

NÁVRH

ZÁKON

z 2021

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

Národná rada Slovenskej republiky sa uzniesla na tomto zákone:

Čl. I PRVÁ ČASŤ ZÁKLADNÉ USTANOVENIA

§ 1 Predmet zákona

Tento zákon ustanovuje

- a) kategorizáciu ústavnej zdravotnej starostlivosti¹⁾ (ďalej len „kategorizácia ústavnej starostlivosti“),
- b) podmienky kategorizácie ústavnej zdravotnej starostlivosti (ďalej len „ústavná starostlivosť“),
- c) podmienky pre tvorbu siete kategorizovaných nemocníc (ďalej len „podmienky pre tvorbu siete“),
- d) kategorizáciu nemocníc,²⁾
- e) vyhodnotenie siete kategorizovaných nemocníc,
- 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 má povolenie na prevádzkovanie všeobecnej nemocnice alebo špecializovanej nemocnice (ďalej len „prevádzkovateľ nemocnice“³⁾) pri kategorizácii nemocníc,
- i) správne delikty.

§ 2 Vymedzenie základných pojmov

(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⁾ kódov chorôb, iných charakteristík poskytnutej zdravotnej starostlivosti, alebo iných charakteristík poistenca.

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.

Medicínska služba môže mať rôzne úrovne a rozdeľuje sa na povinnú, nepovinnú a doplnkovú. Úroveň medicínskej služby je ustanovená kategorizáciou ústavnej starostlivosti ako minimálna úroveň medicínskeho programu, 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 zákona⁵⁾ 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) Medicínsky program je zoskupenie vecne súvisiacich medicínskych služieb. Program môže mať rôzne úrovne a rozdeľuje sa na povinný, nepovinný a doplnkový. 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, nepovinných a doplnkových programov a ich úrovni.

(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 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 roku, ako aj predpokladanej budúcej potreby ústavnej starostlivosti ovplyvnenej vývojom v demografii, chorobnosti a liečebných postupoch. Krízová situácia na účely tohto zákona je výnimočný stav, núdzový stav alebo mimoriadna situácia vyhlásené vládou Slovenskej republiky.⁶⁾

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

(7) Časová dostupnosť ústavnej starostlivosti je maximálny čas určený v dňoch medzi indikáciou poskytnutia medicínskej služby lekárom zdravotníckeho zariadenia ústavnej zdravotnej starostlivosti⁷⁾ a poskytnutím medicínskej služby v nemocnici.

(8) Plánovanou starostlivosťou sa na účely tohto zákona rozumie poskytnutie medicínskej služby, pre ktorú je kategorizáciou ústavnej starostlivosti určená časová dostupnosť ústavnej starostlivosti, ktorej poskytnutie je z dôvodu verejného záujmu potrebné plánovať tak, aby poistencom k nej bol zabezpečený dostatočný, trvalý a vyvážený prístup.

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⁾ 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.

⁷⁾ § 7 ods. 2 písm. b) zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti.

(9) Lehota plánovanej starostlivosti je lehota, ktorú určil lekár, ktorý indikoval plánovanú starostlivosť a ktorá musí vychádzať z objektívneho lekárskeho posúdenia zdravotného stavu poistenca 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 nesmie prekročiť časovú dostupnosť ústavnej starostlivosti určenú pre túto medicínsku službu, a je zapísaná do zdravotnej dokumentácie poistenca. Lehota plánovanej starostlivosti začína plynúť dňom nasledujúcim po dni indikácie plánovanej starostlivosti lekárom zdravotníckeho zariadenia ústavnej zdravotnej starostlivosti.⁶⁾

(10) 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 kategorizovaných nemocníc.

(11) Geografická dostupnosť ústavnej starostlivosti je vzdialenosť z miesta prechodného pobytu poistenca, a ak ho poistenec nemá, tak z miesta trvalého pobytu poistenca, do najbližšej nemocnice príslušnej úrovne vyjadrená časom dojazdu. Časom dojazdu sa na účely tohto zákona rozumie čas v minútach zaokrúhlený na dve desiatinné 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.⁸⁾

(12) 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.

(13) 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.

(14) Úrovne nemocníc, úrovne programov a úrovne medicínskych služieb sú národná úroveň, koncová úroveň, komplexná úroveň, regionálna úroveň a komunitná úroveň. Národná úroveň predstavuje najvyššiu úroveň a komunitná úroveň predstavuje najnižšiu úroveň.

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

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

⁸⁾ 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.

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

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

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

(20) 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. vydáva všeobecne záväzné právne predpisy podľa § 44,
 3. zisťuje presne a úplne skutočný stav vecí a na ten účel si obstaráva potrebné podklady na rozhodovanie,
 - b) pri kategorizácii nemocníc vydáva v prvom stupni rozhodnutia v konaniach pri kategorizácii nemocníc o
 1. podmienenom zaradení nemocnice do siete kategorizovaných nemocníc,
 2. podmienenom zvýšení úrovne nemocnice zaradenej do siete,
 3. podmienenom poskytovaní doplnkového programu,
 4. riadnom zaradení nemocnice do siete kategorizovaných nemocníc,
 5. riadnom zvýšení úrovne nemocnice zaradenej do siete,
 6. riadnom poskytovaní doplnkového programu,
 7. zmene údajov o sídle, o počte lôžok a o rozdelení povinných programov a doplnkových programov medzi hlavnou nemocnicou a partnerskou nemocnicou,
 8. znížení úrovne nemocnice zaradenej do siete,
 9. zrušení doplnkového programu,
 10. vyradení nemocnice zo siete kategorizovaných nemocníc (ďalej len „vyradenie zo siete“),
 - c) zverejňuje na svojom webovom sídle
 1. rozhodnutia podľa § 31 na účely kategorizácie ústavnej starostlivosti (§ 4), na účely vyhodnotenia siete (§ 9) a na účely kategorizácie nemocníc (§ 10),
 2. žiadosti účastníkov konania pri kategorizácii nemocníc podľa § 12 až § 14 na účely kategorizácie ústavnej starostlivosti (§ 4), na účely vyhodnotenia siete (§ 9) a na účely kategorizácie nemocníc (§ 10); osobné údaje v žiadostiach sa na webovom nezverejňujú,
 3. námietky účastníkov konania podľa 33 ods. 3; osobné údaje v námietkach sa nezverejňujú,
 4. štruktúru údajov od zdravotných poisťovní podľa § 39 ods. 2 a § 40 ods. 14,
 5. výsledky vyhodnotenia siete kategorizovaných nemocníc podľa § 9,

6. zoznam kategorizovaných nemocníc zaradených do siete kategorizovaných nemocníc podľa § 11 (ďalej len „zoznam kategorizovaných nemocníc“),
 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 zákona⁹⁾ 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) vydáva rozhodnutia v konaniach pri kategorizácii nemocníc o

1. námietkach,
2. 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 zaradovanej ústavnej starostlivosti do programov,
- d) dvaja členovia navrhnutí organizáciami zastupujúcimi nemocnice pri uzatváraní zmlúv so zdravotnými poisťovňami,
- e) jeden člen navrhnutý neziskovou patientskou organizáciou združujúcou patientske 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 vecí s odôvodnením podľa podmienok ustanovených týmto zákonom. Odborné posúdenie je pre ministerstvo zdravotníctva záväzné. Odborné posúdenie je

⁹⁾ § 79 ods. 1 písm. zb) zákona č. 578/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.

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 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 trojpäťtinová väčšina všetkých členov rady pre tvorbu siete. Stanovisko k námietkam sa zverejňuje na webovom sídle ministerstva zdravotníctva. V stanovisku k námietkam rady pre tvorbu siete 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 organizáciami zastupujúcimi nemocnice pri uzatváraní zmlúv so zdravotnými poisťovňami,
- d) jeden člen navrhnutý vyššími územnými celkami,
- e) jeden člen navrhnutý neziskovou patientskou organizáciou združujúcou patientske 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.

DRUHÁ ČASŤ

KATEGORIZÁCIA ÚSTAVNEJ STAROSTLIVOSTI

§ 4

(1) O zaradení ústavnej starostlivosti do medicínskych služieb a ich úrovni, o zaradení medicínskych služieb do programov a ich úrovni, 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,
- b) pre každý program môže ustanoviť
 - 1. špeciálne personálne zabezpečenie, ktoré rozširuje personálne zabezpečenie podľa osobitného predpisu¹⁰⁾ (ďalej len „špeciálne personálne zabezpečenie“),
 - 2. špeciálne materiálno-technické vybavenie, ktoré rozširuje minimálne materiálno-technické vybavenie podľa osobitného predpisu⁸⁾ (ďalej len „špeciálne materiálno-technické vybavenie“),
 - 3. iné programy alebo medicínske služby, ktoré sa musia v nemocnici poskytovať súčasne,
- c) pre každú medicínsku službu môže ustanoviť
 - 1. minimálny počet medicínskych služieb, ktoré sa musia v nemocnici vykonať alebo ktoré musí lekár vykonať v kalendárnom roku,
 - 2. časovú dostupnosť ústavnej starostlivosti,
 - 3. indikačné kritériá pre poskytovanie ústavnej starostlivosti v nemocnici (ďalej len „hospitalizácia“),
 - 4. podmienky pre poskytnutie diagnostiky a liečby počas hospitalizácie,
 - 5. podmienky pre prepustenie poistenca z hospitalizácie,
 - 6. podmienky pre prepravu poistenca medzi nemocnicami,
 - 7. indikátory kvality pre ústavnú starostlivosť a ich cieľové hodnoty,
 - 8. špeciálne personálne zabezpečenie,
 - 9. špeciálne materiálno-technické vybavenie,
 - 10. iné programy alebo medicínske služby, ktoré sa musia v nemocnici súčasne poskytovať.

(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 odseku 2 písm. a) štvrtého bodu a písmen b) a 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,¹¹⁾ odborné spoločnosti v zdravotníctve, združenia zastupujúce

¹⁰⁾ § 8 ods. 2 zákona č. 578/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.

¹¹⁾ § 43 až 47h zákona č. 578/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.

poskytovateľov zdravotnej starostlivosti pri uzatváraní zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, patientske organizácie alebo úrad pre dohľad ministerstvu zdravotníctva najneskôr do 31. marca kalendárneho roka 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 najneskôr do 30. apríla kalendárneho roka.

(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 do 15. augusta kalendárneho roka, 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 diagnosticko-terapeutických skupín,
- b) poskytnutého zdravotného výkonu v zariadení na poskytovanie jednodňovej zdravotnej starostlivosti,¹²⁾
- c) hlavnej diagnózy a vedľajšej diagnózy 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 diagnosticko-terapeutických skupín.

(2) Úroveň medicínskej služby sa ustanoví s prihliadnutím na

- a) skutočnosť, či je medicínska služba neodkladnou zdravotnou starostlivosťou,¹³⁾
- 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 materiálne-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

¹²⁾ § 7 ods. 3 písm. b) zákona č. 578/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.

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

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 Úroveň nemocnice

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

- a) národnej úrovne,
- b) koncovej úrovne,
- c) komplexnej úrovne,
- d) regionálnej úrovne,
- e) komunitnej úrovne.

(2) V nemocnici podľa odseku 1 písm. a) sa vykonávajú povinné programy ustanovené kategorizáciou ústavnej starostlivosti pre nemocnicu národnej úrovne a povinné programy ustanovené kategorizáciou ústavnej starostlivosti pre nemocnice podľa odseku 1 písm. b) až e).

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

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

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

(6) V nemocnici podľa odseku 1 písm. e) sa vykonávajú povinné programy ustanovené kategorizáciou ústavnej starostlivosti pre nemocnicu komunitnej úrovne. Nemocnica podľa odseku 1 písm. e) môže vykonávať doplnkový program nemocnice podľa odseku 1 písm. a) až d) 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.¹⁴⁾

(2) Sieť nemocníc na národnej úrovni tvoria nemocnice národnej úrovne, ktoré plnia podmienky pre tvorbu siete takto:

- a) najmenej 90 % poistencov má čas dojazdu do nemocnice národnej úrovne do 300 minút a najviac 1,5 % poistencov má čas dojazdu do nemocnice národnej úrovne nad 350 minút,
- b) každá nemocnica národnej úrovne má počet poistencov v spádovom území najmenej 5 miliónov poistencov,
- c) súčet lôžok v nemocniciach národnej úrovne je vyšší ako minimálny počet lôžok pre národnú úroveň ustanovený osobitným predpisom.¹²⁾

(3) Sieť nemocníc na koncovej úrovni tvoria nemocnice koncovej úrovne alebo vyššej úrovne, ktoré plnia podmienky pre tvorbu siete takto:

- a) najmenej 90 % poistencov má čas dojazdu do nemocnice koncovej úrovne alebo vyššej úrovne do 90 minút a najviac 1,5 % poistencov má čas dojazdu do nemocnice koncovej úrovne alebo vyššej úrovne nad 120 minút,
- b) každá nemocnica koncovej úrovne alebo vyššej úrovne má počet poistencov v spádovom území najmenej 1,4 milióna poistencov a najviac 2 milióny poistencov,
- c) súčet lôžok v nemocniciach koncovej úrovne alebo vyššej úrovne je vyšší ako minimálny počet lôžok pre koncovú úroveň ustanovený osobitným predpisom.¹²⁾

(4) Sieť nemocníc na komplexnej úrovni tvoria nemocnice komplexnej úrovne alebo vyššej úrovne, ktoré plnia podmienky pre tvorbu siete takto:

- a) najmenej 90 % poistencov má čas dojazdu do nemocnice komplexnej úrovne alebo vyššej úrovne do 60 minút a najviac 1,5 % poistencov má čas dojazdu do nemocnice komplexnej úrovne alebo vyššej úrovne nad 90 minút,
- b) každá nemocnica komplexnej úrovne alebo vyššej úrovne má počet poistencov v spádovom území najmenej 450 000 poistencov a najviac 900 000 poistencov,
- c) súčet lôžok v nemocniciach komplexnej úrovne alebo vyššej úrovne je vyšší ako minimálny počet lôžok pre komplexnú úroveň ustanovený osobitným predpisom.¹²⁾

(5) Sieť nemocníc na regionálnej úrovni tvoria nemocnice regionálnej úrovne alebo vyššej úrovne, ktoré plnia podmienky pre tvorbu siete takto:

- a) najmenej 90 % poistencov má čas dojazdu do nemocnice regionálnej úrovne alebo vyššej úrovne do 30 minút a najviac 1,5 % poistencov má čas dojazdu do nemocnice regionálnej úrovne alebo vyššej úrovne nad 45 minút,
- b) každá nemocnica regionálnej 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 regionálnej úrovne alebo vyššej úrovne je vyšší ako minimálny počet lôžok pre regionálnu úroveň ustanovený osobitným predpisom.¹²⁾

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

¹⁴⁾ Príloha č. 6 nariadenia vlády Slovenskej republiky č. 640/2008 Z. z. o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v znení nariadenia vlády Slovenskej republiky č./2021 Z. z.

(7) Ak by sieť nemocníc na regionálnej úrovni vytvorená podľa odseku 5 a odseku 6 viedla k tomu, že by čas dojazdu pre niektorý okres presiahol 35 minút, tak sa do siete nemocníc na regionálnej úrovni 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 na regionálnej úrovni vytvorená podľa odsekov 5 až 7 viedla k tomu, že by čas dojazdu pre niektorý okres presiahol 45 minút, tak sa do siete nemocníc na regionálnej úrovni 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 kategorizovaných nemocníc

(1) Vyhodnotením siete kategorizovaných nemocníc sa rozumie vyhodnotenie splnenia podmienok pre tvorbu siete, vyhodnotenie splnenia podmienok kategorizácie ústavnej starostlivosti nemocnicami zaradenými do siete, a zistenie potreby poskytovania ústavnej starostlivosti (ďalej len „vyhodnotenie siete“). Vyhodnotenie siete vykoná ministerstvo zdravotníctva do 31. júla kalendárneho roka 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 sa poskytujú medicínske služby v nemocnici a súčasne v zariadení na poskytovanie jednodňovej zdravotnej starostlivosti, minimálne počty medicínskych služieb sa na účel vyhodnotenia siete sčítavajú.

