odbore všeobecné lekárstvo alebo pre špecializáciu v špecializačnom odbore pediatria, ktorý mu vydal úrad pre dohľad,

c) čestného vyhlásenia, že počas 36 mesiacov predchádzajúcich podaniu žiadosti o príspevok nevykonával v okrese, pre ktorý žiada príspevok, zdravotnícke povolanie podľa § 3 ods. 4 písm. a) až c) u poskytovateľa všeobecnej ambulantnej starostlivosti vo vyššom ako polovičnom úväzku,

d) čestného vyhlásenia, že počas 36 mesiacov predchádzajúcich jeho žiadosti o príspevok nevykonával zdravotnícke povolanie vo vyššom ako polovičnom úväzku v priemere podľa § 3 ods. 4 písm. a) až c) u poskytovateľa všeobecnej ambulantnej starostlivosti v okrese, ktorý je podľa klasifikácie okresov zverejnenej podľa § 5d ods. 1 písm. c) klasifikovaný rovnakým alebo vyšším stupňom nedostatku ako okres, pre ktorý sa uchádza o príspevok, s uvedením všetkých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, u ktorých v prechádzajúcich 36 mesiacoch vykonával zdravotnícke povolanie podľa § 3 ods. 4 písm. a) až c),

e) čestného vyhlásenia, že počas 36 mesiacov predchádzajúcich podaniu jeho žiadosti o príspevok nebol odborným zástupcom u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, ktorému zdravotná poisťovňa počas toho obdobia vypovedala zmluvu pre porušenie zmluvy alebo ktorému samosprávny kraj zrušil povolenie na prevádzkovanie všeobecnej ambulancie z dôvodov podľa § 19 ods. 1 písm. c) a d).

(10) Počas trvania záväzku podľa odseku 20 uchádzač nemôže opakovane žiadať o poskytnutie príspevku.

(11) Ak uchádzač splnil podmienky podľa odsekov 6 a 9, prizná mu ministerstvo zdravotníctva príspevok, o čom bezodkladne informuje uchádzača, samosprávny kraj príslušný na vydanie povolenia (ďalej len „príslušný samosprávny kraj“) a zdravotné poisťovne. Príslušnému samosprávnemu kraju a zdravotným poisťovniam ministerstvo zdravotníctva poskytne meno a priezvisko uchádzača, jeho číselný kód zdravotníckeho pracovníka, telefónne číslo a emailovú adresu, ak týmito údajmi disponuje, a informácie o podmienkach čerpania príspevku, ktorý bol uchádzačovi priznaný, do 15 dní odo dňa priznania príspevku. Ministerstvo zdravotníctva uchádzača zároveň preukázateľným spôsobom poučí o ďalšom postupe, postupe pri získaní povolenia na činnosť, o uzatváraní zmluvy so zdravotnými poisťovňami v okrese[11a]) [§ 79 ods. 1

písm. y)], v ktorom mu bol priznaný príspevok, a podmienkach vyplatenia príspevku a ďalších podmienkach, právach a povinnostiach uchádzača v súvislosti s poskytnutím príspevku podľa tohto zákona.

(12) Ministerstvo zdravotníctva vyplatí príspevok len poskytovateľovi, ktorý doručí ministerstvu zdravotníctva v elektronickej alebo písomnej podobe,

a) ak ide o nového poskytovateľa všeobecnej ambulantnej starostlivosti, právoplatné povolenie na prevádzkovanie všeobecnej ambulancie, ktoré vydal príslušný orgán podľa § 11 uchádzačovi ako fyzickej osobe alebo ako právnickej osobe, v rámci ktorej uchádzač pôsobí ako odborný zástupca,

b) ak ide o existujúceho poskytovateľa všeobecnej ambulantnej starostlivosti,

1. právoplatné povolenie na prevádzkovanie všeobecnej ambulancie, v ktorej sa zaviazal začať prevádzkovať všeobecnú ambulanciu podľa odseku 19, ktoré vydal príslušný orgán podľa § 11,

2. čestné vyhlásenie lekárov, ktorí vykonávajú u poskytovateľa všeobecnej ambulantnej starostlivosti zdravotnícke povolanie podľa § 3 ods. 4 písm. a) až c), o výške úväzku u daného poskytovateľa, s uvedením číselného kódu lekára,

3. čestné vyhlásenie poskytovateľa všeobecnej ambulantnej starostlivosti a lekára podľa odseku 6 písm. b) o tom, že u poskytovateľa všeobecnej ambulantnej starostlivosti vykonáva zdravotnícke povolanie podľa § 3 ods. 4 písm. a) až c) viac ako na polovičný úväzok vo všeobecnej ambulancii podľa písmena b) prvého bodu,

4. čestné vyhlásenie poskytovateľa všeobecnej ambulantnej starostlivosti o číselných kódoch lekárov, ktorí u poskytovateľa všeobecnej ambulantnej starostlivosti vykonávali zdravotnícke povolanie podľa § 3 ods. 4 písm. a) až c) počas 36 mesiacov predchádzajúcich dňu vyhlásenia a o priemernom súčte úväzkov týchto lekárov za obdobie 36 mesiacov pred dňom vyhlásenia.

(13) Príspevok sa vypláca poskytovateľovi všeobecnej ambulantnej starostlivosti (ďalej len „poskytovateľ čerpajúci príspevok“) najviac 12 mesiacov od predloženia dokumentov podľa odseku 12, a to v štyroch častiach. Počas trvania záväzku podľa odseku 20 poskytovateľ nemôže čerpať ďalší príspevok.

(14) Na vyplatenie prvej časti príspevku vo výške 40 % z celkovej sumy príspevku ministerstvo zdravotníctva zadá príkaz v štátnej pokladnici (ďalej len „vyplatí“) do siedmich pracovných dní od oznámenia čísla bankového účtu poskytovateľa čerpajúceho príspevok ministerstvu zdravotníctva.

(15) Poskytovateľ čerpajúci príspevok doručí ministerstvu zdravotníctva v elektronickej podobe do siedmich pracovných dní od konca tretieho, šiesteho a deviateho mesiaca po mesiaci, v ktorom bol poskytovateľovi čerpajúcemu príspevok podľa odseku 14 vyplatený,

a) oznámenie aktuálneho celkového počtu kapitovaných poistencov u poskytovateľa čerpajúceho príspevok k poslednému dňu tretieho, šiesteho a deviateho mesiaca po mesiaci, v ktorom bol poskytovateľovi čerpajúcemu príspevok podľa odseku 14 vyplatený,

b) oznámenie číselných kódov lekárov a príslušnej výšky úväzkov lekárov, ktorí u poskytovateľa všeobecnej ambulantnej starostlivosti vykonávajú zdravotnícke povolanie podľa § 3 ods. 4 písm. a) až c) v čase oznámenia.

(16) Druhú časť príspevku vo výške 30 % z celkovej sumy príspevku ministerstvo zdravotníctva vyplatí, ak počet kapitovaných poistencov u poskytovateľa čerpajúceho príspevok k poslednému dňu tretieho mesiaca po mesiaci, v ktorom bol poskytovateľovi čerpajúcemu príspevok podľa odseku 14 vyplatený, nepresahuje 60 % normatívneho počtu kapitovaných poistencov na jedno lekárske miesto u poskytovateľa čerpajúceho príspevok, a to do siedmich pracovných dní od predloženia dokumentov podľa odseku 15.

(17) Tretiu časť príspevku vo výške 20 % z celkovej sumy príspevku ministerstvo zdravotníctva vyplatí, ak počet kapitovaných poistencov u poskytovateľa čerpajúceho príspevok k poslednému dňu šiesteho mesiaca po mesiaci, v ktorom bol poskytovateľovi čerpajúcemu príspevok podľa odseku 14 vyplatený, nepresahuje 70 % normatívneho počtu kapitovaných poistencov na jedno lekárske miesto u poskytovateľa čerpajúceho príspevok, a to do siedmich pracovných dní od predloženia dokumentov podľa odseku 15.

