581/2004 Z. z.

Časová verzia predpisu účinná od 01.07.2026

Obsah zobrazeného právneho predpisu má informatívny charakter, právne záväzný obsah sa nachádza v pdf verzii právneho predpisu.

581

ZÁKON

z 21. októbra 2004

o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov

Národná rada Slovenskej republiky sa uzniesla na tomto zákone:

Čl. I

PRVÁ ČASŤ
ZÁKLADNÉ USTANOVENIA

§ 1

Predmet úpravy

Tento zákon ustanovuje

a) postavenie zdravotných poisťovní a podmienky na vykonávanie verejného zdravotného poistenia,[1])

b) činnosť zdravotných poisťovní, ich organizáciu a riadenie,

c) zriadenie, pôsobnosť, organizáciu, riadenie a hospodárenie Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej len „úrad“),

d) dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, ktorým je

1. dohľad nad zdravotnými poisťovňami a verejným zdravotným poistením (ďalej len „dohľad nad verejným zdravotným poistením“) a

2. dohľad nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti,

e) transformáciu zdravotných poisťovní, ktoré vznikli podľa doterajších predpisov (ďalej len „doterajšia zdravotná poisťovňa“) na akciové spoločnosti,

f) výkon štátnej správy na úseku verejného zdravotného poistenia, úhradových mechanizmov a regulácie cien.

DRUHÁ ČASŤ
ZDRAVOTNÉ POISŤOVNE

§ 2

Postavenie zdravotnej poisťovne a podmienky na vykonávanie verejného zdravotného poistenia

(1) Zdravotná poisťovňa je akciová spoločnosť[2]) so sídlom na území Slovenskej republiky založená na účely vykonávania verejného zdravotného poistenia[3]) na základe povolenia na vykonávanie verejného zdravotného poistenia (ďalej len „povolenie").

(2) Na zdravotné poisťovne sa vzťahuje Obchodný zákonník, ak tento zákon neustanovuje inak.

(3) Obchodné meno[4]) zdravotnej poisťovne musí obsahovať označenie „zdravotná poisťovňa, a. s.“. Iné osoby nesmú vo svojom obchodnom mene používať toto slovné spojenie alebo jeho preklad.

(4) Iná osoba ako zdravotná poisťovňa nesmie vykonávať verejné zdravotné poistenie.

(5) Zdravotná poisťovňa pri vykonávaní verejného zdravotného poistenia a pri ochrane zdravia poistenca vykonáva činnosť podľa tohto zákona a podľa osobitných predpisov.[35cc])

(6) Zdravotná poisťovňa musí byť bezúhonná nepretržite počas trvania platnosti povolenia.

§ 3

Organizácia a riadenie zdravotnej poisťovne

(1) Organizačná štruktúra a systém riadenia zdravotnej poisťovne musí zabezpečovať riadne a bezpečné vykonávanie verejného zdravotného poistenia. Zdravotná poisťovňa je povinná v rámci svojej organizačnej štruktúry zriadiť útvar vnútornej kontroly a túto vnútornú kontrolu efektívne vykonávať. Výber zamestnancov zdravotnej poisťovne oprávnených na výkon vnútornej kontroly schvaľuje dozorná rada zdravotnej poisťovne.

(2) Zdravotná poisťovňa je povinná v stanovách

a) upraviť vzťahy medzi predstavenstvom zdravotnej poisťovne, dozornou radou zdravotnej poisťovne a útvarom vnútornej kontroly,

b) rozdeliť a upraviť pôsobnosť a zodpovednosť zdravotnej poisťovne na účely ochrany pred legalizáciou príjmov z trestnej činnosti a pred financovaním terorizmu.

(3) Ak člena predstavenstva zdravotnej poisťovne alebo člena dozornej rady zdravotnej poisťovne odvolá valné zhromaždenie z funkcie z dôvodu straty dôveryhodnosti (§ 33 ods. 3), zaniká mu právo na vyplatenie dohodnutej odmeny alebo odmeny priznanej vnútornými predpismi.

(4) Dozorná rada zdravotnej poisťovne je oprávnená kedykoľvek požiadať útvar vnútornej kontroly o vykonanie vnútornej kontroly.

(5) Vnútornou kontrolou zdravotnej poisťovne sa rozumie kontrola dodržiavania zákonov a iných všeobecne záväzných právnych predpisov, vnútorných aktov riadenia a kontrola činnosti zdravotnej poisťovne.

(6) Útvar vnútornej kontroly

a) vypracúva správu o činnosti zdravotnej poisťovne za predchádzajúci kalendárny rok [§ 15 ods. 3 písm. c) prvý bod],

b) vypracúva správu o výsledkoch kontrolnej činnosti za predchádzajúci kalendárny rok a o prijatých opatreniach na nápravu zistených nedostatkov v činnosti zdravotnej poisťovne [§ 15 ods. 3 písm. c) druhý bod],

c) vypracúva plán kontrolnej činnosti na nasledujúci kalendárny rok [§ 15 ods. 3 písm. c) tretí bod],

d) vypracúva protokol o správnosti vykazovaných údajov o výpočte platobnej schopnosti zdravotnej poisťovne spolu so súvahou, výkazom ziskov a strát a vysvetľujúcu správu (§ 14 ods. 7),

e) plní ďalšie úlohy v oblasti vnútornej kontroly určené v stanovách zdravotnej poisťovne.