(4) Ministerstvo zdravotníctva vyhotoví návrh vyhodnotenia siete z údajov podľa § 37 a 39 na základe metodiky podľa § 44 ods. a) a zašle ho komisii pre tvorbu siete do 15. júna kalendárneho roka, ktorá výsledky vyhodnotenia siete odborne posúdi a svoje odborné posúdenie zašle ministerstvu zdravotníctva do 15. júla kalendárneho roka. Odborné posúdenie komisie pre tvorbu siete je pre ministerstvo zdravotníctva záväzné. Odborné posúdenie ministerstvo zdravotníctva bezodkladne zverejní na svojom webovom sídle.

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

a) pre každú úroveň

1. vyhodnotenie geografickej dostupnosti ústavnej starostlivosti,
2. vyhodnotenie veľkosti spádového územia pre každú nemocnicu v sieti kategorizovaných nemocníc,
3. vyhodnotenie zabezpečenia minimálneho počtu lôžok v sieti kategorizovaných nemocníc,
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 prevádzkovania ústavnej starostlivosti,
 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 boli ustanovené kategorizáciou ústavnej starostlivosti,
 9. vyhodnotenie časovej dostupnosti, ak boli ustanovené 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.

TRETIA ČASŤ

Kategorizácia nemocníc

§ 10

(1) Pri kategorizácii nemocnice ministerstvo zdravotníctva rozhoduje o

- a) podmienenom zaradení nemocnice do siete kategorizovaných nemocníc,
- b) riadnom zaradení nemocnice do siete kategorizovaných nemocníc,
- c) úrovni nemocnice podľa § 7,
- d) poskytovaní doplnkových programov,
- e) minimálnom počte lôžok, ktoré sa musia v nemocnici zaradenej do siete zabezpečiť,
- f) vykonávaní povinných programov v rámci programového profilu v spolupráci medzi hlavnou nemocnicou a partnerskou nemocnicou,
- g) lehote na splnenie podmienok pre riadne zaradenie nemocnice do siete kategorizovaných nemocníc, ak sa rozhoduje o podmienenom zaradení nemocnice.

(2) Ministerstvo zdravotníctva podmienene zaradí nemocnicu do siete kategorizovaných nemocníc 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,²⁾
 2. prevádzkovateľ nemocnice má špeciálne personálne zabezpečenie prislúchajúce k programovému profilu, ktorý bude nemocnica vykonávať,
 3. prevádzkovateľ nemocnice má špeciálne materiálne-technické vybavenie prislúchajúce k programovému profilu, ktorý bude nemocnica vykonávať.

(3) Ministerstvo zdravotníctva rozhodne o riadnom zaradení nemocnice do siete kategorizovaných nemocníc 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 kategorizovaných nemocníc 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 zdravotnej 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 všetkých vybraných doplnkových programov, ktorých poskytovanie je potrebné pre zabezpečenie verejného záujmu podľa odseku 4, a to aj v prípade, ak nemocnica neplní podmienky pre poskytovanie doplnkového programu podľa § 15 odseky 11 až 13. 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 kategorizovaných nemocníc.

(7) Nemocnica komunitnej úrovne sa do siete kategorizovaných nemocníc 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, ak ide o fyzickú osobu, kód poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, ak bol pridelený; 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. obchodné meno alebo 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. obchodné meno alebo 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 písmen d) alebo e), ak je tento dátum odlišný od účinnosti zoznamu kategorizovaných nemocníc.

(2) Zoznam kategorizovaných nemocníc zverejňuje ministerstvo zdravotníctva na účely kategorizácie ústavnej starostlivosti (§ 4), na účely vyhodnotenia siete (§ 9) a na účely kategorizácie nemocníc (§ 10) na svojom webovom sídle do 31. októbra kalendárneho roka 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.¹⁵⁾

§ 12

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

(1) Žiadosť o podmienené zaradenie nemocnice do siete kategorizovaných nemocníc, žiadosť o podmienené zvýšenie úrovne nemocnice zaradenej do siete kategorizovaných nemocníc a žiadosť o podmienené poskytovanie doplnkového programu podáva ministerstvu zdravotníctva prevádzkovateľ nemocnice za každú nemocnicu osobitne najneskôr do 30. apríla kalendárneho roka. Žiadosť o podmienené zaradenie nemocnice do siete kategorizovaných nemocníc je oprávnená v lehote podľa predchádzajúcej vety podať tiež fyzická osoba alebo právnická osoba, ktorá podala žiadosť o vydanie povolenia na prevádzkovanie všeobecnej nemocnice alebo špecializovanej nemocnice podľa osobitného predpisu²⁾ alebo fyzická osoba alebo právnická osoba, ktorá má územné rozhodnutie na účely výstavby nemocnice¹⁶⁾ (ďalej len "budúci prevádzkovateľ nemocnice").

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

- a) identifikačné údaje o prevádzkovateľovi nemocnice alebo budúcom prevádzkovateľovi nemocnice v rozsahu
 1. meno, priezvisko, dátum narodenia, adresa trvalého pobytu alebo adresa prechodného pobytu, ak ide o fyzickú osobu, kód poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, ak bol pridelený; 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,

¹⁵⁾ § 5 zákona č. 578/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.

¹⁶⁾ § 39 50/1976 Zb. o územnom plánovaní a stavebnom poriadku (stavebný zákon)

2. obchodné meno alebo 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. obchodné meno alebo 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) 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 kategorizovaných nemocníc,
 - 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 kategorizovaných nemocníc,
 - 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 kategorizovaných nemocníc,
 - 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 o podmienené zaradenie nemocnice do siete kategorizovaných nemocníc, o podmienené zvýšenie úrovne nemocnice zaradenej do siete kategorizovaných nemocníc alebo o podmienené poskytovanie doplnkového programu; 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 kategorizovaných nemocníc a k žiadosti o podmienené zvýšenie úrovne nemocnice zaradenej do siete kategorizovaných nemocníc 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 užívaní 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. 5 písm. c)), ak prevádzkovateľ nemocnice žiada o podmienené zaradenie hlavnej nemocnice alebo partnerskej nemocnice do siete kategorizovaných nemocníc.

(5) Žiadateľ k žiadosti o podmienené poskytovanie doplnkového programu priloží prílohy podľa odseku 4 písm. a), b), c), j) a k).

§ 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 nemocnice zaradenej do siete podáva ministerstvu zdravotníctva prevádzkovateľ nemocnice najneskôr 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
 1. meno, priezvisko, dátum narodenia, adresa trvalého pobytu alebo adresa prechodného pobytu, ak ide o fyzickú osobu, kód poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, ak bol pridelený; 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. obchodné meno alebo 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. obchodné meno alebo 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) 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 o zmenu údajov o mieste prevádzkovania, o počte lôžok a o rozdelení povinných programov medzi hlavnou nemocnicou a partnerskou nemocnicou nemocnice zaradenej do siete.

§ 14

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

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

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

a) identifikačné údaje o prevádzkovateľovi nemocnice v rozsahu

1. meno, priezvisko, dátum narodenia, adresa trvalého pobytu alebo adresa prechodného pobytu, ak ide o fyzickú osobu, kód poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, ak bol pridelený; 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. obchodné meno alebo 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. obchodné meno alebo 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) 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 o zníženie úrovne nemocnice zaradenej do siete kategorizovaných nemocníc, o zrušenie doplnkového programu v nemocnici zaradenej do siete kategorizovaných nemocníc alebo o vyradenie nemocnice zo siete kategorizovaných nemocníc.

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

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

Rozhodovanie pri kategorizácii nemocníc

§ 15

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

(1) O podmienenom zaradení nemocnice do siete kategorizovaných nemocníc 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 v nemocnici zaradenej do siete rozhoduje ministerstvo zdravotníctva na základe žiadosti podľa § 12 ods. 3.

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

- a) podmienenom zaradení nemocnice do siete kategorizovaných nemocníc,
- b) podmienenom určení úrovne nemocnice,
- c) podmienenom poskytovaní doplnkového programu v rámci programového profilu, ak nemocnica požiadala aj o vykonávanie doplnkového programu,
- d) lehote na splnenie podmienok pre riadne zaradenie nemocnice do siete kategorizovaných nemocníc, pre riadnu zmenu úrovne a pre riadne poskytovanie doplnkového programu.

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

- a) podmienenom určení úrovne nemocnice,
- b) podmienenom poskytovaní doplnkového programu v rámci programového profilu, ak prevádzkovateľ nemocnice požiadal aj o vykonávanie doplnkového programu,
- c) lehote na splnenie podmienok pre riadnu zmenu úrovne nemocnice a pre riadne poskytovanie doplnkového programu.

(5) Pri rozhodovaní o podmienenom poskytovaní doplnkového programu v nemocnici zaradenej do siete kategorizovaných nemocníc ministerstvo zdravotníctva rozhoduje o

- a) podmienenom poskytovaní doplnkového programu v rámci programového profilu,
- b) lehote na splnenie podmienok pre riadne poskytovanie doplnkového programu.

(6) Pri rozhodovaní o podmienenom zaradení nemocnice do siete kategorizovaných nemocníc 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 v nemocnici zaradenej do siete ministerstvo zdravotníctva vyhodnocuje splnenie podmienok podľa odsekov 11 až 13 na základe vyhodnotenia siete podľa § 9.

(8) Lehota na splnenie podmienok pre riadne zaradenie nemocnice do siete kategorizovaných nemocníc, pre riadne zvýšenie úrovne nemocnice zaradenej do siete a pre riadne poskytovanie doplnkového programu v nemocnici zaradenej do siete 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 kategorizovaných nemocníc, o podmienenom zvýšení úrovne nemocnice a o podmienenom poskytovaní doplnkového programu v nemocnici zaradenej do siete ministerstvo zdravotníctva postupuje primerane podľa odseku 14 a § 19.

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

(11) Ministerstvo zdravotníctva rozhodne o podmienenom poskytovaní doplnkového programu v nemocnici nižšej úrovne, 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 kategorizovaných nemocníc poskytujúcich tento program ako povinný alebo doplnkový navýšených o počet nemocníc, pri ktorých ministerstvo zdravotníctva rozhoduje o podmienenom poskytovaní doplnkového programu.

(12) 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.

(13) Ak nie je splnená podmienka podľa odseku 11 písm. a), ministerstvo zdravotníctva povolí v nemocnici nižšej úrovne poskytovať doplnkový program podľa odseku 12.

(14) Ministerstvo zdravotníctva rozhodne o podmienenom zaradení do siete kategorizovaných nemocníc alebo o podmienenom poskytovaní doplnkového programu aj v prípade, ak žiadateľ nepredložil doklady podľa § 10 ods. 2 písm. b), a zaviazá žiadateľa doplniť tieto doklady najneskôr 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 kategorizovaných nemocníc, o riadnom zvýšení úrovne nemocnice zaradenej do siete kategorizovaných nemocníc a o riadnom poskytovaní doplnkového programu v nemocnici zaradenej do siete kategorizovaných nemocníc

(1) O riadnom zaradení nemocnice do siete kategorizovaných nemocníc, o riadnom zvýšení úrovne nemocnice zaradenej do siete kategorizovaných nemocníc a o riadnom

poskytovaní doplnkového programu v nemocnici zaradenej do siete kategorizovaných nemocníc rozhoduje ministerstvo zdravotníctva z vlastného podnetu.

(2) Pri rozhodovaní o riadnom zaradení nemocnice do siete kategorizovaných nemocníc, o riadnom zvýšení úrovne nemocnice zaradenej do siete kategorizovaných nemocníc a o riadnom poskytovaní doplnkového programu v nemocnici zaradenej do siete kategorizovaných nemocníc ministerstvo zdravotníctva vyhodnocuje splnenie podmienok podľa § 10 ods. 3 na základe vyhodnotenia siete podľa § 9.

(3) Ministerstvo zdravotníctva bezodkladne začne konanie o

- a) riadnom zaradení nemocnice do siete kategorizovaných nemocníc, ak z vyhodnotenia siete vyplýva, že podmienenene zaradená nemocnica splnila podmienky podľa § 10 ods. 3,
- b) riadnom zvýšení úrovne nemocnice, ak z vyhodnotenia siete podľa § 9 vyplýva, že nemocnica s podmienenene zvýšenou úrovňou nemocnice splnila podmienky podľa § 10 ods. 3,
- c) riadnom poskytovaní doplnkového programu, ak z vyhodnotenia siete podľa § 9 vyplýva, že nemocnica splnila podmienky kategorizácie ústavnej starostlivosti pre podmienenene zaradený doplnkový program.

(4) Pri rozhodovaní o riadnom zaradení nemocnice do siete kategorizovaných nemocníc, 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 kategorizovaných nemocníc, o riadnom zvýšení úrovne nemocnice zaradenej do siete kategorizovaných nemocníc a o riadnom poskytovaní doplnkového programu v nemocnici zaradenej do siete kategorizovaných nemocníc, rozhodnutie doručí účastníkom konania najneskôr do 31. augusta kalendárneho roka a zverejnení zmeny v zozname kategorizovaných nemocníc podľa § 11 na svojom webovom sídle najneskôr do 31. októbra kalendárneho roka.

§ 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 nemocnice zaradenej do siete 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 nemocnice zaradenej do siete, rozhodnutie doručí účastníkom konania najneskôr

do 31. augusta kalendárneho roka a zverejnení zmeny v zozname kategorizovaných nemocníc podľa § 11 na svojom webovom sídle najneskôr do 31. októbra kalendárneho roka.

§ 18

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

(1) O znížení úrovne nemocnice zaradenej do siete kategorizovaných nemocníc, o zrušení doplnkového programu v nemocnici zaradenej do siete kategorizovaných nemocníc a o vyradení nemocnice zo siete kategorizovaných nemocníc 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 kategorizovaných nemocníc, o zrušení doplnkového programu v nemocnici zaradenej do siete kategorizovaných nemocníc a o vyradení nemocnice zo siete kategorizovaných nemocníc, rozhodnutie doručí účastníkom konania najneskôr do 31. augusta kalendárneho roka a zverejnení zmeny v zozname kategorizovaných nemocníc podľa § 11 na svojom webovom sídle najneskôr do 31. októbra kalendárneho roka.

§ 19

Postup pri kategorizácii nemocníc

(1) Ministerstvo zdravotníctva podmienene zaradí nemocnicu do siete kategorizovaných nemocníc, 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 minimálne v posledných dvoch po sebe idúcich vyhodnoteniach siete predchádzajúcich rozhodnutiu o podmienenom zaradení podmienky kategorizácie ústavnej starostlivosti najmenej na 80 %.

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

(3) Ak v rovnakom spádovom území ministerstvo zdravotníctva požiadajú o poskytovanie rovnakého doplnkového programu viaceré nemocnice súčasne a potreba ústavnej starostlivosti neumožňuje povoliť poskytovanie viacerých doplnkových programov, ministerstvo zdravotníctva povolí poskytovanie doplnkového programu tej nemocnici, ktorá získa najvyšší počet bodov v plnení podmienok tvorby siete a v plnení podmienok kategorizácie ústavnej starostlivosti.