(18) Štvrtú časť príspevku vo výške 10 % z celkovej sumy príspevku ministerstvo zdravotníctva vyplatí, ak počet kapitovaných poistencov u poskytovateľa čerpajúceho príspevok k poslednému dňu deviateho mesiaca po mesiaci, v ktorom bol poskytovateľovi čerpajúcemu príspevok podľa odseku 14 vyplatený, nepresahuje 90 % normatívneho počtu kapitovaných poistencov na jedno lekárske miesto u poskytovateľa čerpajúceho príspevok, a to do siedmich pracovných dní od predloženia dokumentov podľa odseku 15.

(19) Prijatím prvej časti príspevku sa poskytovateľ čerpajúci príspevok zaväzuje začať prevádzkovať všeobecnú ambulanciu do dvoch mesiacov od právoplatnosti povolenia a v tejto lehote preukázať orgánu príslušnému na vydanie povolenia a ministerstvu zdravotníctva splnenie personálneho zabezpečenia a materiálno-technického vybavenia zdravotníckeho zariadenia.

(20) Prijatím príspevku sa poskytovateľ čerpajúci príspevok zaväzuje počas najmenej piatich rokov odo dňa priznania príspevku

a) prevádzkovať všeobecnú ambulanciu v obci alebo v okrese, pre ktorý získal príspevok,

b) poskytovať zdravotnú starostlivosť vo všeobecnej ambulancii najmenej v rozsahu 35 ordinačných hodín týždenne, z toho najmenej jeden deň poskytovať zdravotnú starostlivosť najmenej do 17:00 hod.,

c) umožniť bezplatné objednávanie pacientov spôsobom obvyklým u poskytovateľa všeobecnej ambulantnej starostlivosti,

d) ak ide o existujúceho poskytovateľa všeobecnej ambulantnej starostlivosti, zabezpečiť poskytovanie všeobecnej ambulantnej starostlivosti lekármi v súčte najmenej o jeden úväzok viac ako uviedol poskytovateľ všeobecnej ambulantnej starostlivosti vo vyhlásení podľa odseku 12 písm. b) štvrtom bode.

(21) Čerpanie príspevku poskytovateľom všeobecnej ambulantnej starostlivosti podľa odseku 13 a čas plynutia záväzku podľa odseku 20 sa môže prerušiť v prípade čerpania materskej dovolenky alebo rodičovskej dovolenky alebo v prípade dlhodobej práceneschopnosti poskytovateľa čerpajúceho príspevok, a to na čas trvania týchto prekážok; prekážky poskytovateľ čerpajúci príspevok preukáže ministerstvu zdravotníctva do siedmich dní od pominutia prekážky. Čerpanie príspevku sa neprerušuje, ak počas čerpania materskej dovolenky alebo rodičovskej dovolenky poskytovateľ čerpajúci príspevok preukázateľne poskytuje zdravotnú starostlivosť. Vyplácanie príspevku ministerstvo zdravotníctva obnoví do siedmich dní od preukázania, že

prekážky pominuli. Ak lekár, ktorý vykonáva zdravotnícke povolanie podľa § 3 ods. 4 písm. a) až c) u poskytovateľa čerpajúceho príspevok zomrie alebo mu nezvratne poklesne v dôsledku nepriaznivého zdravotného stavu schopnosť vykonávať zárobkovú činnosť o viac ako 40 %, vyplácanie príspevku sa zastaví a záväzok poskytovateľa čerpajúceho príspevok podľa odseku 20 zanikne dňom úmrtia alebo dňom priznania nároku na invalidný dôchodok z dôvodu poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť v dôsledku nepriaznivého zdravotného stavu o viac ako 40 %.

(22) Z dôvodov hodných osobitného zreteľa môže ministerstvo zdravotníctva, na základe žiadosti poskytovateľa čerpajúceho príspevok vydať súhlas so zmenou podmienky uvedenej v odseku 20 písm. a) a tým uznať splnenie podmienky podľa v odseku 20 písm. a) aj v prípade prevádzkovania všeobecnej ambulancie na inom mieste než pre ktorý mu bol pridelený príspevok, ak prevádzkovanie všeobecnej ambulancie podľa odseku 12 písm. b) prvého bodu bude v okrese, v ktorom sú podľa aktuálneho vyhodnotenia stavu siete podľa § 5 ods. 6 neobsadené lekárske miesta a okres je klasifikovaný ako kriticky nedostatkový alebo rizikovo nedostatkový.

(23) Záväzok podľa odseku 20 prechádza na právneho nástupcu poskytovateľa čerpajúceho príspevok, ktorý je právnickou osobou.

(24) V prípade porušenia podmienok podľa odseku 20 oprávnenie čerpať príspevok zanikne a poskytovateľ čerpajúci príspevok je povinný ministerstvu zdravotníctva vrátiť už vyplatenú časť príspevku.

(25) V prípade porušenia podmienok podľa odseku 20 je poskytovateľ čerpajúci príspevok povinný vrátiť príspevok alebo jeho pomernú časť za obdobie, kedy neboli splnené podmienky jeho čerpania.

(26) Ak poskytovateľ čerpajúci príspevok ministerstvu zdravotníctva poskytol nesprávne údaje, ktoré ak by boli poskytnuté správne, mali by vplyv na vyplatenie príspevku, je povinný ministerstvu zdravotníctva vrátiť neoprávnene vyplatenú sumu príspevku.

(27) Samosprávne kraje poskytnú ministerstvu zdravotníctva informácie o poskytovateľoch, miestach prevádzkovania všeobecnej ambulancie, číselných kódoch lekárov, výške úväzkov lekárov, odborných zástupcoch, ordinačných hodinách, personálnom zabezpečení a materiálno-technickom vybavení všeobecnej ambulancie, bezplatnom objednávaní pacientov, zrušení povolení na prevádzkovanie všeobecnej ambulancie potrebné na plnenie jeho úloh podľa odsekov 6 a 22, kontrolu správnosti údajov podľa odseku 9 písm. c) až e), odseku 12 a odseku 15 písm. b) a kontrolu plnenia podmienok čerpania príspevku podľa odsekov 16 až 18 a 20.

(28) Zdravotné poisťovne poskytnú ministerstvu zdravotníctva informácie o poskytovateľoch, miestach prevádzkovania všeobecnej ambulancie, číselných kódoch lekárov, výške úväzkov lekárov a vypovedaných zmluvách potrebné na plnenie jeho úloh podľa odsekov 2, 3 a 6, kontrolu správnosti údajov podľa odseku 9 písm. c) až e) a odseku 12 písm. b) štvrtého bodu.

(29) Úrad pre dohľad poskytne ministerstvu zdravotníctva informácie o platných číselných kódoch lekárov potrebné na kontrolu správnosti údajov podľa odseku 9 písm. b).

(30) Národné centrum poskytne ministerstvu zdravotníctva informácie o počte kapitovaných poistencov potrebné na kontrolu správnosti údajov podľa odseku 15 písm. a) a kontrolu plnenia podmienok čerpania príspevku podľa odsekov 16 až 18.

(31) Plnenie podmienok podľa odsekov 20 a 21 vyhodnocuje ministerstvo zdravotníctva.