(7) Ak útvar vnútornej kontroly zistí nedostatky v hospodárení zdravotnej poisťovne, ktoré súvisia s výkonom jej činnosti podľa tohto zákona, je povinný navrhnúť predstavenstvu zdravotnej poisťovne opatrenia na nápravu zistených nedostatkov. Ak zdravotná poisťovňa opatrenia nevykoná a ďalší vývoj hospodárenia zdravotnej poisťovne ohrozuje jej schopnosť plniť záväzky vyplývajúce z vykonávania verejného zdravotného poistenia, útvar vnútornej kontroly je povinný bez zbytočného odkladu o tejto skutočnosti informovať úrad (§ 17).

§ 4

Konflikt záujmov

(1) Členom predstavenstva zdravotnej poisťovne alebo prokuristom zdravotnej poisťovne nesmie byť

a) poslanec Národnej rady Slovenskej republiky,

b) člen vlády Slovenskej republiky (ďalej len „vláda“), štátny tajomník ministerstva, vedúci ostatného ústredného orgánu štátnej správy a jeho štatutárny zástupca alebo zamestnanec ústredného orgánu štátnej správy,

c) člen orgánu Najvyššieho kontrolného úradu alebo jeho zamestnanec,

d) člen orgánu Národnej banky Slovenska alebo jej zamestnanec,

e) člen predstavenstva, člen dozornej rady, prokurista alebo zamestnanec inej zdravotnej poisťovne,

f) zamestnanec útvaru vnútornej kontroly (§ 3 ods. 6),

g) člen orgánu centrálneho depozitára[6]) alebo jeho zamestnanec, člen orgánu burzy cenných papierov[7]) alebo jej zamestnanec alebo tichý spoločník týchto právnických osôb,

h) člen predstavenstva, člen dozornej rady, prokurista, konateľ a zamestnanec poskytovateľa zdravotnej starostlivosti[8]) alebo poskytovateľa zdravotnej starostlivosti v inom členskom štáte Európskej únie, Nórsku, Lichtenštajnsku, Islande alebo v Švajčiarskej konfederácii (ďalej len „iný členský štát“), držiteľa povolenia na veľkodistribúciu liekov alebo držiteľa povolenia na veľkodistribúciu liekov v inom členskom štáte, držiteľa povolenia na výrobu liekov alebo držiteľa povolenia na výrobu liekov v inom členskom štáte alebo držiteľa registrácie lieku alebo držiteľa registrácie lieku v inom členskom štáte a dodávateľa, ktorý zdravotnej poisťovni dodáva materiál alebo služby, alebo dodávateľa v inom členskom štáte, ktorý zdravotnej poisťovni dodáva materiál alebo služby.

(2) Členom dozornej rady zdravotnej poisťovne nesmie byť

a) poslanec Národnej rady Slovenskej republiky,

b) člen vlády,

c) člen orgánu Najvyššieho kontrolného úradu,

d) člen orgánu Národnej banky Slovenska,

e) člen predstavenstva, člen dozornej rady, prokurista alebo zamestnanec inej zdravotnej poisťovne,

f) zamestnanec útvaru vnútornej kontroly (§ 3 ods. 6),

g) člen orgánu centrálneho depozitára alebo jeho zamestnanec, člen orgánu burzy cenných papierov alebo jej zamestnanec alebo tichý spoločník týchto právnických osôb,

h) člen predstavenstva, člen dozornej rady, prokurista, konateľ a zamestnanec poskytovateľa zdravotnej starostlivosti alebo poskytovateľa zdravotnej starostlivosti v inom členskom štáte, držiteľa povolenia na veľkodistribúciu liekov alebo držiteľa povolenia na veľkodistribúciu liekov v inom členskom štáte, držiteľa povolenia na výrobu liekov alebo držiteľa povolenia na výrobu liekov v inom členskom štáte alebo držiteľa registrácie lieku alebo držiteľa registrácie lieku v inom členskom štáte a dodávateľa, ktorý zdravotnej poisťovni dodáva materiál alebo služby, alebo dodávateľa v inom členskom štáte, ktorý zdravotnej poisťovni dodáva materiál alebo služby.

(3) Vedúcim zamestnancom v priamej riadiacej pôsobnosti predstavenstva zdravotnej poisťovne a osobou zodpovednou za výkon vnútornej kontroly nesmie byť

a) člen predstavenstva, člen dozornej rady, prokurista alebo zamestnanec inej zdravotnej poisťovne,

b) člen orgánu centrálneho depozitára alebo jeho zamestnanec, člen orgánu burzy cenných papierov alebo jej zamestnanec alebo tichý spoločník podieľajúci sa na činnosti týchto právnických osôb,

c) člen predstavenstva, člen dozornej rady, prokurista, konateľ a zamestnanec poskytovateľa zdravotnej starostlivosti alebo poskytovateľa zdravotnej starostlivosti v inom členskom štáte, držiteľa povolenia na veľkodistribúciu liekov alebo držiteľa povolenia na veľkodistribúciu liekov v inom členskom štáte, držiteľa povolenia na výrobu liekov alebo držiteľa povolenia na výrobu liekov v inom členskom štáte alebo držiteľa registrácie lieku alebo držiteľa registrácie

lieku v inom členskom štáte a dodávateľa, ktorý zdravotnej poisťovni dodáva materiál alebo služby, alebo dodávateľa v inom členskom štáte, ktorý zdravotnej poisťovni dodáva materiál alebo služby.