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

(5) 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 osobitného predpisu,¹⁷⁾
 2. rozsah vzájomného využívania materiálno-technického vybavenia pre poskytovanie medicínskych služieb,
 3. rozsah a spôsob finančného vyrovnania, ak sa prevádzkovatelia nemocníc na finančnom vyrovnaní dohodli.

(6) Ak ministerstvo zdravotníctva rozhoduje o určení úrovne nemocnice a nemocnica nespĺní podmienky pre tvorbu siete podľa § 8 pre požadovanú úroveň, ministerstvo zdravotníctva posúdi aj určenie úrovne pre každú nižšiu úroveň a nemocnici určí najvyššiu úroveň, pre ktorú splnila podmienky pre sieť, ak tento zákon neustanovuje inak (odsek 9 alebo § 10 ods. 4).

(7) Ak ministerstvo rozhoduje o určení úrovne nemocnice a nemocnica nespĺní podmienky pre tvorbu siete podľa § 8 pre požadovanú úroveň, ministerstvo zdravotníctva vykoná rozhodovanie o poskytovaní doplnkového programu, pre každý z povinných programov v programovom profile úrovne, o ktorú prevádzkovateľ nemocnice požiadal.

(8) Ak ministerstvo zdravotníctva rozhoduje o poskytovaní doplnkového programu, pre ktorý nie sú splnené podmienky pre jeho poskytovanie podľa § 15 ods. 11 až 13, a súčasne sú splnené podmienky pre poskytovanie nižšej úrovne rovnakého programu, ministerstvo zdravotníctva rozhodne o povolení poskytovania doplnkového programu v úrovni, pre ktorú sú splnené podmienky, ak nemocnica ešte takýto program neposkytuje.

(9) Ak ministerstvo zdravotníctva rozhodlo o poskytovaní všetkých doplnkových programov v nemocnici, ktoré zodpovedajú programovému profilu vyššej úrovne nemocnice než zodpovedá aktuálnemu zaradeniu nemocnice do siete kategorizovaných nemocníc, ministerstvo zdravotníctva rozhodne o zvýšení úrovne tejto nemocnice na úroveň, pre ktorú plní programový profil.

§ 20

Postup 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.

¹⁷⁾ § 58a Zákonníka práce v znení neskorších predpisov.

(2) Ak prevádzkovateľ nemocnice zaradenej do siete neodstráni nedostatky v lehote podľa odseku 1, ministerstvo zdravotníctva vyradí nemocnicu zo siete kategorizovaných nemocníc k 1. januáru nasledujúceho kalendárneho roka; to neplatí, ak by vyradením nemocnice zaradenej do siete hrozilo, že nebudú splnené podmienky pre tvorbu siete.

(3) Postup podľa odseku 2 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,¹⁸⁾ ministerstvo zdravotníctva vyradí túto nemocnicu zo siete kategorizovaných nemocníc.

(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 § 15 ods. 12, 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 § 15 ods. 12, ak potreba ústavnej starostlivosti (§ 2 ods. 5) umožňuje poskytovanie doplnkového programu touto nemocnicou (§ 15 ods. 11 písm. b))

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

(9) Ministerstvo zdravotníctva rozhodne o vyradení nemocnice zo siete kategorizovaných nemocníc, ak nemocnica podmienene zaradená siete nepredložila doklady podľa § 10 ods. 2 písm. b) v lehote podľa § 15 ods. 14.

ŠTVRTÁ ČASŤ

Konania pri kategorizácii nemocníc

§ 21

Základné zásady konaní

¹⁸⁾ § 18 až 20 zákona č. 578/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.

(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) Právom aj 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 prevádzkovateľ nemocnice, prevádzkovateľ nemocnice, ktorá je hlavnou nemocnicou, prevádzkovateľ nemocnice, ktorá je partnerskou nemocnicou a 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 zástupcu 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 skutočnosťami nasvedčujúce vylúčeniu patria najmä

- a) členstvo v štatutárnych, riadiacich a orgánoch podľa § 3 ods. 2 písm. a) prevádzkovateľa nemocnice, o ktorej sa rozhoduje alebo ktorej spádová oblasť sa prekrýva alebo 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,
- d) vzťah uvedený v písmenách a) až c) člena orgánu podľa § 3 ods. 2 písm. a) k osobám, ktoré v relevantnom období získali alebo by mohli získať viac než 20 % výnosov alebo vynakladajú viac než 20 % nákladov na základe obchodných vzťahov s nemocnicou a jej záujmovými združeniami; 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 skutočnosťami nasvedčujúce jeho vylúčeniu písomne oznámiť ministrovi zdravotníctva ihneď, ako sa o nich dozvie.

(5) Člen orgánu podľa § 3 ods. 2 písm. a) je povinný pred vymenovaním písomne oznámiť ministrovi zdravotníctva skutočnosťami nasvedčujúce jeho vylúčeniu podľa odseku 2 existujúce v čase oznámenia alebo o ktorých v čase oznámenia vie, vo forme vyhlásenia. Člen orgánu podľa § 3 ods. 2 písm. a) je povinný uviesť ich charakteristiku a trvanie.

(6) Člen orgánu podľa § 3 ods. 2 písm. a) je povinný písomne oznámiť ministrovi zdravotníctva skutočnosťami nasvedčujúce jeho vylúčeniu podľa odseku 2 existujúce v čase oznámenia ihneď, ako sa o nich dozvie, vo forme 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 rozhodli 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 člena orgánu podľa § 3 ods. 2 písm. a), ktorý si nespĺnil povinnosti podľa odseku 5. Minister zdravotníctva odvolá člena orgánu podľa § 3 ods. 2 písm. a), ktorý si nespĺnil povinnosti podľa odseku 6.

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

§ 25 **Začatie konania**

(1) Konanie sa začína na návrh 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) Žiadosť (§ 12 až 14) zašle žiadateľ ministerstvu zdravotníctva v písomnej forme.

(2) Žiadosť sa považuje za doručенú 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. Ak účastník konania žiadosť do 10 dní od doručenia výzvy nedoplní, ministerstvo zdravotníctva konanie zastaví.

(4) Ak účastník konania nie je oslobodený od správneho poplatku podľa osobitného predpisu,¹⁹⁾ doloží k žiadosti doklad o poukázaní správneho poplatku na účet ministerstva zdravotníctva; lehota na doručenie tohto dokladu je tri pracovné dni odo dňa podania žiadosti ministerstvu zdravotníctva.

§ 27 Doručovanie

Na doručovanie písomností ministerstva zdravotníctva sa vzťahuje osobitný predpis²⁰⁾.

§ 28 Počítanie lehôt

(1) Do lehoty sa nezapočítava deň, keď došlo ku skutočnosti určujúcej začiatok lehoty.

(2) Lehoty určené podľa týždňov, mesiacov alebo rokov sa končia uplynutím toho dňa, ktorý sa svojim označením zhoduje s dňom, keď došlo ku skutočnosti určujúcej začiatok lehoty. Ak taký deň v mesiaci nie je, končí sa lehota posledným dňom mesiaca.

(3) Ak koniec lehoty pripadne na sobotu alebo na deň pracovného pokoja, je posledným dňom lehoty najbližší budúci pracovný deň.

(4) Lehota je zachovaná, ak sa v posledný deň lehoty urobí úkon na ministerstve zdravotníctva alebo sa podanie odovzdá orgánu, ktorý má povinnosť ho doručiť; to platí aj vtedy, ak je podanie urobené elektronickými prostriedkami doručené ministerstvu zdravotníctva mimo pracovného času.

(5) V pochybnostiach sa považuje lehota za zachovanú, ak sa nepreukáže opak.

§ 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 podanie alebo nepredložil prílohy do 10 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

¹⁹⁾ Položka 152a zákona Národnej rady Slovenskej republiky č. 145/1995 Z. z. o správnych poplatkoch v znení zákona č....../2021 Z. z.

²⁰⁾ Zákon č. 305/2013 Z. z. o elektronickej podobe výkonu pôsobnosti orgánov verejnej moci a o zmene a doplnení niektorých zákonov (zákon o e-Governmente) v znení neskorších predpisov.

h) ak žiadateľ neuhradil správny poplatok podľa osobitného predpisu¹⁸⁾

(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 vecí 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), na účely vyhodnotenia siete (§ 9) a na účely kategorizácie nemocníc (§ 10) rozhodnutie na svojom webovom sídle do 31. augusta kalendárneho roka. 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

1. meno, priezvisko, dátum narodenia, adresa trvalého pobytu alebo adresa prechodného pobytu, ak ide o fyzickú osobu, kód poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, ak bol pridelený; 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. obchodné meno alebo 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. obchodné meno alebo 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,
- c) názov a miesto prevádzkovania nemocnice, o ktorej sa rozhodlo,
 - d) výrok obsahujúci
 - a. rozhodnutie vo veci s uvedením ustanovenia právneho predpisu, podľa ktorého sa rozhodlo (§ 15 až 18),
 - b. úroveň nemocnice podľa § 7,
 - c. zoznam povinných programov,
 - d. zoznam doplnkových programov, ak ministerstvo zdravotníctva rozhodlo o ich poskytovaní,
 - e. identifikačné údaje hlavnej nemocnice, ak ide o partnerskú nemocnicu,
 - f. identifikačné údaje partnerskej nemocnice, ak ide o hlavnú nemocnicu,
 - g. informáciu, či ide o nemocnicu podľa § 10 ods. 4 a označenie programov, ktoré sa v tejto nemocnici neposkytujú pre verejnosť,
 - h. lehotu podľa § 15 ods. 8,
 - i. maximálny počet medicínskych služieb podľa § 15 ods. 12, ak bol stanovený,
 - e) odôvodnenie rozhodnutia s uvedením všetkých podkladov (§ 30) na základe ktorých 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) autorizácia osoby²¹), ktorá rozhodnutie vydala.

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

(3) Ministerstvo zdravotníctva opraví na podnet účastníka konania alebo z vlastného podnetu chyby v písaní, počítaní, chýbajúce formálne náležitosti a iné zrejme 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

²¹ § 23 ods. 1 zákona o e-Governmente.

- a) ministerstvo zdravotníctva pri rozhodovaní vybočilo z medzí ustanovených týmto zákonom,
- b) účastníci 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 s osobitným predpisom²²) na účely kategorizácie nemocníc (§ 10). K zverejneným námietkam sa účastníci konania môžu vyjadrovať do 10 dní od ich zverejnenia. Na neskôr podané vyjadrenia sa neprihliada.

(4) Ten, kto podáva námietky, je povinný zložiť na účet ministerstva zdravotníctva kauciu vo výške 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 (§ 33 odsek 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 nespĺnil lehotu podľa odseku 12.

(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
 1. meno, priezvisko, dátum narodenia, adresa trvalého pobytu alebo adresa prechodného pobytu, ak ide o fyzickú osobu, kód poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, ak bol pridelený; 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. obchodné meno alebo 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. obchodné meno alebo 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,
- a) názov a miesto prevádzkovania nemocnice, o ktorej sa rozhodlo,
- b) označenie orgánu, ktorý rozhodnutie vydal,
- c) označenie rozhodnutia, proti ktorému námietky smerujú,
- d) dôvody námietok,
- e) opis rozhodujúcich skutočností a označenie podkladov podporujúcich oprávnenosť podania námietok,
- f) návrh na rozhodnutie o námietkach podľa odseku 13.

²² 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).

(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 10; ak je to nevyhnutné, doterajšie konanie doplní, prípadne zistené chyby odstráni.

(11) O námietkach rozhoduje minister zdravotníctva do 60 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 najneskôr do jedného roka od nadobudnutia právoplatnosti rozhodnutia.

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

(4) Pri preskúmaní 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 podľa tohto zákona sa nevzťahuje správny poriadok, okrem konania 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 dostupnosti a spotrebe ústavnej starostlivosti

(1) Pri kategorizácii ústavnej starostlivosti, vyhodnotení siete podľa § 9 a rozhodovaní podľa tohto zákona sa vychádza z údajov o spotrebe ústavnej starostlivosti⁷⁾ 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 záchranej zdravotnej služby (ďalej len „operačné stredisko záchranej 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 poskytovateľa ústavnej starostlivosti a z údajov od poskytovateľa jednotňovej 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.

PIATA ČASŤ

Povinnosti zdravotnej poisťovne a prevádzkovateľa nemocnice pri kategorizácii ústavnej starostlivosti

§ 38

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

(1) Zdravotná poisťovňa je povinná uzatvoriť zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti²³⁾ s prevádzkovateľom nemocnice zaradenej do siete s účinnosťou k 1. januáru kalendárneho roka.

(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

²³⁾ § 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

rozhodnutím najneskôr k 1. januáru kalendárneho roka; to neplatí, ak ministerstvo zdravotníctva rozhodne podľa § 36 inak.

(3) Zdravotná poisťovňa môže 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 nemôže 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 podľa § 10 ods. 5, má prevádzkovateľ nemocnice nárok len na čiastočnú úhradu ústavnej starostlivosti. Zdravotná poisťovňa 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 sadzba²⁴⁾ alebo iná forma úhrady za ústavnú zdravotnú starostlivosť. Výška úhrady podľa druhej vety sa určí tak, že v prípade, ak nemocnica splnila podmienky kategorizácie ústavnej starostlivosti v predchádzajúcom roku na menej ako 20%, úhrada sa určí vo výške 80% obvyklej ceny; 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 (ďalej len „znížená úhrada“).

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

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

(7) 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, pre ktorú nie sú splnené podmienky pre tvorbu siete, a to najviac na 12 mesiacov.

(8) 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.

²⁴⁾ § 67b ods. 3 písm. c) zákona č. 581/2004 Z. z. v znení zákona č. 392/2020 Z. z.

§ 39 Údaje od zdravotnej poisťovne

(1) Zdravotná poisťovňa je povinná na účely kategorizácie ústavnej starostlivosti (§ 4), kategorizácie nemocníc (§ 10) a na účely vyhodnotenia siete (§ 9) do 30. apríla kalendárneho roka 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 kalendárneho roka, ktoré obsahujú

1. bezvýznamové identifikačné číslo poistenca,
2. identifikátor hospitalizačného prípadu²⁵⁾ alebo hospitalizácie, ak ho zdravotná poisťovňa vedie,
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 systému²⁶⁾ a údaje rozhodujúce pre zaradenie hospitalizačného prípadu do diagnosticko-terapeutickej skupiny podľa klasifikačného systému, a to najmä
 - 1a. kódy choroby, ktoré boli vykázané pre klasifikačný systém,
 - 1b. zoznam zdravotných výkonov pre klasifikačný systém, ktoré boli pacientovi poskytnuté počas hospitalizačného prípadu,
 - 1c. kód lekára, ktorý zdravotný výkon vykonal, pre každý zdravotný výkon, ak ho zdravotná poisťovňa eviduje,
 - 1c. hmotnosť pri prijatí, ak ide o poistenca do jedného roka veku,
 - 1d. druh prijatia, dôvod prijatia a dôvod prepustenia poistenca z ústavnej starostlivosti,
 - 1e. kód choroby, vykázaný pri prepustení poistenca z ústavnej starostlivosti,
 - 1f. 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 kalendárneho 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 kalendárneho roka, ktoré obsahujú

1. bezvýznamové identifikačné číslo poistenca,
2. dátum narodenia poistenca,

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.