(32) Ministerstvo zdravotníctva o porušeniach podľa odsekov 24 až 26, o ktorých sa dozvedelo, zašle poskytovateľovi čerpajúcemu príspevok, ktorý porušil podmienky čerpania príspevku podľa odsekov 19 až 21, informáciu, že porušil podmienky čerpania príspevku podľa odsekov 19 až 21, v rámci ktorej určí lehotu na vrátenie príspevku alebo jeho pomernej časti, ktorá nesmie byť kratšia ako 30 dní odo dňa doručenia informácie. Poskytovateľ čerpajúci príspevok, ktorý porušil podmienky čerpania príspevku podľa odsekov 19 až 21, je povinný príspevok alebo jeho pomernú časť podľa odsekov 14 až 18 vrátiť v lehote určenej ministerstvom zdravotníctva podľa prvej vety.

(33) Týmto paragrafom nie sú dotknuté ustanovenia osobitných predpisov v oblasti štátnej pomoci.[11b])“.

Poznámky pod čiarou k odkazom 11a a 11b znejú:

„[11a]) § 7 ods. 1 prvá veta zákona č. 581/2004 Z. z. v znení zákona č. 540/2021 Z. z.

[11b]) Čl. 107 a 108 Zmluvy o fungovaní Európskej únie (Ú. v. EÚ C 202, 7. 6. 2016) v platnom znení.

Zákon o štátnej pomoci.“.

12. V § 7 ods. 8 a 9 sa slová „koncovej siete poskytovateľov“ nahrádzajú slovami „siete kategorizovaných nemocníc“.
13. V § 8 ods. 2 sa na konci pripája táto veta: „Požiadavky na špeciálne personálne zabezpečenie a špeciálne materiálno-technické vybavenie zdravotníckych zariadení podľa § 7 ods. 4 písm. a) ustanoví všeobecne záväzný právny predpis, ktorý vydá ministerstvo zdravotníctva.[13aaa])“.
Poznámka pod čiarou k odkazu 13aaa znie:

„[13aaa]) § 4 ods. 2 písm. a) a b) zákona č. 540/2021 Z. z.“.

14. V § 11 ods. 3 sa slová „Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej len „úrad pre dohľad“)“ nahrádzajú slovami „Úrad pre dohľad“.
15. V § 16 ods. 4 sa slová „koncovej siete poskytovateľov“ nahrádzajú slovami „siete kategorizovaných nemocníc[19aa])“.
Poznámka pod čiarou k odkazu 19aa znie:

„[19aa]) § 2 ods. 14 zákona č. 540/2021 Z. z.“.

16. V § 17a ods. 7 sa slová „koncovej siete poskytovateľov“ nahrádzajú slovami „siete kategorizovaných nemocníc“.
17. V § 18 ods. 2 sa na konci pripájajú tieto slová: „alebo na podnet zdravotnej poisťovne“.
18. V § 19 ods. 1 písm. k) sa slová „Národné centrum zdravotníckych informácií (ďalej len „národné centrum“)“ nahrádza slovami „národné centrum“.
19. V § 21 ods. 1 písm. a) sa slová „do koncovej siete poskytovateľov“ nahrádzajú slovami „do siete kategorizovaných nemocníc“.
20. V § 21 ods. 1 písm. b) a c) sa slová „do koncovej siete poskytovateľov“ nahrádzajú slovami „do siete kategorizovaných nemocníc“.
21. V § 40 ods. 6 druhej vete sa slová „pevnej siete poskytovateľov podľa § 5 ods. 3 až 5 a § 5a alebo poskytovateľa ústavnej zdravotnej starostlivosti zaradeného do koncovej siete

poskytovateľov podľa § 5a“ nahrádzajú slovami „pevnej siete poskytovateľov podľa § 5 ods. 3 až 5 alebo poskytovateľa ústavnej zdravotnej starostlivosti zaradeného do siete kategorizovaných nemocníc“.

22. V § 64 ods. 3 sa za slová „Národného registra zdravotníckych pracovníkov[41a])“ vkladajú slová „a úradu pre dohľad na základe výzvy na účely prideľovania číselných kódov,[55k])“.

23. § 78 sa dopĺňa odsekom 4, ktorý znie:

„(4) Právoplatné rozhodnutie o vydaní licencie na výkon činnosti odborného zástupcu, právoplatné rozhodnutie o dočasnom pozastavení licencie na výkon činnosti odborného zástupcu a právoplatné rozhodnutie o zrušení licencie na výkon činnosti odborného zástupcu doručuje komora (§ 76 ods. 1) aj úradu pre dohľad.“.

24. V § 78a ods. 4 sa na konci pripájajú tieto slová: „a úradu pre dohľad“.

25. § 79 sa dopĺňa odsekmi 20 a 21, ktoré znejú:

„(20) Poskytovateľ všeobecnej ambulantnej starostlivosti je povinný samosprávnemu kraju poskytnúť do 14 dní od začatia prevádzkovania všeobecnej ambulancie a do siedmich dní od každej zmeny aj bez vyžiadania v elektronickej podobe údaje

a) o počte lekárskych miest u poskytovateľa všeobecnej ambulantnej starostlivosti,

b) o počte sesterských miest u poskytovateľa všeobecnej ambulantnej starostlivosti v členení na sestra a zdravotnícky asistent,

c) o číselných kódoch lekárov a číslach registrácie v príslušnej komore všetkých zdravotníckych pracovníkov, ktorí vykonávajú zdravotnícke povolanie podľa § 3 ods. 4 písm. a) až c) u poskytovateľa všeobecnej ambulantnej starostlivosti, s uvedením počtu pracovných hodín v mesiaci.

(21) Poskytovateľ, ktorý je držiteľom povolenia na prevádzkovanie zariadenia na poskytovanie jednodňovej zdravotnej starostlivosti, ktorý má uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti a ktorý poskytuje zdravotnú starostlivosť, pre ktorú bol kategorizáciou ústavnej starostlivosti ustanovený minimálny počet medicínskych služieb, je povinný dodržiavať minimálny počet medicínskych služieb.[55o])“.

Poznámka pod čiarou k odkazu 55o znie:

„[55o]) § 44 ods. 2 písm. c) prvého bodu zákona č. 540/2021 Z. z.“.

26. V § 79a ods. 1 písmeno c) znie:

„c) dodržiavať poradie poistencov v zozname poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti,[58a]) ak zdravotná poisťovňa zoznam vytvorila,“.

Poznámka pod čiarou k odkazu 58a znie:

„[58a]) § 40 zákona č. 540/2021 Z. z.“.

27. V § 81 ods. 1 písm. a) sa slová „písmene f)“ nahrádzajú slovami „písmene f) alebo písmene i)“.
28. V § 81 ods. 1 písmeno f) znie:

„f) ministerstvo zdravotníctva, ak ide o dodržiavanie ustanovení § 7 ods. 8 a 9 a § 40 ods. 13 a 16, ak ide o plnenie povinností držiteľmi povolení na prevádzkovanie ústavného zdravotníckeho zariadenia zaradeného do siete kategorizovaných nemocníc podľa osobitného zákona[19aa]) (§ 5a) podľa § 79 okrem § 79 ods. 1 písm. g), za), zo) až zq), ab), ah) a aj) a dodržiavanie podmienok prevádzkovania ústavného zdravotníckeho zariadenia zaradeného do siete kategorizovaných nemocníc podľa osobitného zákona,[19aa])“.

29. V § 82 ods. 1 úvodnej vete sa za slová „v odseku 8“ vkladajú slová „a v osobitnom predpise[60caa])“.
Poznámka pod čiarou k odkazu 60caa znie:

„[60caa]) § 43 zákona č. 540/2021 Z. z.“.