(4) Osoba ustanovená do funkcie podľa odsekov 1 až 3 preukazuje neexistenciu konfliktu záujmov čestným vyhlásením doručeným úradu do piatich pracovných dní odo dňa jej ustanovenia do funkcie.

§ 5

Zodpovednosť za škodu

Členovia predstavenstva zdravotnej poisťovne a členovia dozornej rady zdravotnej poisťovne sú pri výkone svojej funkcie zodpovední za spôsobenú škodu.[10]) Zdravotná poisťovňa nesmie na svoje náklady poistiť zodpovednosť za škodu spôsobenú pri výkone funkcie člena predstavenstva zdravotnej poisťovne alebo člena dozornej rady zdravotnej poisťovne.

§ 6

Činnosť zdravotnej poisťovne

(1) Zdravotná poisťovňa

a) prijíma a potvrdzuje prihlášky na verejné zdravotné poistenie,[11]) prijíma späťvzatie prihlášok na verejné zdravotné poistenie[11aaa]) a vydáva preukazy poistencov verejného zdravotného poistenia[11a]) (ďalej len „poistenec“), ak poistencovi nebol vydaný občiansky preukaz s elektronickým čipom[11aa]) alebo doklad o pobyte s elektronickým čipom,[11ab])

b) vydáva

1. európske preukazy zdravotného poistenia podľa osobitného predpisu,[11a])

2. preukaz poistenca s označením „EU“, ak zdravotná poisťovňa plní funkciu inštitúcie miesta bydliska podľa písmena r) a ide o poistenca iného členského štátu, ktorý má na území Slovenskej republiky bydlisko,

c) prijíma poistné na verejné zdravotné poistenie (ďalej len „poistné“) a prerozdeľuje poistné na základe rozhodnutia úradu vo veciach prerozdelenia poistného [§ 18 ods. 1 písm. a) štvrtý bod],

d) uplatňuje nárok na úhradu za zdravotnú starostlivosť a služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti (ďalej len „zdravotná starostlivosť“), ktorý jej vyplýva z osobitného predpisu,[13])

e) poskytuje iným zdravotným poisťovniam a poistencom informácie podľa osobitného predpisu,[14])

f) vykonáva poradenskú činnosť pre poistencov a platiteľov poistného vo veciach vykonávania verejného zdravotného poistenia,

g) uzatvára zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (§ 7 a § 7a),

h) uhrádza poskytovateľom zdravotnej starostlivosti[8]) a zariadeniam sociálnych služieb[14a]) a zariadeniam sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately[14b]) (ďalej len „zariadenie sociálnej

pomoci“) úhradu za poskytnutú zdravotnú starostlivosť v súlade s vykonávacím predpisom vydaným podľa § 15 ods. 8, ak v § 86zu ods. 1 nie je ustanovené inak,

i) vedie zoznam poistencov zaradených na dispenzarizáciu,

j) vykonáva kontrolnú činnosť (§ 9),

k) vykonáva analýzu predpisovania liekov vždy do 60 dní po skončení štvrťroka,

l) vymáha pohľadávky na poistnom vrátane úrokov z omeškania, pohľadávky za poskytnutú zdravotnú starostlivosť a pohľadávky vyplývajúce z prerozdelenia poistného podľa osobitného predpisu,[37])

m) poskytuje Štatistickému úradu Slovenskej republiky (ďalej len „štatistický úrad“) štatistické údaje podľa osobitného predpisu,[15])

n) poskytuje príspevky na úhradu zdravotnej starostlivosti za podmienok ustanovených osobitným predpisom,[16])

o) vedie zoznam poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti podľa osobitného zákona[16aa]) (ďalej len „zoznam“),

p) vydáva výkaz nedoplatkov podľa osobitného zákona,[37])

q) vydáva rozhodnutie o žiadosti o udelenie súhlasu na poskytovanie zdravotnej starostlivosti v cudzine podľa osobitného zákona,[16a])

r) plní funkciu príslušnej inštitúcie, inštitúcie miesta pobytu a inštitúcie miesta bydliska v súlade s osobitným predpisom,[16b])

s) uhrádza na bankový účet poistenca a ak bankový účet neoznámil alebo ho nemá, tak poštovou poukážkou, poistencovi čiastku, o ktorú jeho úhrnná výška úhrad za doplatky za lieky, zdravotnícke pomôcky a dietetické potraviny čiastočne uhrádzané na základe verejného zdravotného poistenia za kalendárny štvrťrok prekročila limit spoluúčasti podľa osobitného predpisu[16c]) (ďalej len „čiastka, o ktorú bol limit spoluúčasti prekročený“), do 90 kalendárnych dní od skončenia kalendárneho štvrťroka; ak je čiastka, o ktorú bol limit spoluúčasti prekročený, menšia ako 3 eurá, o túto čiastku sa zvýši úhrnná výška úhrad v ďalšom kalendárnom štvrťroku,

t) vykonáva ročné zúčtovanie poistného za predchádzajúci kalendárny rok za svojho poistenca, a ak mal poistenec zamestnávateľa, aj za tohto zamestnávateľa podľa osobitného zákona,[16d])