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 kalendárneho roka, ktoré obsahujú:
1. bezvýznamové identifikačné číslo poistenca,
 2. identifikátor nemocnice, ktorá zaradila poistenca na zoznam čakajúcich poistencov,
 3. kód indikujúceho lekára,
 4. kód diagnózy, kód medicínskej služby alebo výkonu zo zoznamu zdravotných výkonov pre klasifikačný systém diagnosticko-terapeutických skupín,
 5. dátum indikácie poskytnutia plánovanej starostlivosti,
 6. dátum zaradenia do zoznamu čakajúcich poistencov,
 7. dátum poskytnutia plánovanej zdravotnej starostlivosti,
 8. dátum vyradenia zo zoznamu čakajúcich poistencov,
 9. dôvod vyradenia,
 10. počet medicínskych služieb v rámci plánovanej zdravotnej starostlivosti, ktorú je prevádzkovateľ nemocnice schopný poskytnúť v nemocnici v priebehu nasledujúceho kalendárneho roka v rámci plánovanej zdravotnej starostlivosti.

(2) Formu, definíciu a štruktúru údajov zverejňuje ministerstvo zdravotníctva na svojom webovom sídle. Každú zmenu vo forme, definícii a štruktúre predkladaných údajov 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.

(2) Zdravotná poisťovňa je povinná viesť v elektronickej podobe zoznam čakajúcich poistencov pre každú nemocnicu, ktorá je zaradená do siete, a osobitne pre každú medicínsku službu, ktorá sa v nemocnici poskytuje a je plánovanou starostlivosťou.

(3) Zdravotná poisťovňa vykoná kontrolu správnosti a úplnosti údajov v návrhu na plánovanú starostlivosť a ak je návrh na plánovanú starostlivosť neúplný, vráti ho prevádzkovateľovi nemocnice na doplnenie v lehote 10 pracovných dní odo dňa jeho doručenia podľa odseku 1. Doplnenie návrhu na plánovanú starostlivosť nemá vplyv na plynutie lehoty plánovanej starostlivosti podľa § 2 ods. 9.

(4) Zdravotná poisťovňa zaradí poistenca do zoznamu čakajúcich poistencov po doručení úplného návrhu na plánovanú starostlivosť; to neplatí ak ide o poskytnutie neodkladnej zdravotnej starostlivosti.

(5) Poistenec nemôže byť súčasne zaradený vo viacerých zoznamoch čakajúcich poistencov, ak ide o tú istú plánovanú starostlivosť; to neplatí, ak je zaradený v dvoch rôznych zoznamoch čakajúcich poistencov na vykonanie medicínskej služby spočívajúcej v transplantácii párového orgánu. Ak zdravotná poisťovňa zistí na základe kontroly súbeh

návrhov vo viacerých zoznamoch čakajúcich poistencov v súvislosti s tou istou plánovanou starostlivosťou, umožní poistencovi, aby vybral v ktorom zozname ostane zaradený a z ostatných zoznamov ho vyradí. Ak si poistenec nevyberie, v ktorom zozname čakajúcich poistencov ostane zaradený, zdravotná poisťovňa vyradí poistenca z toho zoznamu, do ktorého bol zaradený neskôr.

(6) Zdravotná poisťovňa priradí poistencovi jedinečný identifikačný kód, ktorý musí obsahovať názov zdravotnej poisťovne, dátum a čas doručenia návrhu na plánovanú starostlivosť, dátum a čas zaradenia do zoznamu čakajúcich poistencov a kód zdravotnej poisťovne. Zdravotná poisťovňa zašle poistencovi prostredníctvom elektronickej komunikácie, krátkej textovej správy, alebo v listinnej podobe jedinečný identifikačný kód do desiatich dní odo dňa zaradenia poistenca do zoznamu čakajúcich poistencov, ktorým si môže poistenec overiť svoje poradie v zozname čakajúcich poistencov.

(7) Zdravotná poisťovňa je povinná

- a) viesť zoznam čakajúcich poistencov podľa jednotlivých nemocníc a podľa medicínskych služieb, pre ktoré bola kategorizáciou ústavnej starostlivosti ustanovená časová dostupnosť v rozsahu kód indikujúceho lekára, kód prevádzkovateľa nemocnice, meno poistenca, priezvisko poistenca, rodné číslo poistenca alebo bezvýznamové identifikačné číslo, členský štát poistenca alebo zmluvný štát podľa medzinárodných zmlúv, adresa trvalého pobytu poistenca alebo prechodného pobytu v rozsahu obec, ulica, číslo domu, poštové smerovacie číslo, kód diagnózy, kód medicínskej služby alebo výkonu zo zoznamu zdravotných výkonov pre klasifikačný systém diagnosticko-terapeutických skupín, poznámka, dátum poskytnutia plánovanej starostlivosti, dátum zaradenia do zoznamu čakajúcich poistencov, dátum vyradenia zo zoznamu čakajúcich poistencov, dôvod vyradenia,
- b) písomne informovať poistenca o jeho vyradení zo zoznamu čakajúcich poistencov z dôvodov podľa odseku 10 písm. b), f) alebo písm. i), pri vyradení zo zoznamu čakajúcich poistencov sa uvedie aj dôvod vyradenia; informácia o vyradení je uvedená aj v účte poistenca,²⁷⁾
- c) aktualizovať zoznam čakajúcich poistencov vždy k poslednému pracovnému dňu kalendárneho mesiaca nasledujúceho po mesiaci, v ktorom jej bol doručený úplný návrh na plánovanú starostlivosť,
- d) zasielať národnému centru zoznam čakajúcich poistencov do 10. dňa kalendárneho mesiaca, ktorý nasleduje po mesiaci, v ktorom zdravotná poisťovňa aktualizovala zoznam čakajúcich poistencov za účelom vytvorenia súhrnného zoznamu čakajúcich poistencov za všetky zdravotné poisťovne,
- e) pri zmene zdravotnej poisťovne zaradiť poistenca do zoznamu čakajúcich poistencov v poradí podľa dátumu a času zaradenia predchádzajúcou zdravotnou poisťovňou, ak príslušná zdravotná poisťovňa má uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s prevádzkovateľom nemocnice podľa odseku 2.

(8) Zdravotná poisťovňa je povinná uverejniť zoznam čakajúcich poistencov na svojom webovom sídle podľa nemocníc v rozsahu jedinečný identifikačný kód poistenca, dátum zaradenia, kód poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, názov poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, medicínska služba a plánovaný dátum poskytnutia plánovanej starostlivosti.

²⁷⁾ § 16 ods. 2 písm. g) zákona č. 581/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.

(9) Zdravotná poisťovňa ponechá poistenca v zozname čakajúcich poistencov, lehota časovej dostupnosti 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 na poradie bude prihliadať až po jeho vyliečení a jeho umiestnenie v zozname čakajúcich poistencov zostane zachované,
- 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 súbežnej 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 v záujme dodržania lehoty podľa odseku 12 a poistenec to odmietol; zdravotná poisťovňa uvedie túto skutočnosť v poznámke,
- d) v čase plánovaného poskytnutia zdravotnej starostlivosti vznikli prípady hodné osobitného zreteľa na strane prevádzkovateľa nemocnice; za prípady hodné osobitného zreteľa na strane prevádzkovateľa nemocnice sa považujú najmä práceneschopnosť lekára, ktorého si poistenec vybral na poskytovanie plánovanej starostlivosti a stav, kedy nemocnica prechodne prestane spĺňať podmienku zabezpečenia materiálno-technického vybavenia.

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

- a) došlo k takej zmene zdravotného stavu poistenca, ktorá vyžaduje poskytnutie neodkladnej zdravotnej starostlivosti vylučujúcej plánovanú starostlivosť,
- b) pri výkone kontrolnej činnosti u prevádzkovateľa nemocnice²⁸⁾ zistí, že údaje v zdravotnej dokumentácii poistenca sú v rozpore s údajmi, ktoré prevádzkovateľ nemocnice zaslal zdravotnej poisťovni,
- c) poistenec z vlastného rozhodnutia písomne požiadal zdravotnú poisťovňu o vyradenie zo zoznamu čakajúcich poistencov,
- d) poistencovi bola plánovaná starostlivosť poskytnutá u iného prevádzkovateľa nemocnice,
- e) poistenec zomrel alebo bol vyhlásený za mŕtveho,
- f) poskytnutie plánovanej starostlivosti už nie je potrebné,
- g) poistenec prestal byť poistencom príslušnej zdravotnej poisťovne,
- h) prevádzkovateľ nemocnice oznámil poskytnutie plánovanej starostlivosti,
- i) poistenec sa bezdôvodne nedostavil na poskytnutie plánovanej starostlivosti.

(11) Zdravotná poisťovňa zašle prevádzkovateľovi nemocnice informáciu o

- a) schválených návrhoch, ktoré od neho prijala v kalendárnom mesiaci,
- b) vyradení poistenca zo zoznamu čakajúcich poistencov a o dôvodoch vyradenia podľa odseku 10 a o skutočnosti, ak poistenec využil možnosti v záujme skrátenia lehoty podľa odseku 12.

(12) Zdravotná poisťovňa na žiadosť poistenca v záujme skrátenia lehoty plánovanej starostlivosti

- a) umožní poskytnutie plánovanej starostlivosti u iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, s ktorým má uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti²³⁾ alebo u iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti v inom členskom štáte, vykoná zmenu v zozname čakajúcich poistencov a uvedie dôvod zmeny,
- b) vyznačí v zozname čakajúcich poistencov nesúhlas poistenca s návrhom zdravotnej poisťovne na poskytnutie plánovanej starostlivosti u iného poskytovateľa zdravotnej

²⁸⁾ § 9 zákona č. 581/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.

starostlivosti podľa písmena a); nesúhlas poistenca sa preukazuje písomným vyhlásením, elektronickou formou alebo zaznamenaním telefonického hovoru na call centre zdravotnej poisťovne, počas ktorého musí zdravotná poisťovňa poistenca vopred výslovne informovať o povahe takého hovoru a o jeho následkoch,

- d) informuje poistenca o možnosti požiadať o poskytnutie plánovanej starostlivosti u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, s ktorým nemá zdravotná poisťovňa uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti²³⁾ v Slovenskej republike, alebo u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti v inom členskom štáte, a to v tomto poradí.

(13) Za nesúhlas poistenca sa považuje aj prípad, ak poistenec neodpovie na návrh zdravotnej poisťovne na poskytnutie plánovanej starostlivosti podľa odseku 12 písm. b) u iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti do 15 dní od jeho doručenia.

(14) Zdravotná poisťovňa je povinná viesť evidenciu predpokladaných nákladov na úhradu plánovanej zdravotnej starostlivosti v zozname čakajúcich poistencov na nasledujúci kalendárny rok podľa plánovanej zdravotnej starostlivosti a oznamovať na účely kategorizácie ústavnej starostlivosti (§ 4), kategorizácie nemocníc (§ 10) a na účely vyhodnotenia siete (§ 9) tieto údaje ministerstvu zdravotníctva najneskôr do konca februára kalendárneho roka. Údaje zo zoznamu čakajúcich poistencov je zdravotná poisťovňa povinná zasielať ministerstvu zdravotníctva v elektronickej podobe za každý kalendárny mesiac najneskôr do 20. dňa nasledujúceho kalendárneho mesiaca. 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 podmienene zaradenej alebo riadne 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 kategorizovaných nemocníc, a 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. 5, ak ide o hlavnú nemocnicu,
- f) uzatvoriť zmluvu o spolupráci s prevádzkovateľom nemocnice, ktorá je hlavnou nemocnicou podľa § 19 ods. 5, 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 podmienene zaradenej alebo riadne 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 záchranej zdravotnej služby poskytnúť súčinnosť poskytovateľovi záchranej zdravotnej služby,²⁹⁾
- b) bez zbytočného odkladu prevziať v tejto nemocnici od poskytovateľa záchranej 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 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. 5 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 komunitnej úrovne po poskytnutí medicínskej služby, prostredníctvom ambulancie dopravnej zdravotnej služby, ak to zdravotný stav poistenca vyžaduje a umožňuje a táto starostlivosť mu nie je poskytnutá v tejto nemocnici.

(3) Prevádzkovateľ nemocnice môže poskytovať aj nepovinné medicínske služby v rámci programového profilu a nepovinné programy pre jej úroveň; na poskytovanie nepovinných programov a medicínskych služieb sa nevyžaduje súhlas ministerstva zdravotníctva a nemocnica ich môže vykonávať na základe uzatvorenej zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.²⁰⁾

§ 42

Povinnosti prevádzkovateľa nemocnice pri zozname čakajúcich poistencov

(1) Prevádzkovateľ nemocnice 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.

(2) Ak poistenec so zaradením do zoznamu čakajúcich poistencov súhlasí podpisom daným do zdravotnej dokumentácie poistenca, prevádzkovateľ nemocnice vyhotoví návrh na plánovanú starostlivosť a vykoná elektronický záznam v zdravotnej dokumentácii poistenca; prevádzkovateľ nemocnice poistencovi vydá kópiu návrhu na plánovanú starostlivosť, ak o ňu poistenec požiada. 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 kód lekára, kód poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, meno poistenca, priezvisko poistenca, rodné číslo alebo bezvýznamové identifikačné číslo poistenca, členský štát poistenca alebo zmluvný štát podľa

²⁹⁾ § 2 ods. 2 zákona č. 579/2004 Z. z. o záchranej zdravotnej službe a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení zákona č. 351/2005 Z. z..

medzinárodných zmlúv, adresu trvalého pobytu poistenca alebo adresu prechodného pobytu v rozsahu obec, ulica, číslo domu, poštové smerovacie číslo, telefonický kontakt poistenca a emailovú adresu poistenca, ak ju poistenec má, podpis poistenca a dátum vystavenia návrhu, plánovanú zdravotnú starostlivosť (§ 2 ods. 8), kód plánovaného zdravotného výkonu zo zoznamu zdravotných výkonov pre klasifikačný systém diagnosticko-terapeutických skupín, kód medicínskej služby, poznámku, identifikačné číslo poistenca, pohlavie poistenca, predpokladaný dátum poskytnutia plánovanej zdravotnej starostlivosti, dátum a čas vyhotovenia návrhu na plánovanú starostlivosť, identifikátor záznamu návrhu na plánovanú starostlivosť v elektronickej zdravotnej knižke, kód lekára, kód poskytovateľa zdravotnej starostlivosti a dátum indikácie lekárom špecializovanej ambulantnej starostlivosti.³⁰⁾

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

- a) zaslať zoznam poistencov podľa odseku 2 do 24 hodín od vyhotovenia návrhu na plánovanú starostlivosť v rozsahu podľa odseku 3,
- b) doplniť návrh na poskytnutie plánovanej starostlivosti a doručiť doplnený návrh na poskytnutie plánovanej starostlivosti do 10 dní odo dňa, kedy zdravotná poisťovňa prevádzkovateľa nemocnice na doplnenie návrhu podľa § 40 ods. 3 vyzvala,
- c) oznámiť dátum poskytnutia plánovanej starostlivosti vždy do 10. dňa nasledujúceho kalendárneho mesiaca,
- e) oznámiť skutočnosť, že sa poistenec nedostavil na poskytnutie plánovanej starostlivosti do troch pracovných dní odo dňa, kedy sa plánovaná starostlivosť mala poskytnúť, s uvedením dôvodu nedostavenia sa na poskytnutie plánovanej starostlivosti, ak bol dôvod prevádzkovateľovi nemocnice oznámený,
- f) oznámiť každoročne najneskôr do 30. novembra počet plánovanej starostlivosti, ktorú je schopný poskytnúť v priebehu nasledujúceho kalendárneho roka v rámci plánovanej starostlivosti.

(5) Prevádzkovateľ nemocnice pri určovaní predpokladaného dátumu poskytnutia plánovanej starostlivosti musí zohľadniť súhrnný zoznam čakajúcich poistencov uverejnený národným centrom podľa osobitného zákona.³¹⁾ Dátum nástupu na poskytnutie plánovanej starostlivosti prevádzkovateľ nemocnice oznamuje poistencovi spravidla najmenej 15 pracovných dní pred určeným dátumom.