30. V § 82 ods. 1 písm. b) sa slová „ods. 17 až 19“ nahrádzajú slovami „ods. 17 až 20“.
31. V § 82 ods. 8 sa slová „do koncovej siete poskytovateľov“ nahrádzajú slovami „do siete kategorizovaných nemocníc“.
32. V § 92 odsek 4 znie:

„(4) Ak došlo k zmene príslušného orgánu na konanie v prvom stupni z dôvodu zaradenia ústavného zdravotníckeho zariadenia do siete kategorizovaných nemocníc podľa osobitného zákona[19aa]) alebo z dôvodu jeho vyradenia zo siete kategorizovaných nemocníc, orgán, ktorý bol naposledy príslušný na konanie o vydanie povolenia, na konanie o zrušení povolenia na poskytovanie zdravotnej starostlivosti, na konanie vo veci dočasného pozastavenia povolenia na prevádzkovanie ústavného zdravotníckeho zariadenia, na konanie vo veci zrušenia povolenia na prevádzkovanie ústavného zdravotníckeho zariadenia a pre zmeny údajov uvedené v § 16 ods. 1 a 2 v prvom stupni, je povinný orgánu príslušnému na konanie v prvom stupni predložiť všetky rozhodnutia, ktoré ako orgán príslušný na konanie v prvom stupni vydal, spolu so spisovým materiálom do 15 dní od zaradenia ústavného zdravotníckeho zariadenia do siete kategorizovaných nemocníc podľa osobitného zákona[72aaa]) alebo z dôvodu jeho vyradenia zo siete kategorizovaných nemocníc. Na konanie o vydanie povolenia, na konanie o zrušení povolenia na poskytovanie zdravotnej starostlivosti, na konanie vo veci dočasného pozastavenia povolenia na prevádzkovanie ústavného zdravotníckeho zariadenia, na konanie vo veci zrušenia povolenia na prevádzkovanie ústavného zdravotníckeho zariadenia a pre zmeny údajov uvedené v § 16 ods. 1 a 2 v prvom stupni pri ústavnom zdravotníckom zariadení zaradenom do siete kategorizovaných nemocníc alebo z dôvodu jeho vyradenia zo siete kategorizovaných nemocníc podľa osobitného zákona,[72aaa]) je orgánom príslušným v prvom stupni ministerstvo zdravotníctva.“.

Poznámka pod čiarou k odkazu 72aaa znie:

„[72aaa]) § 15 až 20 zákona č. 540/2021 Z. z.“.

33. Za § 102an sa vkladajú § 102ao a 102ap, ktoré vrátane nadpisov znejú:

„§ 102ao

Prechodné ustanovenia k úpravám účinným od 1. januára 2022

(1) Vyhodnocovanie stavu siete podľa § 5 ods. 6 vykonáva do 1. januára 2024 ministerstvo zdravotníctva. Ustanovenie § 5c o právach a povinnostiach ustanovené pre úrad pre dohľad sa použijú rovnako na ministerstvo zdravotníctva.

(2) Prvé vyhodnocovanie stavu siete podľa § 5 ods. 6, klasifikácia okresov a zoznam príspevkov podľa § 5c a 5d vykoná ministerstvo zdravotníctva do 30. júna 2022 z údajov zdravotných poisťovní.

(3) Poskytovateľ všeobecnej ambulantnej starostlivosti, ktorý na území samosprávneho kraja prevádzkuje všeobecnú ambulanciu, je povinný elektronicky zaslať samosprávnemu kraju údaje podľa § 79 ods. 20 do 28. februára 2022.

§ 102ap

Prechodné ustanovenia k úpravám účinným od 1. januára 2024

(1) Na konanie o vydanie povolenia, na konanie o zrušení povolenia na poskytovanie zdravotnej starostlivosti, na konanie vo veci dočasného pozastavenia povolenia na prevádzkovanie ústavného zdravotníckeho zariadenia, na konanie vo veci zrušenia povolenia na prevádzkovanie ústavného zdravotníckeho zariadenia a pre zmeny údajov uvedené v § 16 ods. 1 a 2 v prvom stupni pri ústavnom zdravotníckom zariadení, ktoré nebolo súčasťou koncovej siete podľa tohto zákona v znení účinnom do 31. decembra 2021 a nebolo zaradené do siete kategorizovaných nemocníc alebo vyradené zo siete kategorizovaných nemocníc podľa osobitného zákona,[72aaa]) je orgánom príslušným v prvom stupni ministerstvo zdravotníctva.

(2) Konanie vo veci vydania povolenia z dôvodu zmeny miesta prevádzkovania ústavného zdravotníckeho zariadenia zaradeného do koncovej siete poskytovateľov, jeho odborného zamerania a zmeny jeho odborného zástupcu podľa § 17, konanie vo veci dočasného pozastavenia povolenia na prevádzkovanie ústavného zdravotníckeho zariadenia zaradeného do koncovej siete poskytovateľov podľa § 18 a konanie vo veci zrušenia povolenia na prevádzkovanie ústavného zdravotníckeho zariadenia zaradeného do koncovej siete poskytovateľov podľa § 19 začaté samosprávnym krajom ako orgánom príslušným na konanie v prvom stupni a právoplatne neskončené podľa tohto zákona v znení účinnom do 31. decembra 2021, sa dokončí podľa tohto zákona v znení účinnom do 31. decembra 2021.“.

Čl. VI

Zákon č. 579/2004 Z. z. o záchrannej zdravotnej službe a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení zákona č. 351/2005 Z. z., zákona č. 284/2008 Z. z., zákona č. 461/2008 Z .z., zákona č. 8/2009 Z. z., zákona č. 41/2013 Z. z., zákona č. 153/2013 Z. z., zákona č. 185/2014 Z. z., zákona č. 77/2015 Z. z., zákona č. 428/2015 Z. z., zákona č. 167/2016 Z. z., zákona č. 153/2013 Z. z., zákona

č. 351/2017 Z. z., zákona č. 87/2018 Z. z., zákona č. 156/2018 Z. z., zákona č. 139/2019 Z. z., zákona č. 125/2020 Z. z. a zákona č. 133/2021 Z. z. sa mení a dopĺňa takto:

1. § 3 sa dopĺňa odsekom 6, ktorý znie:

„(6) Operačné stredisko záchrannej zdravotnej služby je povinné vydať pokyn poskytovateľovi záchrannej zdravotnej služby v súlade s podmienkami kategorizácie ústavnej zdravotnej starostlivosti, ktoré ustanovuje osobitný zákon.[8b])“.

Poznámka pod čiarou k odkazu 8b znie:

„[8b]) § 4 zákona č. 540/2021 Z. z. o kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.“.

2. V § 5 ods. 1 písm. f) sa slovo „starostlivosti[10])“ nahrádza slovami „starostlivosti, ktorým je nemocnica zaradená do siete kategorizovaných nemocníc, v ktorej sa poskytuje ústavná zdravotná starostlivosť v súlade s kategorizáciou ústavnej zdravotnej starostlivosti,[10])“.

Poznámka pod čiarou k odkazu 10 znie:

„[10]) § 2 ods. 14 zákona č. 540/2021 Z. z.“.

Čl. VII

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. a zákona č. 310/2021 Z. z. sa mení a dopĺňa takto:

1. V § 9b ods. 10 písmeno a) znie:

„a) ochorenie nie je možné liečiť v Slovenskej republike v lehote časovej dostupnosti ústavnej zdravotnej starostlivosti stanovenej kategorizáciou ústavnej zdravotnej starostlivosti,[16b])“.

Poznámka pod čiarou k odkazu 16b znie:

„[16b]) § 44 ods. 2 písm. a) piaty bod zákona č. 540/2021 Z. z. o kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.“.

2. V § 13 ods. 13 sa slová „§ 19 ods. 19“ nahrádzajú slovami „§ 19 ods. 21“.
3. § 15 sa dopĺňa odsekom 6, ktorý znie:

„(6) Povinnosť zaplatiť poistné, ktorá vznikla pred smrťou platiteľa poistného podľa § 11 ods. 1 písm. a) až c) alebo ods. 2, ak ide o fyzickú osobu, prechádza na dediča do výšky nadobudnutého dedičstva v dedičskom konaní. Povinnosť zaplatiť poistné za právnickú osobu, ktorá zanikla s právnym nástupcom, prechádza na tohto právneho nástupcu. Zdravotná poisťovňa môže predpísať poistné dedičovi alebo právnemu nástupcovi výkazom nedoplatkov, pričom ustanovenia § 17a a 17b sa použijú primerane.“.