u) zaraďuje poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti do pevnej siete podľa osobitného predpisu,[16e])

v) plní povinnosti v súvislosti s poskytovaním cezhraničnej zdravotnej starostlivosti podľa osobitného zákona[16f]) a podľa tohto zákona (§ 6b),

w) refunduje zdravotnej poisťovni, ktorá uhradila poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti alebo inštitúcii miesta pobytu, alebo inštitúcii miesta bydliska v inom členskom štáte bez právneho dôvodu alebo z dôvodu zániku poistného vzťahu v tejto zdravotnej poisťovni, náklady na poskytnutú zdravotnú starostlivosť za svojho poistenca alebo za osobu, pre ktorú je inštitúciou miesta pobytu alebo inštitúciou miesta bydliska; súčasne tejto zdravotnej poisťovni

poskytuje údaje z účtu poistenca týkajúce sa poskytnutej zdravotnej starostlivosti a ostatnú potrebnú súčinnosť,

x) uhrádza poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti, ktorý má povolenie na prevádzkovanie ambulancie pevnej ambulantnej pohotovostnej služby (ďalej len „organizátor“),[16h]) ktorý je ovládanou osobou,[16i]) paušálnu úhradu podľa § 8 ods. 10 od prvého dňa kalendárneho mesiaca nasledujúceho po mesiaci, v ktorom začal spĺňať niektorú z podmienok podľa § 8 ods. 10 až do prvého dňa kalendárneho mesiaca nasledujúceho po mesiaci, v ktorom prestal spĺňať niektorú z podmienok podľa § 8 ods. 10,

y) uhrádza organizátorovi, ktorý nedokázal úplne zabezpečiť poskytovanie pevnej ambulantnej pohotovostnej služby podľa osobitného predpisu[16j]) paušálnu úhradu podľa § 8 ods. 11 za kalendárny mesiac, v ktorom organizátor nedokázal úplne zabezpečiť poskytovanie pevnej ambulantnej pohotovostnej služby,

z) uhrádza poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti, s ktorým má uzatvorenú zmluvu podľa § 7b, mesačne paušálnu úhradu podľa § 8 ods. 9,

aa) uhrádza poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti humánne lieky, zdravotnícke pomôcky, dietetické potraviny a zdravotné výkony poskytnuté zariadením spoločných zložiek, ktoré lekár predpísal alebo indikoval pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti počas doplnkových ordinačných hodín[16k]) alebo počas poskytovania domácej starostlivosti na žiadosť osoby,[16l])

ab) uhrádza poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti, ktorý má vydané povolenie na prevádzkovanie ambulancie dopravnej zdravotnej služby, úhradu za prepravu podľa osobitného predpisu,[16m])

ac) uhrádza poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti, ktorý má vydané povolenie na prevádzkovanie ambulancie vrtuľníkovej záchrannej zdravotnej služby, úhradu za vykonanie neodkladnej prepravy letúnom,[16n])

ad) pozýva svojich poistencov na skríning podľa osobitného predpisu[17c]) a zasiela im štandardizovaný test, ak taký existuje,

ae) vytvára zoznam poistencov s nárokom na okamžité uplatnenie limitu spoluúčasti u poskytovateľa lekárenskej starostlivosti podľa podmienok ustanovených osobitným predpisom,[16o])

af) uhrádza poskytovateľovi lekárenskej starostlivosti doplatky vo výške prepočítaného doplatku za najlacnejší náhradný liek, najlacnejšiu náhradnú zdravotnícku pomôcku a najlacnejšiu náhradnú dietetickú potravinu čiastočne uhrádzanú na základe verejného zdravotného poistenia za osoby, ktoré majú nárok na limit spoluúčasti vo výške 0 eur podľa osobitného predpisu,[16p])

ag) uplatňuje nárok na úhradu pohľadávky prepočítaného doplatku za najlacnejší náhradný liek, najlacnejšiu náhradnú zdravotnícku pomôcku a najlacnejšiu náhradnú dietetickú potravinu voči poistencovi, ktorý zdravotná poisťovňa uhradila poskytovateľovi lekárenskej starostlivosti a na ktorú poistenec nemal nárok podľa osobitného predpisu,[16q])

ah) vykonáva povinnosti v súvislosti s kategorizáciou ústavnej zdravotnej starostlivosti, kategorizáciou nemocníc, so zaraďovaním nemocníc do siete kategorizovaných nemocníc, vyhodnocovaním plnenia podmienok nemocníc zaradených do siete kategorizovaných

nemocníc, v konaní pri zaraďovaní nemocníc do siete kategorizovaných nemocníc, s uzatváraním zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti a so zoznamom.[16r])

(2) Zdravotná poisťovňa je povinná

a) uverejniť na svojom webovom sídle v elektronickej podobe umožňujúcej elektronické spracovanie údajov, na účel dodržiavania limitu výdavkov určených na zdravotnú starostlivosť v rozpočte verejnej správy, zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti na základe verejného zdravotného poistenia, ktoré zdravotná poisťovňa uzatvorila s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti (§ 7) a so zariadeniami sociálnej pomoci (§ 7a), v ktorých výška úhrady za zdravotnú starostlivosť úhrnne zo všetkých zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti uzatvorených s daným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti alebo s daným zariadením sociálnej pomoci