(6) Odklad poskytnutia plánovanej starostlivosti je možný na základe žiadosti poistenca zaslanej prevádzkovateľovi nemocnice z dôvodov uvedených v odseku 7. Prevádzkovateľ nemocnice oznámi zdravotnej poisťovni nový termín poskytnutia plánovanej starostlivosti.

(7) Poskytnutie plánovanej starostlivosti možno dočasne odložiť, 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)),
- c) vznikli prípady hodné osobitného zreteľa na strane prevádzkovateľa nemocnice (§40 ods. 10).

(8) Ak došlo k takej zmene zdravotného stavu poistenca, ktorá si vyžaduje poskytnutie neodkladnej zdravotnej starostlivosti, alebo ak v určenom termíne nie je možné plánovanú

³⁰⁾ § 9 ods. 2 zákona č. 576/2004 Z. z.

³¹⁾ § 12 ods. 3 písm. w) zákona č. 153/2013 Z. z. v znení zákona č. .../2021 Z. z.

starostlivosť poskytnúť, prevádzkovateľ nemocnice bezodkladne oznámi dôvody odkladu plánovanej starostlivosti zdravotnej poisťovni a národnému centru. Prevádzkovateľ nemocnice je povinný odklad poskytnutia plánovanej starostlivosti oznámiť tak, aby sa o tom poistenec dozvedel bezprostredne po vzniku skutočností, pre ktoré je poskytnutie plánovanej starostlivosti nutné dočasne odložiť, najneskôr tri pracovné dni pred určeným dátumom. Po tom, čo dôvody odkladu pominú, prevádzkovateľ nemocnice oznámi poistencovi nový dátum poskytnutia plánovanej starostlivosti.

(9) Prevádzkovateľ nemocnice je povinný skutočnosti podľa odsekov 6 až 8 bezodkladne oznámiť zdravotnej poisťovni, úradu pre dohľad a národnému centru v elektronickej podobe určenej ministerstvom zdravotníctva.

§ 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 kategorizovaných nemocníc, a v rozsahu schváleného doplnkového programu,
 - d) pri poskytovaní ústavnej starostlivosti v nemocnici neplní 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. 5, ak ide o hlavnú nemocnicu,
 - f) neuzatvorí zmluvu o spolupráci s prevádzkovateľom nemocnice, ktorá je hlavnou nemocnicou podľa § 19 ods. 5, 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 záchranej zdravotnej služby odmietne poskytnúť súčinnosť poskytovateľovi záchranej zdravotnej služby,³²⁾
 - j) bezodkladne neprevezme v nemocnici od poskytovateľa záchranej zdravotnej služby³²⁾ poistenca, ktorému má byť poskytnutá povinná medicínska služba, ktorá sa v nemocnici poskytuje v rámci programového profilu nemocnice,
 - 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. 5 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) bezodkladne nezabezpečí prepravu poistenca do nemocnice komunitnej úrovne po poskytnutí medicínskej služby, prostredníctvom ambulancie dopravnej zdravotnej služby,

- ak to zdravotný stav poistenca vyžaduje a táto starostlivosť mu nie je poskytnutá v tejto nemocnici,
- n) nenavrhne poistencovi, ktorý má indikovanú plánovanú starostlivosť, zaradenie do zoznamu čakajúcich poistencov, aj keď ju navrhnuť mal (§ 42 ods. 1),
 - o) nevyhotoví návrh na plánovanú starostlivosť a nevykoná elektronický záznam v zdravotnej dokumentácii poistenca; poistencovi nevydá kópiu návrhu na plánovanú starostlivosť, ak o ňu poistenec požiada,
 - p) zdravotnej poisťovni poistenca v elektronickej podobe určenej ministerstvom zdravotníctva
 1. nezaslal zoznam poistencov podľa § 42 ods. 2 do 10. dňa nasledujúceho kalendárneho mesiaca,
 2. nedoručil doplnený návrh do 15 pracovných dní odo dňa doručenia návrhu na plánovanú starostlivosť v prípade, ak zdravotná poisťovňa prevádzkovateľa nemocnice na doplnenie návrhu podľa § 40 ods. 3 vyzvala,
 3. neoznámil dátum poskytnutia plánovanej starostlivosti do 10. dňa nasledujúceho kalendárneho mesiaca,
 4. neoznamoval priebežne zmeny v návrhoch do 10. dňa nasledujúceho kalendárneho mesiaca, 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,
 6. neoznámil každoročne najneskôr do 30. novembra počet plánovanej starostlivosti, ktorú je schopný poskytnúť v priebehu nasledujúceho kalendárneho roka v rámci plánovanej starostlivosti,
 - q) pri určovaní predpokladaného dátumu poskytnutia plánovanej starostlivosti nezohľadnil súhrnný zoznam čakajúcich poistencov uverejnený národným centrom,
 - r) neoznámil poistencovi dátum nástupu na poskytnutie plánovanej starostlivosti najmenej 15 pracovných dní pred určeným dátumom,
 - s) neoznámil zdravotnej poisťovni nový termín poskytnutia plánovanej starostlivosti pri odklade poskytnutia plánovanej starostlivosti,
 - t) neoznámil odklad poskytnutia plánovanej starostlivosti poistencovi najneskôr tri pracovné dni pred určeným dátumom a neoznámil poistencovi nový dátum poskytnutia plánovanej starostlivosti,
 - u) pri odklade termínu poskytnutia plánovanej starostlivosti bezodkladne neoznámil zmeny v termínoch poskytnutia plánovanej starostlivosti zdravotnej poisťovni, úradu pre dohľad a národnému centru v elektronickej podobe určenej ministerstvom zdravotníctva.

(2) Ministerstvo zdravotníctva uloží pokutu za správny delikt podľa odseku 1 do výšky 3 000 eur.

(3) Pri rozhodovaní o výške pokuty ministerstvo zdravotníctva prihliada najmä na závažnosť, spôsob a následky porušenia povinnosti. Pri opakovanom porušení povinnosti možno pokutu zvýšiť až na dvojnásobok.

(4) 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.

(5) 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.

(6) Pokuty uložené ministerstvom zdravotníctva 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 tvorby siete a podrobnosti o postupe pri kategorizácii nemocníc.

(2) Ministerstvo zdravotníctva vydá najneskôr do 30. novembra kalendárneho roka všeobecne záväzný právny predpis, 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,
- b) pre každý program ustanoví, 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) pre každú medicínsku službu ustanoví, ak to kategorizácia ústavnej starostlivosti ustanovila,
 1. minimálny počet medicínskych služieb, ktoré sa musia v nemocnici vykonať alebo ktoré musí lekár vykonať v kalendárnom roku,
 2. časovú dostupnosť ústavnej starostlivosti,
 3. indikačné kritériá pre hospitalizáciu,
 4. podmienky pre poskytnutie diagnostiky a liečby počas hospitalizácie,
 5. podmienky pre prepustenie poistenca z hospitalizácie,
 6. podmienky pre prepravu poistenca medzi nemocnicami,
 7. indikátory kvality pre ústavnú starostlivosť a ich cieľové hodnoty,
 8. špeciálne personálne zabezpečenie,
 9. špeciálne materiálno-technické vybavenie,
 10. 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) Ministerstvo zdravotníctva vydá všeobecne záväzný právny predpis, ktorým ustanoví prvú kategorizáciu ústavnej starostlivosti v rozsahu § 44 ods. 1 písm. a) prvého bodu, najneskôr do 15. januára 2022. Ustanovenia § 4 ods. 5 až 7 sa neuplatňujú na postup podľa prvej vety.

(2) Návrhy na členov kategorizačnej komisie pre ústavnú starostlivosť zašlú zdravotné poisťovne, odborné spoločnosti podľa špecializácie zaraďovanej ústavnej starostlivosti do

programov, nezisková patientska organizácia združujúca patientske organizácie a úrad pre dohľad ministromi zdravotníctva najneskôr do 15. januára 2022.

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

(4) Druhú kategorizáciu ústavnej starostlivosti odborne posúdi kategorizačná komisia pre ústavnú starostlivosť do 31. marca 2022.

(5) Tretiu kategorizáciu ústavnej starostlivosti odborne posúdi kategorizačná komisia pre ústavnú starostlivosť do 30. novembra 2023.

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

(7) Ministerstvo zdravotníctva rozhodne o podmienenom zaradení nemocníc do siete kategorizovaných nemocníc a vydá prvý zoznam kategorizovaných nemocníc, ktorý zverejní na svojom webovom sídle, najneskôr do 1. februára 2022. Ustanovenia § 3 ods. 6 až 8, § 12, § 15, § 21 až 31, § 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 kategorizovaných nemocníc, ktorá neplní podmienky podľa § 8 ods. 1, ak čerpala alebo čerpá v období od februára 2021 do júna 2023 finančné prostriedky v hodnote najmenej 3 milióny eur z Európskej únie; pre tieto nemocnice sa v rozhodnutí stanoví aj dátum vyradenia zo siete.

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

(9) Ministerstvo zdravotníctva vydá všeobecne záväzný právny predpis, ktorým ustanoví metodiku vyhodnotenia siete, najneskôr do 31. decembra 2022.

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

(11) Zdravotná poisťovňa je povinná zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti uviesť do súladu s týmto zákonom k 1. januáru 2024.

(12) Zdravotná poisťovňa je povinná uzatvoriť zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s prevádzkovateľom nemocnice komunitnej úrovne na obdobie od 1. januára 2024 do 31. decembra 2025, ak tento prevádzkovateľ nemocnice bude naďalej v tomto období poskytovať ústavnú starostlivosť komunitnej úrovne v tejto nemocnici a zdravotná poisťovňa mala s prevádzkovateľom nemocnice uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v tejto nemocnici k 1. januáru 2022.

(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 zdravotnú 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.

§ 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 č. 151/2011 Z. z. a vyhlášky 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. a zákona č. 287/2021 Z. z. sa dopĺňa takto: zákon č. 287/2021 Z. z., zákon č. 310/2021 Z. z.

sa dopĺňa takto:

V sadzobníku správnych poplatkov v časti I Všeobecná správa sa za položku 152 vkladá nová položka 152a, ktorá znie:

„Položka 152a

- 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 programu v nemocnici zaradenej do siete kategorizovaných nemocníc 400 eur

- | | | |
|----|---|---------|
| b) | Rozhodovanie o žiadosti o zmene údajov o mieste prevádzkovania, o žiadosti o počte lôžok a o žiadosti rozdelení povinných programov medzi hlavnou nemocnicou a partnerskou nemocnicou nemocnice zaradenej do siete kategorizovaných nemocníc | 100 eur |
| c) | Rozhodovanie o žiadosti o znížení úrovne nemocnice zaradenej do siete kategorizovaných nemocníc, o žiadosti o zrušení doplnkového programu v nemocnici zaradenej do siete kategorizovaných nemocníc a o žiadosti o vyradení nemocnice zo siete kategorizovaných nemocníc. | 200 eur |

Poznámky

1. Poplatok podľa písmen a) až c) musí byť uhradený najneskôr do siedmych dní odo dňa doručenia žiadosti, inak sa konanie zastaví.
2. Ak konanie podľa písmen a) až c) bolo zastavené,^{35ml)} uhradené poplatky sa nevracajú.“

Poznámka pod čiarou k odkazu 35ml znie:

„^{35ml)} § 29 ods. 1 písm. h) zákona č. .../2021 Z. z. o kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.“

Čl. III

Zákon č. 595/2003 Z. z. o dani z príjmov v znení zákona č. 43/2004 Z. z., zákona č. 177/2004 Z. z., zákona č. 191/2004 Z. z., zákona č. 391/2004 Z. z., zákona č. 538/2004 Z. z., zákona č. 539/2004 Z. z., zákona č. 659/2004 Z. z., zákona č. 68/2005 Z. z., zákona č. 314/2005 Z. z., zákona č. 534/2005 Z. z., zákona č. 660/2005 Z. z., zákona č. 688/2006 Z. z., zákona č. 76/2007 Z. z., zákona č. 209/2007 Z. z., zákona č. 519/2007 Z. z., zákona č. 530/2007 Z. z., zákona č. 561/2007 Z. z., zákona č. 621/2007 Z. z., zákona č. 653/2007 Z. z., zákona č. 168/2008 Z. z., zákona č. 465/2008 Z. z., zákona č. 514/2008 Z. z., zákona č. 563/2008 Z. z., zákona č. 567/2008 Z. z., zákona č. 60/2009 Z. z., zákona č. 184/2009 Z. z., zákona č. 185/2009 Z. z., zákona č. 504/2009 Z. z., zákona č. 563/2009 Z. z., zákona č. 374/2010 Z. z., zákona č. 548/2010 Z. z., zákona č. 129/2011 Z. z., zákona č. 231/2011 Z. z., zákona č. 250/2011 Z. z., zákona č. 331/2011 Z. z., zákona č. 362/2011 Z. z., zákona č. 406/2011 Z. z., zákona č. 547/2011 Z. z., zákona č. 548/2011 Z. z., zákona č. 69/2012 Z. z., uznesenia Ústavného súdu Slovenskej republiky č. 188/2012 Z. z., zákona č. 189/2012 Z. z., zákona č. 252/2012 Z. z., zákona č. 288/2012 Z. z., zákona č. 395/2012 Z. z., zákona č. 70/2013 Z. z., zákona č. 135/2013 Z. z., zákona č. 318/2013 Z. z., zákona č. 463/2013 Z. z., zákona č. 180/2014 Z. z., zákona č. 183/2014 Z. z., zákona č. 333/2014 Z. z., zákona č. 364/2014 Z. z., zákona č. 371/2014 Z. z., zákona č. 25/2015 Z. z., zákona č. 61/2015 Z. z., zákona č. 62/2015 Z. z., zákona č. 79/2015 Z. z., zákona č. 140/2015 Z. z., zákona č. 176/2015 Z. z., zákona č. 253/2015 Z. z., zákona č. 361/2015 Z. z., zákona č. 375/2015 Z. z., zákona č. 378/2015 Z. z., zákona č. 389/2015 Z. z., zákona č. 437/2015 Z. z., zákona č. 440/2015 Z. z., zákona č. 341/2016 Z. z., zákona č. 264/2017 Z. z., zákona č. 279/2017 Z. z., zákona č. 335/2017 Z. z., zákona č. 344/2017 Z. z., zákona č. 57/2018 Z. z., zákona č. 63/2018 Z. z., zákona č. 112/2018 Z. z., zákona č. 209/2018 Z. z., zákona č. 213/2018 Z. z., zákona č. 317/2018 Z. z.,

zákona č. 347/2018 Z. z., zákona č. 368/2018 Z. z., zákona č. 385/2018 Z. z., zákona č. 4/2019 Z. z., zákona č. 10/2019 Z. z., zákona č. 54/2019 Z. z., zákona č. 88/2019 Z. z., zákona č. 155/2019 Z. z., zákona č. 221/2019 Z. z., zákona č. 223/2019 Z. z., zákona č. 228/2019 Z. z., zákona č. 233/2019 Z. z., zákona č. 301/2019 Z. z., zákona č. 315/2019 Z. z., zákona č. 316/2019 Z. z., zákona č. 319/2019 Z. z., zákona č. 390/2019 Z. z., zákona č. 393/2019 Z. z., zákona č. 462/2019 Z. z., zákona č. 46/2020 Z. z., zákona č. 198/2020 Z. z., zákona č. 296/2020 Z. z., zákona č. 416/2020 Z. z., zákona č. 420/2020 Z. z., zákona č. 421/2020 Z. z., zákona č. 76/2021 Z. z., zákona č. 215/2021 Z. z., zákona č. 257/2021 Z. z. a zákona č. 310/2021 Z. z. sa mení takto:

Poznámka pod čiarou k odkazu 102a znie:

„^{102a}) § 6 ods. 4 zákona č. 581/2004 Z. z. v znení zákona č..../2021 Z. z.“.