4. V § 19 ods. 9 druhej vete sa slová „§ 17a ods. 2 písm. a), b), d), e)“ nahrádzajú slovami „§ 17a ods. 2 písm. a) až e)“.
5. V § 19 sa za odsek 18 vkladajú nové odseky 19 a 20, ktoré znejú:

„(19) Zdravotná poisťovňa z vlastného podnetu zruší oznámenie o výsledku ročného zúčtovania poistného vydané podľa odseku 8 alebo odseku 17 alebo výkaz nedoplatkov podľa odseku 9, ak dodatočne zistí z údajov vykázaných podľa § 20 alebo oznámených podľa § 29b skutočnosti podstatné pre zmenu výsledku ročného zúčtovania poistného. O zrušení oznámenia o výsledku ročného zúčtovania poistného písomne upovedomí poistenca alebo platiteľa poistného; v upovedomení uvedie dôvod zrušenia oznámenia o výsledku ročného zúčtovania poistného. O zrušení výkazu nedoplatkov upovedomí poistenca alebo platiteľa poistného podľa § 17a ods. 8.

(20) Zdravotná poisťovňa vydá nové oznámenie o výsledku ročného zúčtovania poistného podľa odseku 8 alebo nový výkaz nedoplatkov podľa odseku 9, ak podľa odseku 19 zdravotná poisťovňa zistí nový výsledok ročného zúčtovania poistného. Nové oznámenie o výsledku ročného zúčtovania poistného podľa odseku 8 alebo nový výkaz nedoplatkov podľa odseku 9 musí obsahovať upovedomenie podľa odseku 19. Ustanovenie odseku 12 sa uplatní rovnako.“.

Doterajšie odseky 19 až 23 sa označujú ako odseky 21 až 25.
6. V § 19 ods. 22 sa slová „odseku 19“ nahrádzajú slovami „odseku 21“.
7. V § 19 sa za odsek 22 vkladajú nové odseky 23 až 26, ktoré znejú:

„(23) Na dodatočné navýšenie počtu poistencov štátu oznámené zdravotnou poisťovňou po uplynutí termínu na podanie ročného zúčtovania poistného plateného štátom podľa odseku 21 sa neprihliada.

(24) Ak zdravotná poisťovňa zistí, že uviedla v ročnom zúčtovaní poistného podľa odseku 21 ako poistencov štátu osoby, ktoré nespĺňajú podmienky podľa § 11 ods. 7 a 8, je povinná bezodkladne oznámiť túto skutočnosť ministerstvu zdravotníctva a úradu. Úrad je vo veci chybného nahlásenia počtu poistencov štátu povinný vykonať v zdravotnej poisťovni dohľad. Výsledok výkonu dohľadu sa oznamuje aj ministerstvu zdravotníctva. Ak je výsledkom výkonu dohľadu potvrdené chybné oznámenie počtu poistencov štátu, zdravotná poisťovňa podá nové ročné zúčtovanie poistného plateného štátom a ministerstvo zdravotníctva určí nový podiel na celkovej platbe za poistencov štátu postupom podľa odseku 22 pre všetky zdravotné poisťovne a oznámi ho zdravotným poisťovniam do piatich dní odo dňa doručenia výsledku dohľadu; na termíny podľa odseku 22 sa neprihliada.

(25) Postup podľa odseku 24 je možné uplatniť do uplynutia jedného roka od dátumu určeného na doručenie oznámenia o výške podielu jednotlivých zdravotných poisťovní na celkovej platbe za poistencov štátu a o výške vzájomných pohľadávok a záväzkov.

(26) Ak by mal postup podľa odseku 24 vplyv na výsledok ročného prerozdeľovania ktorejkoľvek zdravotnej poisťovne v sume vyššej ako 0,001 % z celkovej sumy z ročného prerozdeľovania pre zdravotnú poisťovňu podľa § 27a ods. 5, úrad je povinný vykonať nové ročné prerozdelenie poistného do 15 dní od ukončenia výkonu dohľadu podľa § 27a; na termíny podľa § 27a sa neprihliada. Postup podľa prvej vety nemá vplyv na už určenú výšku príspevkov zdravotnej poisťovne podľa osobitného predpisu.[52aa])“.

Doterajšie odseky 23 až 25 sa označujú ako odseky 27 až 29.
Poznámka pod čiarou k odkazu 52aa znie:

„[52aa]) § 8a, § 8b a 30 zákona č. 581/2004 Z. z.“.

8. V § 21 ods. 1 sa slová „§ 19 ods. 15“ nahrádzajú slovami „§ 19 ods. 9“.
9. V § 23 ods. 15 sa slová „§ 19 ods. 23“ nahrádzajú slovami „§ 19 ods. 29“.
10. V § 25 ods. 1 písm. b) sa za slová „podľa § 6 ods. 1 až 4“ vkladajú slová „alebo § 7 ods. 2“.
11. V § 25 ods. 1 písmeno k) znie:

„k) vydať na základe žiadosti poistenca alebo platiteľa poistného (ďalej len „žiadateľ“) potvrdenie o stave pohľadávok po splatnosti evidovaných zdravotnou poisťovňou voči žiadateľovi ku dňu vydania potvrdenia,“.

12. § 25 sa dopĺňa odsekom 8, ktorý znie:

„(8) Potvrdenie podľa odseku 1 písm. k) vydáva zdravotná poisťovňa elektronickou formou alebo písomne. Elektronické potvrdenie obsahuje predtlačený odtlačok pečiatky zdravotnej poisťovne, meno, priezvisko a funkciu oprávnenej osoby. Písomné potvrdenie obsahuje okrem náležitostí elektronického potvrdenia aj faksimile podpisu oprávnenej osoby. Ak poistenec alebo platiteľ poistného zomrel alebo bol vyhlásený za mŕtveho, zdravotná poisťovňa vydá potvrdenie o stave pohľadávok po splatnosti evidovaných zdravotnou poisťovňou voči zomrelému poistencovi alebo platiteľovi poistného ku dňu jeho smrti na základe žiadosti blízkej osoby[38]) poistenca alebo platiteľa poistného, alebo na základe žiadosti dediča poistenca alebo platiteľa poistného uvedeného v právoplatnom rozhodnutí o dedičstve.“.

13. V § 26 ods. 1 písmeno b) znie:

„b) do výšky 340 eur tomu, kto nesplnil
1. oznamovacie povinnosti ustanovené v § 23 okrem § 23 ods. 6 tretej vety a § 23 ods. 9, alebo
2. povinnosti podľa § 6 ods. 1,“.

14. V § 28a ods. 6 sa slová „31. januára“ nahrádzajú slovami „konca februára“.
15. § 29b sa dopĺňa odsekom 22, ktorý znie:

„(22) Ústredie práce, sociálnych vecí a rodiny je povinné úradu na účely vykonávania zdravotného poistenia oznámiť v rozsahu a spôsobom určeným úradom údaje súvisiace s poskytovaním podpory v čase skrátenej práce,[50b]) ktorými sú

a) identifikačné údaje zamestnávateľa,

b) meno, priezvisko a rodné číslo zamestnanca,

c) obdobie v kalendárnom mesiaci, za ktoré sa zamestnávateľovi poskytla podpora v čase skrátenej práce, a to v členení na jednotlivých zamestnancov.“.