1. neprevyšuje 1 000 000 eur za kalendárny rok, vrátane príloh a dodatkov k zmluvám do 30 dní odo dňa uzatvorenia takejto zmluvy alebo dodatkov k zmluvám; ak sú súčasťou zmluvy osobné údaje, tieto sa, okrem mena a priezviska poskytovateľa zdravotnej starostlivosti alebo názvu a sídla poskytovateľa zdravotnej starostlivosti alebo zariadenia sociálnej pomoci, nezverejňujú,

2. prevyšuje 1 000 000 eur za kalendárny rok, vrátane všetkých príloh a dodatkov k týmto zmluvám a úplné znenie týchto zmlúv s prílohami v znení všetkých ich dodatkov s vyznačením zmien, a to do 30 dní odo dňa uzatvorenia takejto zmluvy alebo dodatku k zmluve; ak sú súčasťou zmluvy osobné údaje, tieto sa, okrem mena a priezviska poskytovateľa zdravotnej starostlivosti alebo názvu a sídla poskytovateľa zdravotnej starostlivosti alebo zariadenia sociálnej pomoci, nezverejňujú,

b) predložiť úradu na požiadanie informácie o zmluvách podľa písmena a),

c) sprístupniť elektronicky do 31. januára kalendárneho roka poskytovateľom všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti a poskytovateľom primárnej špecializovanej gynekologickej ambulantnej starostlivosti, s ktorými má uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, menný zoznam poistencov, s ktorými má príslušný poskytovateľ zdravotnej starostlivosti uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti a ktorí sa k 1. januáru kalendárneho roka stali poistencami inej zdravotnej poisťovne,

d) minimálne raz mesačne sprístupniť elektronicky prostredníctvom internetového portálu alebo elektronickej podateľne poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti a poskytovateľovi lekárenskej starostlivosti, s ktorým má zdravotná poisťovňa uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, informácie o tom, aký humánny liek, ktorý lekár oprávnený predpisovať humánne lieky predpísal, bol poistencovi vydaný,

e) bezodkladne písomne oznámiť poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti, s ktorým má uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (§ 7), humánne lieky a zdravotnícke pomôcky, ktoré obstarala,

f) používať pri prístupe k údajom z národného zdravotníckeho informačného systému informačný systém, ktorý má overenie zhody podľa osobitného predpisu,[17a])

g) bezodkladne informovať Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky (ďalej len „ministerstvo zdravotníctva“) o uzatvorení zmluvy o podmienkach úhrady lieku zdravotnou

poisťovňou,[17b]) ktorú uzatvorila s držiteľom registrácie lieku, o každej jej zmene a o jej skončení,

h) oznámiť ministerstvu zdravotníctva na účel rozhodovania o vyrovnacom rozdiele za liek alebo za spoločne posudzované lieky do 90 dní od doručenia žiadosti ministerstva zdravotníctva sumu úhrad zdravotnej poisťovne za tento liek alebo za spoločne posudzované lieky za 12 po sebe nasledujúcich mesiacov predchádzajúcich žiadosti ministerstva zdravotníctva,

i) oznámiť ministerstvu zdravotníctva na účel rozhodovania o určení podmienenej úhrady za liek alebo za spoločne posudzované lieky do 90 dní od doručenia žiadosti ministerstva zdravotníctva sumu úhrad zdravotnej poisťovne za tento liek alebo za spoločne posudzované lieky za 24 po sebe nasledujúcich mesiacov predchádzajúcich žiadosti ministerstva zdravotníctva; sumu úhrad oznamuje zdravotná poisťovňa rozdelenú na sumy úhrad za 12 po sebe nasledujúcich mesiacov,

j) oznámiť ministerstvu zdravotníctva na účel štátnej zdravotnej politiky do 31. júla vykonávanie preventívnych prehliadok a skríningov podľa osobitného zákona[17c]) za predchádzajúci kalendárny rok; 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 a zmeny nemôžu nadobudnúť účinnosť skôr ako dva mesiace od takého prerokovania alebo skôr, ak sa na tom zúčastnené strany na prerokovaní dohodnú,

k) sprístupňovať poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti výsledok spracovania finančného zúčtovania podľa § 8 ods. 1 a 3 elektronicky prostredníctvom internetového portálu alebo elektronickej podateľne; ak poskytovateľ zdravotnej starostlivosti nemá zriadený prístup na internetový portál alebo do elektronickej podateľne, zdravotná poisťovňa poskytne poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti prihlasovacie údaje potrebné na tento prístup na účel kontroly výsledku spracovania finančného zúčtovania,

l) sprístupňovať informácie podľa § 3 ods. 2 a podľa osobitného predpisu,[17d])

m) zachovávať mlčanlivosť o všetkých skutočnostiach vyplývajúcich zo zmluvy o podmienkach úhrady lieku, zmluvy o podmienkach úhrady zdravotníckej pomôcky a zmluvy o podmienkach úhrady dietetickej potraviny uzatvorenej podľa osobitného prepdisu[17e]), o ktorých sa dozvedela pri výkone svojej činnosti, a nesprístupniť ich tretej osobe,

n) poskytnúť ministerstvu zdravotníctva na účel rozhodovania o kategorizácii liekov, kategorizácii zdravotníckych pomôcok, kategorizácii špeciálnych zdravotníckych materiálov, kategorizácii dietetických potravín a úradnom určení cien liekov, ktoré nie sú zaradené v zozname kategorizovaných liekov podľa osobitného prepdisu[17f]) údaje o spotrebe liekov, zdravotníckych pomôcok, špeciálnych zdravotníckych materiálov a dietetických potravín a výške ich úhrad na základe verejného zdravotného poistenia do 30 dní od doručenia žiadosti ministerstva zdravotníctva.