Čl. IV

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

1. V § 2 odsek 23 znie:

„(23) Zdravotný obvod určí poskytovateľovi ambulantnej starostlivosti podľa odseku 22 samosprávny kraj tak, aby bolo zabezpečené rovnomerné pracovné zaťaženie poskytovateľov vo verejnej sieti ambulantných poskytovateľov. Zdravotný obvod tvorí zoznam určených obcí, ulíc, prípadne súpisných a orientačných čísel domov. Príslušný samosprávny kraj vždy určí zdravotný obvod 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 lekárskeho miest, ^{2aa}) a to do 30 dní od vydania povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia. Samosprávny kraj pre tieto účely získava údaje z registra poisťencov zdravotných poisťovní o trvalom a prechodnom pobyte v jednotlivých obciach v jeho pôsobnosti podľa veku a pohlavia na úroveň ulice a čísla súpisného a orientačného Zdravotné poisťovne samosprávnemu kraju pre ten účel poskytnú súčinnosť.“.

Poznámky pod čiarou k odkazom 2aa a 2ab znejú:

„^{2aa}) § 6c zákona č. 578/2004 Z. z. v znení zákona č. .../2021 Z. z.

^{2ab}) § 23a ods. 2 zákona č. 253/1998 Z. z. o hlásení pobytu občanov Slovenskej republiky a registri obyvateľov Slovenskej republiky v znení neskorších predpisov.“

2. V § 46 ods. 1 písm. l) sa na konci pripájajú tieto slová: „tak, aby bolo zabezpečené rovnomerné rozloženie pracovnej záťaže medzi poskytovateľov vo verejnej sieti ambulantných poskytovateľov s ohľadom na ich kapacitu vyjadrenú počtom lekárskejších miest a počtom sesterských miest,^{52aaaa}) a počtom kapitovaných poistencov; za kapitovaného poistenca sa považuje poistenec, ktorý má s poskytovateľom uzatvorenú dohodu o poskytovaní všeobecnej ambulantnej starostlivosti podľa § 12 ods. 7,“

Poznámka pod čiarou k odkazu 52aaaa znie:

„^{52aaaa}) § 5 ods. 7 a 8 zákona č. 578/2004 Z. z. v znení zákona č..../2021 Z. z.“

3. V § 46 sa odsek 1 dopĺňa písmenami q) a r), ktoré znejú:

„q) poskytuje údaje podľa písmena m) a podľa osobitného zákona,^{52aaab}) 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, ktorí prevádzkujú ambulanciu všeobecnej zdravotnej starostlivosti a plní podmienky stanovené osobitným zákonom.^{52aaac})“

Poznámky pod čiarou k odkazom 52aaab a 52aaac znejú:

„^{52aaab}) § 13 a § 79 ods. 20 zákona č. 578/2004 Z. z. v znení zákona č. .../2021 Z. z.

^{52aaac}) § 6c a § 6d zákona č. 578/2004 Z. z. v znení zákona č. .../2021 Z. z.“

Čl. V

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. a zákona č. 133/2021 Z. z. sa dopĺňa takto:

Za § 10a sa vkladá § 10b, ktorý znie:

„§ 10b

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.¹⁷⁾“.

Poznámka pod čiarou k odkazu 17 znie:

„¹⁷⁾ § 4 zákona č./2021 Z. z. o kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.“.

Čl. VI

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. a 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 zákon 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“ sa nahrádza slovom „poistencov“.**
- 4. V § 5 ods. 1 písmeno c) znie:**

„c) vnútroštátnu migráciu a migráciu cudzincov a osôb bez štátnej príslušnosti¹⁰⁾ 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, ktorí prevádzkujú ambulanciu všeobecnej ambulantnej starostlivosti pre dospelých a poskytovateľov, ktorí prevádzkujú ambulanciu všeobecnej ambulantnej starostlivosti pre deti a dorast (ďalej len „minimálna sieť poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti“) (§ 5b ods. 3).“.

7. § 5 sa dopĺňa odsekmi 6 až 8, ktoré znejú:

„(6) Minimálna sieť poskytovateľov, ktorí majú vydané povolenie na prevádzkovanie všeobecnej ambulancie (ďalej len „poskytovateľ všeobecnej ambulantnej starostlivosti“) je usporiadanie najmenšieho možného počtu lekárskejších 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 sa vypúšťa.

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 lekárskejších miest u poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti a na území okresu, aby bola zabezpečená kvalitná^{10b)} a dostupná zdravotná starostlivosť pri zohľadnení časovej náročnosti poskytovania zdravotnej starostlivosti.

(3) Spôsob ustanovenia minimálnej siete poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti, maximálny čas dojazdu a spôsob výpočtu miestnej dostupnosti, spôsob výpočtu potrebnej kapacity poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti, podrobnosti o

postupe, povinných subjektoch a sprístupňovaných údajoch a o výsledkoch vyhodnocovania stavu minimálnej siete poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti v okrese, normatívny počet kapitovaných poistencov na jedno lekárske miesto u poskytovateľa všeobecnej ambulantnej starostlivosti, parametre klasifikácie okresov, spôsob určenia hodnôt vnútroštátnej migrácie pre určenie počtu lekárskejších miest minimálnej siete poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti, spôsob zohľadnenia časovej náročnosti poskytovania zdravotnej starostlivosti ustanoví nariadenie vlády Slovenskej republiky. Normatívny počet kapitovaných poistencov na jedno lekárske miesto u poskytovateľa všeobecnej ambulantnej starostlivosti prehodnocuje vláda Slovenskej republiky nariadením vlády Slovenskej republiky 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 najneskôr do 31. marca kalendárneho roka 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 k 1. januáru príslušného kalendárneho roka. Úrad pre dohľad následne bez zbytočného odkladu poskytne v elektronicky spracovateľnej podobe ministerstvu zdravotníctva a zdravotným poisťovniám údaje podľa predchádzajúcej vety a údaje o počte a rozdelení poistencov v okrese. Úrad pre dohľad poskytne zdravotným poisťovniám, národnému centru a samosprávnym krajom vzor a elektronicky spracovateľnú podobu pre potrebné údaje na vyhodnocovanie stavu minimálnej siete poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti.

(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 odseku 3 najneskôr do 30. apríla kalendárneho roka v elektronicky spracovateľnej podobe. Ministerstvo zdravotníctva a zdravotná poisťovňa môžu voči výsledku vyhodnocovania stavu siete podľa § 5 ods. 6 úradom pre dohľad do 31. mája kalendárneho roka vzniesť písomné odôvodnené námietky, s ktorými sa je úrad pre dohľad povinný 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 odseku 4.

(3) Úrad pre dohľad zverejní do 30. júna kalendárneho roka na svojom webovom sídle výsledky vyhodnocovania stavu siete podľa § 5 ods. 6 k 1. januáru kalendárneho roka, spolu s protokolom o vznesených námietkach, v ktorom neprijaté námietky musí odôvodniť.

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

- a) počet lekárskejších miest minimálnej siete poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti,
- b) počet lekárskejších miest u poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti vo verejnej sieti poskytovateľov, ktorí prevádzkujú ambulanciu všeobecnej ambulantnej starostlivosti

- pre dospelých alebo ambulanciu všeobecnej ambulantnej starostlivosti pre deti a dorast (ďalej len „verejná sieť poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti“),
- c) podiel počtu lekárskeho miest u poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti vo verejnej sieti poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti podľa písmena b) a počtu lekárskeho miest minimálnej siete poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti podľa písmena a),
 - d) obce, ktoré nemajú zabezpečenú miestnu dostupnosť poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti,
 - e) počet neobsadených lekárskeho miest, definovaný záporným rozdielom medzi počtom lekárskeho miest u poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti vo verejnej sieti poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti podľa písmena b) a počtom lekárskeho miest minimálnej siete poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti podľa písmena a),
 - f) výsledky parametrov klasifikácie okresov; parametrami klasifikácie okresov sú:
 - 1. počet obyvateľov 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 lekárskeho 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.

(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, za účelom 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 lekárskeho miest v okresoch podľa odseku 4 písm. d), aktualizovaný o novo obsadzované a uvoľňované lekárske miesta, na základe údajov od samosprávneho kraja podľa § 6c ods. 3, 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 do 31. júla kalendárneho roka 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 do 31. júla kalendárneho roka na svojom webovom sídle v elektronicky spracovateľnej podobe bodové ohodnotenie výsledkov parametrov klasifikácie okresov, spolu s metodikou pridelovania bodov,
- c) klasifikuje podľa písmena b) do 31. júla kalendárneho roka okresy podľa odseku 2,
- d) určí do 31. júla kalendárneho roka, pre ktoré okresy alebo obce sa poskytne príspevok podľa § 6d 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 poisťovňam a úradu pre dohľad do 30. júna kalendárneho roka zoznam poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti s uvedením údajov platných k 1. januáru príslušného kalendárneho roka v rozsahu

- a) meno a priezvisko alebo názov, identifikačné číslo a kód poskytovateľa všeobecnej ambulantnej starostlivosti ,
- b) miesto prevádzkovania zdravotníckeho zariadenia poskytovateľa všeobecnej ambulantnej starostlivosti v rozsahu ulica, súpisné a orientačné číslo domu, obec, okres,
- c) počet lekárskejších miest a počet sesterejších miest u poskytovateľa všeobecnej ambulantnej starostlivosti; ak bolo poskytovateľovi všeobecnej ambulantnej starostlivosti vydaných viacero kódov poskytovateľa všeobecnej ambulantnej starostlivosti, uvedú sa počty lekárskejších miest a počty sesterejších miest pre každý vydaný kód poskytovateľa všeobecnej ambulantnej starostlivosti samostatne, kde počty sesterejších miest sa uvádzajú v členení na zdravotná sestra a zdravotnícky asistent,
- d) počet poistencov, s ktorými má poskytovateľ všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti k 1. januáru príslušného kalendárneho roka uzavretú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (ďalej len „kapitovaný poisteneč“) podľa osobitného zákona;^{10c)} ak bolo poskytovateľovi všeobecnej ambulantnej starostlivosti vydaných viacero kódov poskytovateľa všeobecnej ambulantnej starostlivosti, uvedie sa počet kapitovaných poistencov pre každý vydaný kód poskytovateľa všeobecnej ambulantnej starostlivosti zvlášť.“.

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

„^{10b)} § 4 zákona ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

^{10c)} § 12 ods. 1 zákona č. 576/2004 Z. z.“.

10. Za § 6b sa vkladajú § 6c a 6d, ktoré vrátane nadpisov znejú:

„§ 6c

Zabezpečovanie minimálnej siete poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti

(1) Samosprávny kraj zverejní najneskôr do 15 dní od zverejnenia výsledkov vyhodnocovania stavu siete podľa § 5 ods. 6 podľa § 5d ods. 1, informáciu o neobsadených lekárskejších 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 lekárskejších 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 k 1. júlu príslušného kalendárneho roka; 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 o zverejnenie požiadajú.

(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 lekárskejších 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 ods. 1 písm. e) samosprávny kraj uverejňuje na svojom webovom sídle a na úradnej tabuli a aktualizuje najneskôr do 15. februára príslušného kalendárneho roka, pričom aktualizované informácie platné k 1. januáru príslušného kalendárneho roka zasielajú samosprávnemu kraju a ministerstvu zdravotníctva zdravotné poisťovne každoročne najneskôr do 1. februára príslušného kalendárneho roka.

(4) Informáciu o obsadzovaní a uvoľňovaní lekárskejších 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 najneskôr do 1. augusta kalendárneho roka.

§ 6d

Príspevok na zabezpečenie minimálnej siete poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti

(1) Ministerstvo zdravotníctva poskytuje na zabezpečenie potrebnej kapacity poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti príspevok (ďalej len „príspevok“) z účelovo viazaných finančných prostriedkov zo štátneho rozpočtu novým a existujúcim poskytovateľom všeobecnej ambulantnej zdravotnej 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 zdravotnej starostlivosti sa považuje taký poskytovateľ všeobecnej ambulantnej starostlivosti, ktorý v období 36 mesiacov predchádzajúcich dňu podania žiadosti o príspevok, neprevádzkoval zariadenie všeobecnej ambulantnej starostlivosti v okrese, na ktorý sa vzťahuje príspevok. Podmienka podľa prvej vety sa vzťahuje na všetky miesta prevádzky poskytovateľa všeobecnej ambulantnej starostlivosti.

(3) Za existujúceho poskytovateľa všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti sa považuje poskytovateľ všeobecnej ambulantnej starostlivosti, ktorý počas 36 mesiacov predchádzajúcich dňu podania žiadosti o príspevok prevádzkoval zariadenie všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti v okrese, na ktorý sa vzťahuje príspevok. Podmienka podľa prvej vety sa vzťahuje na všetky miesta prevádzky poskytovateľa 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 pre dospelých alebo lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore pediatria, ktorému bol vydaný 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 klasifikovaný rovnakým alebo vyšším stupňom ohrozenia podľa § 5d ods. 2 ako okres, pre ktorý sa uchádza o príspevok,
3. nebol v priebehu 36 mesiacov predchádzajúcich podaniu žiadosti odborným zástupcom u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, s ktorým zdravotná poisťovňa v tom čase vypovedala zmluvu z dôvodu porušenia zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti alebo ktorému samosprávny kraj zrušil povolenie na prevádzkovanie ambulancie z dôvodov podľa § 19 ods. 1 písm. c) a d), alebo

b) poskytovateľ všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti, pokiaľ pri podaní žiadosti preukáže splnenie podmienok podľa písmena a) za lekára so špecializáciou v špecializačnom odbore všeobecné lekárstvo pre dospelých alebo lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore pediatria, ktorému bol vydaný 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 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 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 výkon činnosti 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 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,^{14aa)} 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 výkon činnosti poskytovateľa, 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 nové miesto prevádzky existujúceho poskytovateľa, ktoré vydal príslušný orgán podľa § 11,
 2. overené 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 ich lekárskejších kódov,
 3. overený súhlas uchádzača s tým, aby bol príjemcom príspevku poskytovateľ všeobecnej ambulantnej starostlivosti,
 4. overené vyhlásenie poskytovateľa všeobecnej ambulantnej starostlivosti a uchádzača o tom, že u poskytovateľa všeobecnej ambulantnej starostlivosti vykonáva zdravotnícke povolanie podľa § 3 ods. 4 písm. a) až c) vo viac ako polovičnom úväzku,
 5. vyhlásenie poskytovateľa všeobecnej ambulantnej starostlivosti o 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 po dobu 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 výšky 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 čerpajúceho 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 čerpajúceho príspevok podľa odseku 14 vyplatený,
- b) oznámenie lekárskejších kódov a príslušnej výšky úväzkov lekárov, ktorí poskytujú u poskytovateľa všeobecnej ambulantnej starostlivosti zdravotnícke povolanie podľa § 3 ods. 4 písm. a) až c) v čase oznámenia.