16. V § 38ev ods. 10 sa slová „§ 19 ods. 20“ nahrádzajú slovami „§ 19 ods. 22“.
17. Za § 38ey sa vkladá § 38ez, ktoré vrátane nadpisu znie:

„§ 38ez

Prechodné ustanovenia k úpravám účinným od 1. januára 2022

(1) Ročné zúčtovanie poistného podľa tohto zákona v znení účinnom od 1. januára 2022 sa vykoná prvýkrát v roku 2022 za rok 2021.

(2) Konania o uložení pokuty začaté a právoplatne neukončené do 31. decembra 2021 sa dokončia podľa doterajších predpisov.“.

Čl. VIII

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. a zákona č. 358/2021 Z. z. sa mení a dopĺňa takto:

1. V § 6 ods. 1 písmeno o) znie:

„o) vedie zoznam poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti podľa osobitného zákona[16aa]) (ďalej len „zoznam“),“.

Poznámka pod čiarou k odkazu 16aa znie:

„[16aa]) § 40 zákona č. 540/2021 Z. z. o kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.“.

2. V § 6 sa odsek 1 dopĺňa písmenom ah), ktoré znie:

„ah) vykonáva povinnosti v súvislosti s kategorizáciou ústavnej zdravotnej starostlivosti, kategorizáciou nemocníc, so zaraďovaním nemocníc do siete kategorizovaných nemocníc, vyhodnocovaním plnenia podmienok nemocníc zaradených do siete kategorizovaných nemocníc, v konaní pri zaraďovaní nemocníc do siete kategorizovaných nemocníc, s uzatváraním zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti a so zoznamom.[16r])“.

Poznámka pod čiarou k odkazu 16r znie:

„[16r]) § 38 až 40 zákona č. 540/2021 Z. z.“.

3. V § 6 sa vypúšťajú odseky 2, 3, 5 až 8 a 11.
Doterajšie odseky 4, 9, 10, 12 až 18 sa označujú ako odseky 2 až 11.
4. V § 6 ods. 2 sa vypúšťajú písmená a) až g).
Doterajšie písmená h) až t) sa označujú ako písmená a) až l).“.

5. V § 6 ods. 2 písm. b) sa slová „písmena h)“ nahrádzajú slovami „písmena a)“.
6. V § 6 odseky 3 a 4 znejú:

„(3) Zdravotná poisťovňa je povinná vytvoriť ku dňu, ku ktorému sa tvorí účtovná závierka,[28]) technické rezervy na úhradu

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

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

c) plánovanej zdravotnej starostlivosti pre poistencov zaradených v zozname,[16aa])

d) zdravotnej starostlivosti v cudzine, na ktorú udelila súhlas podľa osobitných predpisov.

(4) Zdravotná poisťovňa vytvára technické rezervy podľa odseku 3 písm. c) vo výške potrebnej na úhradu plánovanej zdravotnej starostlivosti. Technické rezervy podľa odseku 3 písm. c) zahŕňajú aj všetky predpokladané náklady spojené s vykonaním úhrady plánovanej zdravotnej starostlivosti; výška technickej rezervy sa stanovuje vo výške sumárnych cien plánovanej zdravotnej starostlivosti za poistencov zaradených v zozname.“.

7. Poznámka pod čiarou k odkazu 19 znie:

„[19]) § 5 až 5d zákona č. 578/2004 Z. z.“.

8. V § 7 ods. 7 úvodná veta znie: „Ak osobitný zákon neustanovuje inak,[23]) indikátory vydáva vláda nariadením; nariadenie vlády ustanoví“.
Poznámka pod čiarou k odkazu 23 znie:

„[23]) § 4 ods. 2 písm. a) štvrtý bod zákona č. 540/2021 Z. z.“.

9. V § 7 ods. 9 písm. b) sa na konci čiarka nahrádza bodkočiarkou a pripájajú sa tieto slová: „ak ide o poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti, do rozsahu zdravotnej starostlivosti sa uvádzajú povinné medicínske programy[23a]) a doplnkové medicínske programy,[23b]) ak ich ministerstvo schválilo, a podmienky ustanovené kategorizáciou ústavnej zdravotnej starostlivosti podľa osobitného zákona,[23c])“.
Poznámky pod čiarou k odkazom 23a až 23c znejú:

„[23a]) § 2 ods. 17 zákona č. 540/2021 Z. z.

[23b]) § 2 ods. 19 zákona č. 540/2021 Z. z.

[23c]) § 4 zákona č. 540/2021 Z. z.“.

10. V § 7 ods. 9 písm. e) sa na konci pripájajú tieto slová: „ak osobitný zákon neustanovuje inak,[24aaba])“.

Poznámka pod čiarou k odkazu 24aaba znie:

„[24aaba]) § 38 zákona č. 540/2021 Z. z.“.

11. § 7 sa dopĺňa odsekmi 21 a 22, ktoré znejú:

„(21) Ak zanikne zmluvný vzťah zdravotnej poisťovne s poskytovateľom všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti bez právneho nástupcu, zdravotná poisťovňa o tejto skutočnosti bezodkladne vyrozumie poistenca, s ktorým mal poskytovateľ uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Zdravotná poisťovňa zároveň poistenca informuje o dostupných poskytovateľoch všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti, ktorým je pridelený zdravotný obvod, v ktorom má poistenec bydlisko.

(22) Ďalšie podmienky pri uzatváraní zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s poskytovateľom ústavnej zdravotnej starostlivosti, ktorý má vydané povolenie na prevádzkovanie všeobecnej nemocnice alebo povolenie na prevádzkovanie špecializovanej nemocnice, ustanovuje osobitný predpis.[24aaba])“.

12. § 8 sa dopĺňa odsekmi 23 a 24, ktoré znejú:

„(23) Ak poskytovateľ zdravotnej starostlivosti, ktorý je držiteľom povolenia na prevádzkovanie zariadenia na poskytovanie jednodňovej zdravotnej starostlivosti, ktorý má uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti a ktorý poskytuje zdravotnú starostlivosť, pre ktorú bol kategorizáciou ústavnej zdravotnej starostlivosti ustanovený minimálny počet medicínskych služieb[27aada]) (ďalej len „poskytovateľ jednodňovej zdravotnej starostlivosti“), a poskytovateľ jednodňovej zdravotnej starostlivosti nedodržal minimálny počet medicínskych služieb,[27aada]) poskytovateľ jednodňovej zdravotnej starostlivosti má v nasledujúcom kalendárnom roku nárok na čiastočnú úhradu zdravotnej starostlivosti. Zdravotná poisťovňa je povinná uhrádzať zdravotnú starostlivosť podľa prvej vety najmenej vo výške 80 % obvyklej ceny v mieste a v čase jej poskytnutia. Obvyklou cenou v mieste a v čase jej poskytnutia sa na účely tohto zákona rozumie základná sadzba [(§ 67b ods. 3 písm. c)] alebo iná forma úhrady za zdravotnú starostlivosť, pre ktorú je kategorizáciou ústavnej zdravotnej starostlivosti ustanovený minimálny počet medicínskych služieb.[27aada])

(24) Výška úhrady podľa odseku 23 druhej vety sa určí takto:

a) ak poskytovateľ jednodňovej zdravotnej starostlivosti dodržal minimálny počet medicínskych služieb v predchádzajúcom roku na menej ako 20 %, úhrada sa určí vo výške 80 % obvyklej ceny,

b) ak poskytovateľ jednodňovej zdravotnej starostlivosti dodržal minimálny počet medicínskych služieb v predchádzajúcom roku v rozpätí od 20 % do 80 %, úhrada sa rovnomerne zvyšuje od 80 % do 100 % obvyklej ceny podľa miery dodržania podmienky minimálneho počtu medicínskych služieb,

c) ak poskytovateľ jednodňovej zdravotnej starostlivosti dodržal minimálny počet medicínskych služieb v predchádzajúcom roku na viac ako 80 %, úhrada sa určí vo výške 100 % obvyklej ceny.“.