(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, ak predpokladaný dátum poskytnutia plánovanej zdravotnej starostlivosti je neskorší ako 30 dní odo dňa vyhotovenia návrhu na plánovanú zdravotnú starostlivosť,

d) zdravotnej starostlivosti v cudzine, na ktorú udelila súhlas podľa osobitných predpisov.[17g])

(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.

(5) Zoznam chorôb, pri ktorých sa poskytuje poistencovi dispenzarizácia, frekvenciu vyšetrení a poskytovateľov zdravotnej starostlivosti vykonávajúcich dispenzarizáciu ustanoví všeobecne záväzný právny predpis, ktorý vydá ministerstvo zdravotníctva.

(6) Zdravotná poisťovňa môže

a) uzatvárať zmluvy o individuálnom zdravotnom poistení za podmienok ustanovených osobitným predpisom,[18])

b) na základe žiadosti poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, s ktorým má uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (§ 7) alebo z vlastného podnetu, obstarať u výrobcu

1. humánnych liekov alebo u veľkodistribútora humánnych liekov humánne lieky ustanovené všeobecne záväzným právnym predpisom, ktorý vydá ministerstvo zdravotníctva; zdravotná poisťovňa je povinná zabezpečiť dodanie obstaraného humánneho lieku prostredníctvom poskytovateľa lekárenskej starostlivosti,

2. zdravotníckych pomôcok zdravotnícke pomôcky ustanovené všeobecne záväzným právnym predpisom, ktorý vydá ministerstvo zdravotníctva; zdravotná poisťovňa je povinná zabezpečiť dodanie obstaranej zdravotníckej pomôcky prostredníctvom poskytovateľa lekárenskej starostlivosti,

c) sprostredkovať poistencovi individuálne zdravotné poistenie v inej poisťovni, ak nevykonáva činnosť podľa písmena a),

d) financovať ďalšie vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov,

e) nakladať s pohľadávkou voči fyzickej osobe alebo právnickej osobe povinnej odvádzať poistné[37]) podľa § 85g,

f) uzatvárať zmluvy o podmienkach úhrady lieku, zmluvy o podmienkach úhrady zdravotníckej pomôcky, zmluvy o podmienkach úhrady dietetickej potraviny podľa osobitného predpisu[17e]) s držiteľom registrácie, výrobcom zdravotníckej pomôcky alebo výrobcom dietetickej potraviny a prijímať peňažné plnenia od držiteľa registrácie, výrobcu zdravotníckej pomôcky alebo výrobcu dietetickej potraviny na základe týchto zmlúv,

g) prijímať od držiteľa registrácie lieku, výrobcu zdravotníckej pomôcky alebo výrobcu dietetickej potraviny rozdiel alebo podiel na rozdiele medzi sumou úhrad zdravotných poisťovní za liek, spoločne posudzované lieky, zdravotnícku pomôcku alebo dietetickú potravinu a maximálnou sumou úhrad zdravotných poisťovní za liek, spoločne posudzované lieky, zdravotnícku pomôcku alebo dietetickú potravinu za vopred určené obdobie, ktorý určilo ministerstvo rozhodnutím podľa osobitného predpisu[18aa]) alebo ktorý určilo ministerstvo alebo zdravotná poisťovňa na základe podmienok dohodnutých v zmluve uzatvorenej podľa osobitného predpisu,[17e])

h) organizovať pre poistencov, ako súčasť verejného zdravotného poistenia, programy zdravia a programy riadenia chorôb, ktoré súvisia s existujúcim alebo hroziacim ochorením poistenca na účel poradenskej činnosti pre poistencov; zdravotná poisťovňa sa na organizácii programov zdravia môže dohodnúť s poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (§ 7 a 7a) alebo so zdravotníckym pracovníkom.

(7) Zdravotná poisťovňa môže prijímať úvery alebo pôžičky iba v súlade s osobitným predpisom[30]) a po predchádzajúcom súhlase úradu [§ 13 ods. 1 písm. h)].

(8) Zdravotná poisťovňa nesmie pri propagácii svojej činnosti poskytovať nepravdivé alebo zavádzajúce informácie, zamlčovať dôležité skutočnosti a ponúkať výhody, ktorých poskytnutie nevie zaručiť.

(9) Zdravotná poisťovňa nesmie vykonávať nábor poistencov na základe mandátnych zmlúv alebo zmlúv o sprostredkovaní s fyzickými osobami alebo právnickými osobami za peňažnú odplatu alebo za nepeňažnú odmenu.

(10) Zdravotná poisťovňa nesmie za prijatie a potvrdenie prihlášky na verejné zdravotné poistenie alebo podanie späťvzatia prihlášky poskytnúť poistencovi peňažnú odplatu, nepeňažnú odmenu alebo inú výhodu finančnej povahy, hmotnej alebo nehmotnej povahy, na ktoré nemá poistenec nárok na základe verejného zdravotného poistenia.