(16) Druhú časť príspevku vo výške 30 % z celkovej výšky príspevku, ministerstvo zdravotníctva vyplatí, ak počet kapitovaných poistencov u poskytovateľa čerpajúceho príspevok k poslednému dňu tretieho mesiaca po mesiaci, v ktorom bol poskytovateľovi čerpajúceho 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 výšky príspevku, ministerstvo zdravotníctva vyplatí, ak počet kapitovaných poistencov u poskytovateľa všeobecnej ambulantnej starostlivosti 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 výšky príspevku, ministerstvo zdravotníctva vyplatí, ak počet kapitovaných poistencov u poskytovateľa všeobecnej ambulantnej starostlivosti 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 ambulanciu všeobecnej ambulantnej starostlivosti pre dospelých alebo ambulanciu všeobecnej ambulantnej starostlivosti pre deti a dorast najneskôr 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 po dobu najmenej piatich rokov odo dňa priznania príspevku:

- a) prevádzkovať ambulanciu všeobecnej ambulantnej starostlivosti pre dospelých alebo ambulanciu všeobecnej ambulantnej starostlivosti pre deti a dorast v obci alebo v okrese, pre ktorý získal príspevok, ak nie je v odseku 13 ustanovené inak,
- b) poskytovať zdravotnú starostlivosť najmenej v rozsahu 35 ordinačných hodín týždenne, z toho najmenej jeden deň poskytovať zdravotnú starostlivosť najmenej do 17:00,
- c) plniť personálne vybavenie a materiálno-technické zabezpečenie po celý čas prevádzkovania zariadenia,
- d) umožniť bezplatné objednávanie pacientov spôsobom obvyklým u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti,
- e) ak ide o existujúceho poskytovateľa všeobecnej ambulantnej starostlivosti, zabezpečiť poskytovanie všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti lekármi v súčte najmenej o jeden úväzok viac ako uviedol poskytovateľ všeobecnej ambulantnej starostlivosti vo vyhlásení podľa odseku 12 písm. b) piatom bode.

(21) Čerpanie príspevku poskytovateľom všeobecnej ambulantnej starostlivosti podľa § 12 ods. 2 a doba 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 bezodkladne preukáže ministerstvu zdravotníctva. 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. V prípade smrti alebo nezvratného poklesu schopnosti vykonávať

zárobkovú činnosť v dôsledku nepriaznivého zdravotného stavu o viac ako 40% poskytovateľa čerpajúceho príspevok, ktorý je poskytovateľom všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti podľa § 12 ods. 2, znemožňujúcej výkon práce, sa vyplácanie príspevku zastaví a záväzok poskytovateľa čerpajúceho príspevok podľa odseku 20 zanikne ku dňu, kedy sa o smrti alebo o nezvratnom poklese schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť v dôsledku nepriaznivého zdravotného stavu o viac ako 40% preukázania skutočnosti ministerstvo zdravotníctva dozvedelo.

(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 ambulancie na inom mieste, než pre ktorý mu bol pridelený príspevok, za predpokladu, že nové miesto výkonu bude v okrese, v ktorom sú podľa aktuálneho vyhodnotenia siete 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 zaniká a poskytovateľ čerpajúci príspevok je povinný ministerstvu zdravotníctva vrátiť už vyplatenú časť príspevku, a to najneskôr do dvoch kalendárnych mesiacov od zaslania výzvy na vrátenie 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, a to najneskôr do dvoch kalendárnych mesiacov od zaslania výzvy na vrátenie príspevku.

(26) Ak poskytovateľ čerpajúci príspevok ministerstvu zdravotníctva poskytol nesprávne údaje, ktoré v prípade, že by boli poskytnuté správne, mali by vplyv na vyplatenie príspevku, je povinný ministerstvu zdravotníctva vrátiť neoprávnene vyplatenú sumu príspevku, a to najneskôr do dvoch kalendárnych mesiacov od zaslania výzvy na vrátenie príspevku.

(27) Samosprávne kraje poskytnú ministerstvu zdravotníctva informácie o poskytovateľoch, miestach prevádzky, kódoch lekárov, výške úväzkov lekárov, odborných garantoch, ordinačných hodinách, personálnom a materiálno-technickom zabezpečení zdravotníckeho zariadenia, bezplatnom objednávaní pacientov, zrušení povolení na prevádzkovanie ambulancie potrebné na plnenie jeho úloh podľa ods. 6 a 22, kontrolu správnosti údajov podľa ods. 9 písm. c) až e), ods. 12 a ods. 15 písm. b) a kontrolu plnenia podmienok čerpania príspevku podľa ods. 16, 17, 18 a 20.

(28) Zdravotné poisťovne poskytnú ministerstvu zdravotníctva informácie o poskytovateľoch, miestach prevádzky, kódoch lekárov, výške úväzkov lekárov a vypovedaných zmluvách potrebné na plnenie jeho úloh podľa ods. 2, 3 a 6, kontrolu správnosti údajov podľa ods. 9 písm. c) až e) a ods. 12 písm. b) bod 5.

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

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

(31) Plnenie podmienok podľa odsekov 20 a 21 vyhodnocuje ministerstvo zdravotníctva. Samosprávny kraj poskytne ministerstvu zdravotníctva pri kontrole podmienok plnenia podľa odseku 20 a 21 súčinnosť a v prípade zisteného nedostatku bezodkladne o tom ministerstvo zdravotníctva informuje.

(32) Ministerstvo zdravotníctva o porušeníach podľa odsekov 23 až 25, 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 predchádzajúcej vety.

(33) Ustanoveniami tohto paragrafu nie sú dotknuté ustanovenia osobitných predpisov v oblasti štátnej pomoci.^{14ab)}“.

Poznámky pod čiarou k odkazom 14aa a 14ab znejú:

„^{14aa)} § 79 ods. 1 písm. y) zákona č. 578/2004 Z. z. v znení zákona č..../2021 Z. z.

§ 7 ods. 1 prvá veta zákona č. 581/2004 Z. z. v znení zákona č..../2021 Z. z.“.

^{14ab)} článok 107 ods. 1 Zmluvy o fungovaní Európskej únie a zákon č. 358/2015 Z. z. o úprave niektorých vzťahov v oblasti štátnej pomoci a minimálnej pomoci a o zmene a doplnení niektorých zákonov (zákon o štátnej pomoci).

11. V § 7 ods. 8 a 9 sa slová „koncovej siete“ nahrádzajú slovami „siete kategorizovaných nemocníc“.

12. V § 8 ods. 2 sa na konci pripája táto veta: „Špeciálne požiadavky na personálne zabezpečenie a 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..../2021 Z. z. o kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.“.

13. V § 11 ods. 3 sa slová „Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej len „úrad pre dohľad“)“ nahrádzajú slovami „úrad pre dohľad“.

14. V § 16 ods. 4 sa slová „koncovej siete poskytovateľov (§ 5a)“ nahrádzajú slovami „siete kategorizovaných nemocníc.“^{10b)}“.

Poznámka pod čiarou k odkazu 10b znie:

„^{10b}) § 2 ods. 13 zákona č...../2021 Z. z. o kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.“.

15. V § 17a ods. 7 sa slová „koncovej siete poskytovateľov (§ 5a)“ nahrádzajú slovami „siete kategorizovaných nemocníc.^{10b})“.

16. V § 18 ods. 2 sa na konci pripájajú tieto slová: „alebo na podnet zdravotnej poisťovne“.

17. V § 19 ods. 1 písm. k) sa slová „Národné centrum zdravotníckych informácií (ďalej len „národné centrum“)“ nahrádza slovami „národné centrum“.

18. V § 21 ods. 1 písm. a) sa slová „do koncovej siete poskytovateľov (§ 5a)“ nahrádzajú slovami „do siete kategorizovaných nemocníc^{10b})“.

19. V § 21 ods. 1 písm. b) a c) sa slová „do koncovej siete poskytovateľov“ nahrádzajú slovami „do siete kategorizovaných nemocníc^{10b})“.

20. 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“.

21. V § 64 ods. 3 sa za slová „Národného registra zdravotníckych pracovníkov^{41a})“ vkladajú slová „a úradu pre dohľad na základe výzvy na účely pridelovania číselných kódov,^{55k})“.

22. § 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 orgán príslušný na rozhodnutie v prvom stupni (§ 76 ods. 1) aj úradu pre dohľad.“.

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

24. § 79 sa dopĺňa odsekom 20, ktorý znie:

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

- a) počte lekárskeho miest u poskytovateľa všeobecnej ambulantnej starostlivosti,
- b) počte sestereckých miest u poskytovateľa všeobecnej ambulantnej starostlivosti v členení na zdravotná sestra a zdravotnícky asistent,
- c) 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,

25. 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)} § 39 zákona č.../2021 Z. z. o kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.“.

26. V § 81 ods. 1 písm. a) sa slová „písmene f)“ nahrádzajú slovami „písmenách f) a i)“.

27. 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,“.

28. 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.../2021 Z. z. o kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.“.

29. V § 82 ods. 1 písm. b) sa slová „ods. 17 až 19“ nahrádzajú slovami „ods. 17 až 21“.

30. V § 82 ods. 8 sa slová „do koncovej siete poskytovateľov (§ 5a)“ nahrádzajú slovami „do siete kategorizovaných nemocníc“.

31. 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^{10b)} 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^{61a)} 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,^{61a)} je orgánom príslušným v prvom stupni ministerstvo zdravotníctva.“.

Poznámka pod čiarou k odkazu 61a znie:

„^{61a}) § 15 až 20 zákona č./2021 Z. z. o kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.“.

32. Za § 102an sa vkladajú § 102ao a 102ap, ktoré vrátane nadpisu 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. Súvisiace ustanovenia o právach a povinnostiach ustanovené pre úrad pre dohľad v § 5c sa použijú primerane 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) Poskytovatelia, ktorí na území samosprávneho kraja prevádzkujú ambulanciu všeobecnej zdravotnej starostlivosti, zašlú údaje podľa § 79 ods. 20 do 28. februára 2022 elektronicky samosprávnemu kraju.

§ 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 1. januára 2021 a nebolo zaradené do siete kategorizovaných nemocníc alebo vyradené zo siete kategorizovaných nemocníc podľa osobitného zákona,^{61a}) je orgánom príslušným v prvom stupni ministerstvo zdravotníctva.

(2) Konanie vo veci vydania povolenia z dôvodu zmeny miesta prevádzkovania ústavného zdravotníckeho zariadenia zaradeného do siete kategorizovaných nemocníc, 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. VII

Zákon č. 579/2004 Z. z. o záchranej 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. (nepriama novela), 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., zákona č.

133/2021 Z. z. sa mení a dopĺňa:

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

„(6) Operačné stredisko záchranej zdravotnej služby je povinné vydať pokyn poskytovateľovi záchranej 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. .../2021 Z. z. o kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.“.

2. V § 5 ods. 1 písm. f) sa slovo „starostlivosti¹⁰⁾“ 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. 13 zákona č. .../2021 Z. z. o kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.“.

Čl. VIII

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. a zákona č. 252/2021 Z. z. sa mení a dopĺňa takto:

1. V § 13 ods. 18 sa vypúšťa posledná veta.

2. § 15 sa dopĺňa odsekom 6, ktorý znie:

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

3. V § 19 ods. 9 druhej vete sa slová „a), b)“ nahrádzajú slovami „a) až e)“.

4. 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 poisťného 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 poisťného. O zrušení oznámenia o výsledku ročného zúčtovania poisťného písomne upovedomí poistenca alebo platiteľa poisťného; v upovedomení uvedie dôvod zrušenia oznámenia o výsledku ročného zúčtovania poisťného. O zrušení výkazu nedoplatkov upovedomí poistenca alebo platiteľa poisťného podľa § 17a ods. 8.

(20) Zdravotná poisťovňa vydá nové oznámenie o výsledku ročného zúčtovania poisťného podľa odseku 8 alebo nový výkaz nedoplatkov podľa odseku 9, ak podľa odseku 19 zdravotná poisťovňa zistí nový výsledok ročného zúčtovania poisťného. Nové oznámenie o výsledku ročného zúčtovania poisťného podľa odseku 8 alebo nový výkaz nedoplatkov musí obsahovať upovedomenie podľa odseku 24. Proti novému oznámeniu o výsledku ročného zúčtovania poisťného podľa odseku 8 môže poistenec alebo platiteľ poisťného podať nesúhlasné stanovisko podľa odseku 12.“.

Doterajšie odseky 19 až 23 sa označujú ako odseky 21 až 25.

5. V § 19 ods. 22 sa slová „odseku 19“ nahrádzajú slovami „odseku 21“.

6. V § 19 sa za odsek 22 vkladajú nové odseky 23 až 27, ktoré znejú:

„(23) Na dodatočné navýšenie počtu poistencov štátu oznámené zdravotnou poisťovňou po uplynutí termínu na podanie ročného zúčtovania poisťného plateného štátom podľa odseku 21 sa neprihliada.

(24) Ak zdravotná poisťovňa zistí, že uviedla v ročnom zúčtovaní poisťného 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 poisťného 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 poisťovňiam do piatich dní odo dňa doručenia výsledku dohľadu; na termíny podľa odseku 22 sa neprihliada.

(25) Postup podľa odseku 24 je možné uplatniť najneskôr 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 prerozdelenia ktorejkoľvek zdravotnej poisťovne v sume vyššej ako 1% z celkovej sumy z ročného prerozdelenia 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.

(27) Postup podľa odseku 26 nemá vplyv na už určenú výšku príspevkov zdravotnej poisťovne podľa osobitného predpisu.^{52aa)}

Poznámka pod čiarou k odkazu 52aa znie:

„^{52aa)} § 8a, § 8b a § 30 zákona č. 581/2004 Z. z.“.

Doterajšie odseky 23 až 25 sa označujú ako odseky 28 až 30.

7. V § 21 ods. 1 sa slová „§ 19 ods. 15“ nahrádzajú slovami „§ 19 ods. 9“.

8. V § 25 ods. 1 písm. b) sa za slová „podľa § 6 ods. 1 až 4“ vkladajú slová „a § 7 ods. 2“.

9. V § 25 ods. 1 písm. k) za prvou vetou dopĺňa táto veta: „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 osoby³⁸⁾ poistenca alebo platiteľa poistného, alebo na základe žiadosti dediča poistenca alebo platiteľa poistného uvedeného v právoplatnom rozhodnutí o dedičstve.“

10. V § 26 ods. 1 písmeno b) znie:
„b) do výšky 331 eur tomu, kto nesplnil

1. oznamovacie povinnosti ustanovené v § 23 okrem § 23 ods. 6 tretej vety a § 23 ods. 9,

2. povinnosti podľa § 6 ods. 1,“.

11. V § 28a ods. 6 sa slová „31. januára“ nahrádzajú slovami „konca februára“.

12. § 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,

c) obdobie v kalendárnom mesiaci, za ktoré sa zamestnávateľovi poskytla podpora v čase skrátenej práce, a to v členení na jednotlivých zamestnancov.“

13. Za § 38ex sa vkladá § 38ey, ktoré vrátane nadpisu znie:

„§ 38ex

Prechodné ustanovenie k úpravám účinným od 1. januára 2022
Ročné zúčtovanie poisťného podľa tohto zákona sa vykoná prvýkrát v roku 2022 za rok 2021.

Čl. IX

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., nález 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. a zákon č. 252/2021 Z. z. sa mení a dopĺňa takto:

- 1. V § 6 ods. 1 písm. h) sa vypúšťajú tieto slová: „v súlade s vykonávacím predpisom vydaným podľa § 15 ods. 8“.**
- 2. V § 6 ods. „o) vedie zoznam poisťencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti podľa osobitného zákona,^{16aa)}“.**

Poznámka pod čiarou k odkazu 16aa znie:

„^{16aa)} § 40 zákona č. .../2021 Z. z. o kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.“

3. 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 poisťencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti.^{16r)}“

Poznámka pod čiarou k odkazu 16r znie:
„^{16r}) § 38 až 40 zákona č. .../2021 Z. z.“.