Poznámka pod čiarou k odkazu 27aada znie:

„[27aada]) § 44 ods. 2 písm. c) prvého bodu zákona č. 540/2021 Z. z.“.

13. V § 8aa ods. 2 písm. i) sa slová „na účel uvedený v § 6 ods. 4 písm. a) až g),“ nahrádzajú slovami „podľa osobitného predpisu,[16aa])“.
14. V § 8aa ods. 3 písm. b) sa slová „§ 6 ods. 4 písm. s)“ nahrádzajú slovami „§ 6 ods. 2 písm. k)“.
15. V § 9 ods. 6 písm. c) sa slová „(§ 6 ods. 2)“ nahrádzajú slovami „[§ 6 ods. 1 písm. o)]“.
16. V § 10 odsek 3 znie:

„(3) Audítor, ktorý overuje účtovnú závierku zdravotnej poisťovne, je povinný bezodkladne informovať úrad o akejkoľvek skutočnosti, najmä ak táto skutočnosť môže

a) svedčiť o porušení zákonov a iných všeobecne záväzných právnych predpisov,

b) ovplyvniť riadne vykonávanie verejného zdravotného poistenia,

c) smerovať k vyjadreniu výhrad voči účtovnej závierke zdravotnej poisťovne alebo k vplyvu na jej nepretržité fungovanie,

d) viesť k odporúčaniam audítora zdravotnej poisťovni, ktoré sa neuvádzajú v audítorskej správe.“.

17. V § 15 ods. 1 písm. b) sa slová „§ 6 ods. 9“ nahrádzajú slovami „§ 6 ods. 3“.
18. V § 15 ods. 1 písm. z) sa za slová „národnému centru“ vkladajú slová „a samosprávnym krajom“.
19. V § 15 sa odsek 1 dopĺňa písmenami ak) a al), ktoré znejú:

„ak) predložiť úradu na vyžiadanie informácie súvisiace s jej činnosťou,

al) poskytovať samosprávnym krajom
1. údaje zo zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti uzatvorených s poskytovateľmi všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti a údaje z dodatkov k zmluvám o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v rozsahu číselný kód zdravotnej poisťovne, identifikačné číslo poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, dátum platnosti zmluvy a dátum ukončenia platnosti zmluvy, číselný kód zdravotníckeho pracovníka a číselný kód poskytovateľa zdravotnej starostlivosti pridelený úradom, počet kapitovaných poistencov a
2. údaje z registrov poistencov zdravotných poisťovní o trvalom a prechodnom pobyte poistencov v jednotlivých obciach v jeho pôsobnosti podľa veku a pohlavia na úroveň ulice a súpisného a orientačného čísla.“.

20. V § 16 ods. 1 písm. g) a ods. 2 písm. g) sa slová „§ 6 ods. 2“ nahrádzajú slovami „§ 6 ods. 1 písm. o)“.
21. V § 16 sa odsek 5 dopĺňa písmenom h), ktoré znie:

„h) poradie poistenca v zozname podľa osobitného zákona[16aa]) a predpokladaný dátum poskytnutia plánovanej zdravotnej starostlivosti podľa osobitného zákona.[16aa])“.

22. V § 18 ods. 1 písm. q) bode 1b sa vypúšťajú tieto slová: „ktorý nie je lekárom poskytovateľa všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti alebo poskytovateľa špecializovanej ambulantnej starostlivosti a“.
23. V § 18 ods. 1 sa za písmeno u) vkladá nové písmeno v), ktoré znie:

„v) vyhodnocuje stav verejnej minimálnej siete poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti raz ročne podľa osobitného zákona[41aaca]) a zverejňuje výsledky vyhodnocovania stavu verejnej minimálnej siete poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti spolu s protokolom o námietkach každoročne do 30. júna; pre tieto účely plní ďalšie povinnosti ustanovené v osobitnom zákone,[41aaca])“.

Doterajšie písmeno v) sa označuje ako písmeno w).
Poznámka pod čiarou k odkazu 41aaca znie:

„[41aaca]) § 5c, 5d, § 6e zákona č. 578/2004 Z. z. v znení zákona č. 540/2021 Z. z.“.

24. V § 20 ods. 1 písm. r) sa za slová „zmeny v údajoch z registra“ vkladajú slová „a na účely vyhodnocovania stavu verejnej minimálnej siete poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti“.
25. V § 22 odsek 2 znie:

„(2) Predsedu úradu vymenúva a odvoláva prezident Slovenskej republiky (ďalej len „prezident“) na návrh vlády, ktorý schvaľuje Národná rada Slovenskej republiky. Ak predseda úradu nebol v čase vymenovania zamestnancom úradu, dňom vymenovania mu vzniká pracovný pomer[42]) k úradu.“.

26. V § 22 ods. 8 sa slová „predsedovi vlády“ nahrádzajú slovami „prezidentovi“.
27. V § 22 ods. 9 písmeno a) znie:

„a) vzdaním sa funkcie písomným oznámením predsedu úradu doručeným prezidentovi; výkon funkcie predsedu úradu v takom prípade zaniká uplynutím kalendárneho mesiaca nasledujúceho po mesiaci, v ktorom bolo oznámenie o vzdaní sa funkcie predsedu úradu doručené prezidentovi,“.

28. V § 22 odsek 10 znie:

„(10) Predsedu úradu odvolá z funkcie prezident na návrh vlády, ktorý schvaľuje Národná rada Slovenskej republiky, ak

a) bola obmedzená jeho spôsobilosť na právne úkony,

b) začal vykonávať funkciu, povolanie, zamestnanie alebo činnosť, ktorá je nezlučiteľná s funkciou predsedu úradu, alebo nesplnil povinnosť podľa odseku 8,

c) nevykonáva svoju funkciu najmenej šesť po sebe nasledujúcich kalendárnych mesiacov.“.

29. V § 47b odseky 1 a 2 znejú:

„(1) Prehliadkou mŕtveho tela sa zisťuje čas a príčina úmrtia. Vykonávanie prehliadky mŕtveho tela je činnosť vo verejnom záujme.

(2) Prehliadku mŕtveho tela vykonáva prehliadajúci lekár. Za prehliadajúceho lekára sa považuje osoba, ktorá riadne skončila vysokoškolské štúdium v študijnom programe druhého stupňa[43]) v študijnom odbore všeobecné lekárstvo a ktorá má vydané oprávnenie na vykonávanie prehliadok mŕtvych tiel.“.

Poznámka pod čiarou k odkazu 63b sa vypúšťa.

30. V § 47da ods. 1 sa slová „odseku 9“ nahrádzajú slovami „odseku 10“.

31. V § 47f sa odsek 1 dopĺňa písmenom d), ktoré znie:

„d) osobe, ktorá riadne skončila vysokoškolské štúdium v študijnom programe druhého stupňa[43]) v študijnom odbore všeobecné lekárstvo a ktorá má osvedčenie o absolvovaní školenia k prehliadkam mŕtvych tiel.“.

32. V § 48 ods. 14 sa za slovo „diagnostiky“ dopĺňa čiarka a slová „výskumno-vývojové účely“.

33. V § 64 ods. 1 písmeno b) znie:

„b) za porušenie niektorej z povinností ustanovených osobitným predpisom[81a]) pokutu až do výšky 80 000 eur.“.

Poznámka pod čiarou k odkazu 81a znie:

„[81a]) Zákon č. 580/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.

Zákon č. 576/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.

Zákon č. 577/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.

§ 38 zákona č. 540/2021 Z. z.“.