(11) Na účely zabezpečenia poradenskej činnosti pre poistencov zdravotná poisťovňa môže
a) poskytovať pre poistencov

1. poradenstvo o zdraví,

2. o životospráve a

3. o zdravom životnom štýle,

4. programy zdravia slúžiace na odhaľovanie ochorení a podporu zdravého spôsobu života a zdravia poistencov a motivácie k pozitívnym zmenám pri predchádzaní ochoreniam,

b) vykonávať analýzu efektívnosti programov uvedených v písmene a),

c) analyzovať a spracúvať osobné údaje poistencov v rozsahu podľa § 16 ods. 2.

(12) Zdravotná poisťovňa na základe analýz vypracovaných podľa odseku 11 môže poskytovať poistencom relevantné výsledky týchto analýz reflektujúce ich zdravotný stav s odporúčaním absolvovať preventívnu prehliadku, vyšetrenie alebo iné poskytnutie zdravotnej starostlivosti, ktoré si vyžaduje zdravotný stav poistenca.

(13) Na účely poskytovania poradenskej činnosti zdravotná poisťovňa spracúva poistencom poskytnuté osobné údaje. Na spracovanie osobných údajov, vrátane osobitných kategórií údajov, sa nevyžaduje súhlas poistenca (§ 16 ods. 7).

§ 6a

Kladný výsledok hospodárenia zdravotnej poisťovne

(1) Zdravotná poisťovňa môže nakladať s kladným výsledkom hospodárenia pri vykonávaní verejného zdravotného poistenia za podmienok ustanovených týmto zákonom.

(2) Súčet položiek z účtovnej závierky zdravotnej poisťovne z výkazu ziskov a strát, ktorými sú náklady na poistné plnenia, zmena stavu iných technických rezerv okrem zmeny stavu rezervy na prerozdeľovanie poistného a ostatné technické náklady okrem prijatých a zaplatených úrokov a okrem nákladov na prerozdeľovanie poistného, znížený o ostatné technické výnosy okrem prijatých a zaplatených úrokov a okrem výnosov z prerozdeľovania poistného, musí byť vo výške najmenej súčtu koeficientu podľa odseku 5 a 95,1 % z predpísaného poistného v hrubej výške upraveného o vplyv prerozdeľovania poistného za účtovné obdobie, za ktoré sa upravuje výsledok hospodárenia (ďalej len „náklady na zdravotnú starostlivosť“), ak v odseku 11 nie je uvedené inak. Náklady na zdravotnú starostlivosť možno znížiť o primeraný výsledok hospodárenia podľa odseku 6. Primeraným výsledkom hospodárenia sa rozumie zisk, ktorý vychádza z vývoja obvyklého podielu zisku na ekonomicky oprávnených nákladoch s prihliadnutím na kvalitu, na riziká vyplývajúce z verejného zdravotného poistenia, vývoj verejného zdravotného poistenia a na ochranu poistenca a ktorý zohľadňuje aj rozsah potrebných investícií na zabezpečenie dlhodobej prevádzkyschopnosti siete poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Ekonomicky oprávnenými nákladmi sa rozumejú náklady preukázateľne a v nevyhnutnom rozsahu vynaložené na vykonávanie verejného zdravotného poistenia.

(3) Ekonomicky oprávnenými nákladmi sú aj

a) príspevok na činnosti operačných stredísk tiesňového volania záchrannej zdravotnej služby (§ 8a),

b) príspevok na činnosť úradu (§ 30),

c) dane a poplatky odvádzané do štátneho rozpočtu,

d) suma, o ktorú bol limit spoluúčasti prekročený [§ 6 ods. 1 písm. s)],

e) príspevok na činnosť Národného centra zdravotníckych informácií (ďalej len „národné centrum“) (§ 8b),

f) refundácia úhrady pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti v rámci ústavnej pohotovostnej služby podľa osobitného predpisu,[18c])

g) príspevok na činnosť Národného inštitútu pre hodnotu a technológie v zdravotníctve[18d]) (ďalej len „inštitút“) (§ 15a).

(4) Predpísané poistné v hrubej výške je úhrn predpísaného poistného zaúčtovaného v účtovnom období, v ktorom sa kladný výsledok hospodárenia vytvoril, podľa auditovanej účtovnej závierky. Vplyv prerozdeľovania poistného je súčet všetkých výnosov súvisiacich s mesačným prerozdeľovaním preddavkov na poistné a ročným prerozdeľovaním poistného znížený o súčet

všetkých nákladov súvisiacich s mesačným prerozdeľovaním preddavkov na poistné a ročným prerozdeľovaním poistného, ktoré zdravotná poisťovňa zaúčtovala v kalendárnom roku na základe rozhodnutia úradu alebo ako rezervu, ak nemala v čase účtovnej závierky rozhodnutie úradu k dispozícii.

(5) Koeficient je percento, ktoré sa vypočíta ako podiel, v ktorého čitateli je počet poistencov zdravotnej poisťovne k 1. januáru kalendárneho roka, a v menovateli číslo 1 500 000.

(6) Primeraný výsledok hospodárenia je 1 % z predpísaného poistného v hrubej výške upraveného o vplyv prerozdeľovania poistného.