4. 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.

5. V § 6 ods. 2 sa vypúšťajú písmená a) až g).

Doterajšie písmená h) až t) sa označujú ako písmená a) až l).“.

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 poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti,^{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 poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti.“.

7. V § 6 ods. 6 sa vypúšťa písmeno d).

Doterajšie písmená e) až g) sa označujú ako písmená d) až f).

8. § 6a vrátane nadpisu znie:

„§ 6a

Kladný výsledok hospodárenia zdravotnej poisťovne

(1) Zdravotná poisťovňa za podmienok ustanovených týmto zákonom môže dosahovať kladný výsledok hospodárenia pri vykonávaní verejného zdravotného poistenia.

(2) Súčet položiek z účtovnej závierky zdravotnej poisťovne z výkazu ziskov a strát, ktorých obsahom je zmena stavu technickej rezervy na poistné plnenia v hrubej výške, zmena stavu iných technických rezerv a ostatné technické náklady okrem prijatých a zaplatených úrokov, znížený o ostatné technické výnosy okrem prijatých a zaplatených úrokov (ďalej len „náklady na zdravotnú starostlivosť“) musí byť vo výške najmenej súčtu koeficientu podľa odseku 3 a 95,1 % z predpísaného poistného v hrubej výške za príslušný kalendárny rok zníženého o sumu optimálneho výsledku hospodárenia vypočítanú podľa odseku 4.

(3) Koeficient je percento, ktoré sa vypočíta ako podiel, v ktorého čitateli je súčet čísla jeden milión a počtu poistencov zdravotnej poisťovne k 1. januáru kalendárneho roka a v menovateli číslo dva milióny.

(4) Suma optimálneho výsledku hospodárenia sa vypočíta ako 10% z hodnoty kapitálu vloženého akcionárom do vlastného imania (18b) zdravotnej poisťovne k 1. januáru kalendárneho roka (ďalej len kapitál^{18b}). Ďalšie navýšenie optimálneho výsledku hospodárenia je možné v prípade splnenia kritérií kvality zdravotnej poisťovne. Ukazovateľ primeranej návratnosti kapitálu zdravotných poisťovní v percentuálnom vyjadrení prehodnocuje a zverejňuje na svojej webovej stránke Rada pre rozpočtovú zodpovednosť raz ročne, najneskôr k 30.6. kalendárneho roka.

(5) Ak zdravotná poisťovňa dosiahne kladný výsledok hospodárenia, ktorý je po vykonaní povinného doplnenia rezervného fondu do minimálnej výšky určenej podľa osobitného právneho predpisu (18c) (ďalej len „upravený výsledok hospodárenia“), vyšší ako suma optimálneho výsledku hospodárenia, rozdiel medzi upraveným hospodárskym výsledkom a sumou optimálneho výsledku hospodárenia podľa odseku 4 zdravotná poisťovňa zaúčtuje ako tvorbu samostatného fondu (18d) a použije ho na úhradu liekov podľa osobitného predpisu (18da) alebo na realizáciu oportúnneho skríningu zameraného na zachytenie onkologickej choroby podľa osobitného predpisu (18f) v prospech poistencov (ďalej len „fond kvality zdravia“) najneskôr do dvoch rokov od skončenia kalendárneho roka, za ktorý sa kladný výsledok hospodárenia vytvoril. Táto suma sa v roku jej použitia nezapočítava do nákladov na zdravotnú starostlivosť posudzovaných podľa odseku 2.

(6) Kritériá kvality podľa odseku 4 a podrobnosti použitia fondu kvality zdravia podľa odseku 5 ustanoví všeobecne záväzný právny predpis, ktorý vydá ministerstvo zdravotníctva.“

Poznámky pod čiarou k odkazom 18b až 18da a 18f a 18g znejú:

„^{18b}) Účtovná závierka zdravotnej poisťovne, časť Pasíva, riadok 56.

^{18c}) § 217 ods. 1 Obchodného zákonníka v znení neskorších predpisov.

^{18d}) Účtovná trieda 41 Ostatné fondy tvorené zo zisku.

^{18da}) § 88 ods. 7 a 8 zákona č. 363/2011 Z. z.

^{18f}) zákon č. 576/2004 Z. z.“.

Poznámky pod čiarou k odkazom 18i a 18j sa vypúšťajú.

Poznámky pod čiarou k odkazom 18c až 18j sa vypúšťajú.

9. Poznámka pod čiarou k odkazu 19 znie:

„¹⁹) § 5 až 5d zákona č. 578/2004 Z. z.

10. V § 7 ods. 1 sa na konci pripája táto veta: „Ďalšie podmienky pri uzatváraní zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s poskytovateľom ústavnej zdravotnej starostlivosti, ktorý má povolenie na prevádzkovanie všeobecnej nemocnice alebo špecializovanej nemocnice, ustanovuje osobitný predpis.“^{19b}“.

Poznámka pod čiarou k odkazu 19b znie:

„^{19b}) § 38 zákona č..../2021 Z. z.“.

11. 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. b) tretí bod zákona č. .../2021 Z. z.“.

12. 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 programy^{23a)} a doplnkové programy,^{23b)} ak ich ministerstvo schválilo, podmienky ustanovené kategorizáciou ústavnej zdravotnej starostlivosti podľa osobitného zákona.^{23c)}“.

Poznámky pod čiarou k odkazom 23a až 23c znejú:

„^{23a)} § 2 ods. 16 zákona č. .../2021 Z. z..

^{23b)} § 2 ods. 18 zákona č. .../2021 Z. z..

^{23c)} § 4 zákona č. .../2021 Z. z.“.

13. 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. .../2021 Z. z.“.

14. § 7 sa dopĺňa odsekom 21, ktorý znie:

„(21) Ak zanikne zmluvný vzťah zdravotnej poisťovne s poskytovateľom všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti bez právneho nástupcu, zdravotná poisťovňa o tejto skutočnosti bez zbytočného odkladu vyrozumie poistenca, s ktorým mal poskytovateľ uzavretú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Zdravotná poisťovňa zároveň poistenca informuje o dostupných poskytovateľoch všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti, ktorému je pridelený zdravotný obvod, v ktorom ma poistenec bydlisko.“.

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) Audítora, ktorý overuje účtovnú závierku zdravotnej poisťovne, je povinný bez zbytočného odkladu 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 písmeno t) znie:

„t) použiť predpísané poistné na náklady na zdravotnú starostlivosť najmenej v rozsahu podľa § 6a ods. 2,“.

18. V § 15 sa odsek 1 dopĺňa písmenami aj) a ak)v znení:

„aj) predložiť úradu na vyžiadanie informácie súvisiace s jej činnosťou.

aj) 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 kapítovaných poistencov a

2. údaje z registrov poistencov zdravotných poisťovní o trvalom a prechodnom pobyte v jednotlivých obciach v jeho pôsobnosti podľa veku a pohlavia na úroveň ulice a súpisného a orientačného čísla.“.

19. V § 15 ods. 1 písm. z) za slová „národnému centru“ vložiť slová „a samosprávnym krajom“.

20. V § 15 sa vypúšťa odsek 5.

Doterajšie odseky 6 až 8 sa označujú ako odseky 5 až 7.

21. V § 15 odsek 7 znie:

„(7) Spôsob rozpočtovania výdavkov, štruktúru výdavkov zdravotných poisťovní podľa typov zdravotnej starostlivosti a percento určené pre jednotlivé typy zdravotnej starostlivosti z celkovej sumy výdavkov určenej na zdravotnú starostlivosť ustanoví všeobecne záväzný právny predpis, ktorý vydá ministerstvo zdravotníctva do 31. decembra kalendárneho roka po prerokovaní so zdravotnými poisťovňami a zástupcami poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Zdravotná poisťovňa preukazuje rozpočtovanie výdavkov podľa predchádzajúcej vety ministerstvu zdravotníctva, ministerstvu financií a úradu za predchádzajúci kalendárny rok do 22. februára nasledujúceho kalendárneho roka.“.

Poznámka pod čiarou k odkazu 35aal sa vypúšťa.

22. V § 16 ods. 1 písm. g) a ods. 2 písm. g) sa slová „§ 6 ods. 2“ nahrádzajú slovami „§ 6 ods. 1 písm. o)“.

23. V § 16 sa odsek 5 dopĺňa písmenom h), ktoré znie:

„h) poradie poistenca v zozname čakajúcich poistencov podľa osobitného zákona^{16aa)} a predpokladaný dátum poskytnutia ústavnej zdravotnej starostlivosti podľa osobitného zákona.^{16aa)}“.

24. 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“.

25. V § 18 ods. 1 sa za písmeno u) vkladá nové písmeno v), ktoré znie:

„v) vyhodnocuje stav minimálnej siete poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti raz ročne podľa osobitného zákona^{41aaca)} a zverejňuje výsledky vyhodnocovania stavu siete poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti, spolu s protokolom o námietkach do 30. júna kalendárneho roka; pre tieto účely plní ďalšie povinnosti ustanovené v osobitnom zákone.^{41aaca)}“.

Poznámka pod čiarou k odkazu 41aaca znie:

„^{41aaca}) § 5c, 5d, § 6d zákona č. 578/2004 Z. z. v znení zákona č. .../2021 Z. z.“.

Doterajšie písmeno v) sa označuje ako písmeno w).

26. V § 20 ods. 1 písm. r) sa za slová „zmeny v údajoch z registra“ vkladajú slová „a na účely vyhodnocovania stavu siete minimálnej siete poskytovateľov všeobecnej ambulancnej starostlivosti“.

27. V § 22 odsek 2 znie:

„(2) Predsedu úradu vymenúva a odvoláva prezident Slovenskej republiky na návrh vlády schválený Národnou radou Slovenskej republiky. Ak predseda úradu nebol v čase vymenovania zamestnancom úradu, dňom vymenovania mu vzniká pracovný pomer⁴²⁾ k úradu.“.

28. V § 22 ods. 8 sa slová „predsedovi vlády“ nahrádzajú slovami „prezidentovi Slovenskej republiky“.

29. V § 22 ods. 9 písmeno a) znie:

„a) vzdaním sa funkcie písomným oznámením predsedu úradu doručeným prezidentovi Slovenskej republiky; 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 Slovenskej republiky,

30. V § 22 odsek 10 znie:

„(10) Predsedu úradu odvolá z funkcie prezident Slovenskej republiky na návrh vlády schválený Národnou radou Slovenskej republiky ak

- a) jeho spôsobilosť na právne úkony bola obmedzená,
 - 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,
- “.

31. 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 stupňa⁴³⁾ v študijnom odbore všeobecné lekárstvo, a ktorá má vydané oprávnenie na vykonávanie prehliadok mŕtvych tiel.“.

Poznámka pod čiarou k odkazu 63b sa vypúšťa.

32. V § 47f sa odsek 1 dopĺňa písmenom d), ktoré znie:

„d) osobe, ktorá riadne skončila vysokoškolské štúdium v študijnom programe druhého stupňa⁴³⁾ v študijnom odbore všeobecné lekárstvo, a ktorá má osvedčenie o absolvovaní školenia k prehliadkam mŕtvych tiel.“.

33. V § 48 ods. 14 sa za slovo „diagnostiky“ dopĺňa čiarka a slová „výskumno-vývojové účely“.

34. V § 50 ods. 1 písmeno l) znie:

„l) uložiť povinnosť použiť predpísané poistné a kladný výsledok hospodárenia na náklady na zdravotnú starostlivosť za podmienok ustanovených týmto zákonom (§ 6a),“.

35. V § 64 ods. 1 písmeno b) znie:

„b) za porušenie povinností ustanovených osobitným predpisom^{81a)} pokutu až do výšky 80 000 eur.“.

36. 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)} za účelom kontroly informácií o výškach úväzkov zdravotníckych pracovníkov, ktoré eviduje u poskytovateľa, pre ktorého je daný orgán príslušný.“.

37. V § 76 ods. 4 sa slová „j)“ nahrádzajú slovami „l)“.

38. 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)} za účelom kontroly informácií o výškach úväzkov zdravotníckych pracovníkov, ktoré eviduje u poskytovateľa, pre ktorého je daný orgán príslušný,

12. ministerstvom zdravotníctva za účelom vykonávania kategorizácie ústavnej zdravotnej starostlivosti, vyhodnotenia siete a rozhodovania o kategorizácii 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. .../2021 Z. z.“.

39. V § 76 ods. 5 sa písmeno b) dopĺňa piatym bodom, ktorý znie:

„5. ministerstvom zdravotníctva, zdravotnými poisťovňami a vyšším územným celkom, ak ide o vzájomnú výmenu údajov o vyhodnocovaní stavu minimálnej siete poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti údajov z registrov poistencov zdravotných poisťovní o trvalom a prechodnom pobyte v jednotlivých obciach v jeho pôsobnosti podľa veku a pohlavia na úroveň ulice a súpisného a orientačného čísla a plnenie úloh podľa osobitného zákona^{41aaca)}“.

40. Príloha č. 1 sa vypúšťa.

41. Za § 86zi sa vkladá § 86zj, ktorý vrátane nadpisu znie:

„§ 86zj

Prechodné ustanovenie k úpravám účinným od 1. januára 2022

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 zákona v znení účinnom od 1. januára 2022.“.

Čl. X

Zákon č. 153/2013 Z. z. o národnom zdravotníckom informačnom systéme a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení zákona č. 185/2014 Z. z., zákona č. 77/2015 Z. z., zákona č. 148/2015 Z. z., zákona č. 167/2016 Z. z., zákona č. 41/2017 Z. z., zákona č. 351/2017 Z. z., zákona č. 374/2018 Z. z., zákona č. 125/2020 Z. z., zákona č. 243/2020 Z. z., zákona č. 286/2020 Z. z., zákona č. 392/2020 Z. z., zákona č. 153/2013 Z. z., a to zákon č. 252/2021 Z. z. a zákon č. 310/2021 Z. z. sa mení a dopĺňa takto:

V § 12 sa odsek 3 dopĺňa písmenami w) a x), ktoré znejú:

„w) spravuje a vedie súhrnný zoznam poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti^{36a}) (ďalej len „zoznam čakajúcich poistencov“) za všetky zdravotné poisťovne pre každého poskytovateľa zdravotnej starostlivosti zvlášť a podľa plánovanej zdravotnej starostlivosti; zoznam poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti^{36a}) zverejňuje na svojom webovom sídle v rozsahu jedinečný identifikačný kód poistenca, dátum zaradenia, kód poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, názov poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, plánovaná zdravotná starostlivosť, plánovaný dátum poskytnutia plánovanej zdravotnej starostlivosti a reálny dátum poskytnutia plánovanej zdravotnej starostlivosti na účely tvorby súhrnného zoznamu čakajúcich poistencov,

x) je povinné aktualizovať zoznam čakajúcich poistencov vždy k poslednému dňu kalendárneho mesiaca.“.

Poznámka pod čiarou k odkazu 36a znie:

„^{36a}) § 40 a 42 zákona č./2021 Z. z. o kategorizácií ústavnej zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.“.

Čl. XI

Tento zákon nadobúda účinnosť 1. januára 2022, okrem čl. I § 9, § 12 až 14, § 40 a § 42, čl. III, čl. VI bodu 26, čl. VIII. bodu 1, čl. IX bodov 1, 3 až 5, 14, 20 a 21, čl. X, ktoré nadobúdajú účinnosť 1. januára 2023 a čl. I § 20, § 38, § 41 a § 43, čl. VI bodov 5, 8, 11, 14, 15, 18 až 20, 29 a 31, ktoré nadobúdajú účinnosť 1. januára 2024.