34. V § 64 ods. 6 sa slová „§ 47da ods. 6“ nahrádzajú slovami „§ 47da ods. 7 a 9“.

35. V § 76 sa odsek 3 dopĺňa písmenom l), ktoré znie:

„l) orgánu, ktorý je príslušný na vydanie povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia podľa osobitného zákona,[41bc]) na účely kontroly informácií o výškach úväzkov zdravotníckych pracovníkov, ktoré eviduje u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, pre ktorého je daný orgán príslušný na vydanie povolenia.“.

36. V § 76 ods. 4 sa slová „odseku 3 písm. b) až j)“ nahrádzajú slovami „odseku 3 písm. b) až l)“.

37. V § 76 ods. 5 sa písmeno a) dopĺňa jedenástym a dvanástym bodom, ktoré znejú:

„11. orgánom, ktorý je príslušný na vydanie povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia podľa osobitného zákona,[41bc]) na účely kontroly informácií o výškach úväzkov zdravotníckych pracovníkov, ktoré eviduje u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, pre ktorého je daný orgán príslušný na vydanie povolenia,

12. ministerstvom zdravotníctva na účely vykonávania kategorizácie ústavnej zdravotnej starostlivosti, vyhodnotenia siete kategorizovaných nemocníc a rozhodovania o kategorizácií nemocníc, ak ide o poskytovanie údajov o spotrebe ústavnej zdravotnej starostlivosti, z registra poistencov a údajov zo zoznamu poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti podľa osobitného zákona.[95fb])“.

Poznámka pod čiarou k odkazu 95fb znie:

„[95fb]) § 39 a 40 zákona č. 540/2021 Z. z.“.

38. V § 76 ods. 5 sa písmeno b) dopĺňa piatym bodom, ktorý znie:

„5. ministerstvom zdravotníctva, zdravotnými poisťovňami a samosprávnym krajom, ak ide o vzájomnú výmenu údajov o vyhodnocovaní stavu verejnej minimálnej siete poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti, údajov z registrov poistencov zdravotných poisťovní o trvalom a prechodnom pobyte poistencov v jednotlivých obciach v pôsobnosti samosprávneho kraja podľa veku a pohlavia na úroveň ulice a súpisného a orientačného čísla a plnenie úloh podľa osobitného zákona.[41aaca])“.

39. Za § 86zj sa vkladá § 86zk, ktorý vrátane nadpisu znie:

„§ 86zk

Prechodné ustanovenia k úpravám účinným od 1. januára 2022

(1) Predseda úradu vymenovaný do funkcie podľa zákona v znení účinnom do 31. decembra 2021 sa považuje za predsedu úradu, ktorý je vymenovaný do funkcie podľa tohto zákona v znení účinnom od 1. januára 2022.

(2) Konanie o uložení pokuty, ktoré sa začalo a právoplatne neskončilo podľa tohto zákona v znení účinnom do 31. decembra 2021, sa dokončí podľa tohto zákona v znení účinnom do 31. decembra 2021.“.

Čl. X

Tento zákon nadobúda účinnosť 1. januára 2022, okrem

a) čl. I § 9, § 12 až 14, čl. VIII bod 17, ktoré nadobúdajú účinnosť 1. januára 2023, a

b) čl. I § 40, § 42 a § 46, čl. III bodu 4, čl. VIII bodov 1, 3 až 6, 13 až 15, 20 a 21, ktoré nadobúdajú účinnosť 1. januára 2024,

c) čl. I § 20, § 38, § 41 a § 43, čl. IV, čl. V bodov 5, 8, 12, 15, 16, 19 až 21, 30 až 32, § 102ap v bode 33 a čl. VIII bodov 2, 9, 10 a 12, ktoré nadobúdajú účinnosť 1. januára 2024.

Zuzana Čaputová v. r.

Boris Kollár v. r.

Eduard Heger v. r.

1) § 9 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.
2) § 7 ods. 4 písm. a) 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.
3) § 11 ods. 1 písm. a) a ods. 2 písm. g) zákona č. 578/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.
4) § 79 ods. 10 zákona č. 578/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.
5) § 3 ods. 1 až 4, § 9 ods. 2 a § 9h ods. 1 písm. a) a b) zákona 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.
6) § 7 zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.
7) Čl. 4 a 5 ústavného zákona č. 227/2002 Z. z. o bezpečnosti štátu v čase vojny, vojnového stavu, výnimočného stavu a núdzového stavu v znení neskorších predpisov.

§ 3 ods. 1 zákona Národnej rady Slovenskej republiky č. 42/1994 Z. z. o civilnej ochrane obyvateľstva v znení neskorších predpisov.
8) § 7 ods. 2 písm. b) zákona č. 578/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.
9) Napríklad zákon č. 8/2009 Z. z. o cestnej premávke a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, vyhláška Ministerstva vnútra Slovenskej republiky č. 9/2009 Z. z., ktorou sa vykonáva zákon o cestnej premávke a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.
10) § 79 ods. 1 písm. zb) zákona č. 578/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.
11) § 8 ods. 2 zákona č. 578/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.
12) § 43 až 47h zákona č. 578/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.
13) § 7 ods. 3 písm. b) zákona č. 578/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.
14) § 2 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.
15) Príloha č. 6 k nariadeniu vlády Slovenskej republiky č. 640/2008 Z. z. o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.
16) § 5 zákona č. 578/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.
17) § 13 ods. 1 zákona č. 578/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.
18) § 39 Stavebného zákona v znení neskorších predpisov.
19) § 58a Zákonníka práce v znení neskorších predpisov.
20) § 18 až 20 zákona č. 578/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.
21) Položka 152b zákona Národnej rady Slovenskej republiky č. 145/1995 Z. z. o správnych poplatkoch v znení zákona č. 540/2021 Z. z.

22) § 23 ods. 1 zákona o e-Governmente.
23) Nariadenie Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov) (Ú. v. EÚ L 119, 4. 5. 2016) v platnom znení.

Zákon č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.
24) § 67b ods. 3 písm. c) zákona č. 581/2004 Z. z. v znení zákona č. 392/2020 Z. z.
25) § 8c ods. 1 zákona č. 581/2004 Z. z. v znení zákona č. 356/2016 Z. z.
26) § 7 ods. 9 písm. e) zákona č. 581/2004 Z. z. v znení zákona č. 356/2016 Z. z.
27) § 16 ods. 2 písm. g) zákona č. 581/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.
28) § 9 zákona č. 581/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.
29) § 42 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.
30) § 9b zákona č. 580/2004 Z. z. v znení zákona č. 540/2021 Z. z.
31) § 9b ods. 4, 7 až 9 a 11 až 15 zákona č. 580/2004 Z. z. v znení zákona č. 540/2021 Z. z.
31a) Nariadenie Európskeho parlamentu a Rady (ES) č. 883/2004 z 29. apríla 2004 o koordinácii systémov sociálneho zabezpečenia (Mimoriadne vydanie Ú. v. EÚ, kap. 5/zv. 5; Ú. v. EÚ L 200, 7. 6. 2004) v platnom znení.

Nariadenie Európskeho parlamentu a Rady (ES) č. 987/2009 zo 16. septembra 2009, ktorým sa stanovuje postup vykonávania nariadenia (ES) č. 883/2004 o koordinácii systémov sociálneho zabezpečenia (Ú. v. EÚ L 284, 30. 10. 2009) v platnom znení.
32) § 2 ods. 2 zákona č. 579/2004 Z. z. o záchrannej zdravotnej službe a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení zákona č. 351/2005 Z. z.
33) § 9 ods. 2 zákona č. 576/2004 Z. z.
34) § 12 ods. 3 písm. x) zákona č. 153/2013 Z. z. o národnom zdravotníckom informačnom systéme a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení zákona č. 540/2021 Z. z.
35) § 7 ods. 4 písm. a) druhý bod zákona č. 578/2004 Z. z.