(7) Ak zdravotná poisťovňa dosiahne kladný výsledok hospodárenia, ktorý je po zdanení a po vykonaní povinného doplnenia rezervného fondu (§ 15 ods. 5) (ďalej len „upravený výsledok hospodárenia“) vyšší ako primeraný výsledok hospodárenia, rozdiel medzi upraveným výsledkom hospodárenia a primeraným výsledkom hospodárenia podľa odseku 6, je zdravotná poisťovňa povinná použiť na tvorbu alebo doplnenie fondu kvality zdravia.

(8) Prostriedky fondu kvality zdravia musí zdravotná poisťovňa použiť do dvoch rokov od skončenia účtovného obdobia, z ktorého rozdielu medzi upraveným výsledkom hospodárenia a primeraným výsledkom hospodárenia bol vytvorený, na úhradu

a) liekov podľa osobitného predpisu,[18e])

b) skríningu zameraného na zachytenie onkologickej choroby,[18ea])

c) nákladov spojených s realizáciou činností pri preventívnych programoch alebo programoch zdravia

1. vykonávaných podľa tohto zákona alebo osobitného predpisu,[18eb]) ktorých cieľom je zlepšenie zdravia poistencov, zabránenie zhoršovania zdravia poistencov, alebo podpora zdravého spôsobu života poistencov,

2. zameraných na zvyšovanie kvality a efektivity poskytovanej zdravotnej starostlivosti alebo

d) zdravotných výkonov, ktoré nie sú uvedené v Katalógu zdravotných výkonov, a na ktorých úhradu udelil revízny lekár zdravotnej poisťovne predchádzajúci súhlas.[18ec])

(9) Suma vypočítaná podľa odseku 8 vložená do fondu kvality zdravia sa v roku jej použitia nezapočítava do nákladov na zdravotnú starostlivosť posudzovaných podľa odseku 2.

(10) Ak v ktoromkoľvek z predchádzajúcich účtovných období nebol dosiahnutý primeraný výsledok hospodárenia, zdravotná poisťovňa môže v účtovnom období, kedy primeraný výsledok hospodárenia dosiahnutý bol, znížiť sumu pre doplnenie fondu kvality zdravia najviac do výšky 1,5 % z predpísaného poistného v hrubej výške upraveného o vplyv prerozdeľovania poistného, pričom už raz takto odpočítanú sumu nemožno použiť na zníženie sumy pre doplnenie fondu kvality zdravia opakovane.

(11) Ak ide o zdravotnú poisťovňu, ktorá má povolenie, a má v priemere za každý kalendárny mesiac podľa údajov v centrálnom registri poistencov do 1 000 000 poistencov, náklady na zdravotnú starostlivosť predstavujú súčet položiek z účtovnej závierky zdravotnej poisťovne z výkazu ziskov a strát, ktorými sú náklady na poistné plnenia, zmena stavu iných technických rezerv okrem zmeny stavu rezervy na prerozdeľovanie poistného a ostatné technické náklady

okrem prijatých a zaplatených úrokov a okrem nákladov na prerozdeľovanie poistného, znížený o ostatné technické výnosy okrem prijatých a zaplatených úrokov a okrem výnosov z prerozdeľovania poistného, ktorý musí byť najmenej vo výške súčtu koeficientu podľa odseku 5 a 94,3 % z predpísaného poistného v hrubej výške upraveného o vplyv prerozdeľovania poistného za účtovné obdobie, za ktoré sa upravuje výsledok hospodárenia.

(12) Náklady na zdravotnú starostlivosť, ktoré sú poistencovi uhrádzané podľa osobitného predpisu,[18ed]) vstupujú do nákladov na zdravotnú starostlivosť podľa odseku 2 najviac vo výške 0,5 % z predpísaného poistného v hrubej výške.

§ 6b

Povinnosti zdravotnej poisťovne pri zdravotnej starostlivosti poskytnutej v inom členskom štáte

(1) Zdravotná poisťovňa je povinná poskytovať súčinnosť národnému kontaktnému miestu pre cezhraničnú zdravotnú starostlivosť (§ 20d) (ďalej len „národné kontaktné miesto“).

(2) Zdravotná poisťovňa pri schvaľovaní žiadosti o preplatenie nákladov zdravotnej starostlivosti postupuje podľa osobitného predpisu.[18k])

(3) Zdravotná poisťovňa je povinná poskytovať ministerstvu zdravotníctva a úradu v súvislosti s poskytovaním cezhraničnej zdravotnej starostlivosti informácie o poistencoch, ktorým bola poskytnutá zdravotná starostlivosť v inom členskom štáte v členení na zdravotnú starostlivosť podľa osobitných predpisov[18l]) a cezhraničnú zdravotnú starostlivosť v elektronickej podobe najneskôr do 15. februára nasledujúceho kalendárneho roka za predchádzajúci kalendárny rok, a to zoznam

a) žiadostí o preplatenie nákladov[18m]) za poskytnutú zdravotnú starostlivosť v inom členskom štáte, ktoré boli v predchádzajúcom kalendárnom roku preplatené jednotlivo za každého poistenca v rozsahu

1. poradové číslo,

2. číslo žiadosti,

3. identifikačné číslo poistenca,

4. druh žiadosti, cezhraničná zdravotná starostlivosť alebo zdravotná starostlivosť podľa osobitných predpisov,[18l])

5. dátum prijatia žiadosti,

6. štát poskytnutia zdravotnej starostlivosti,

7. dátum poskytnutia zdravotnej starostlivosti,

8. forma poskytovania zdravotnej starostlivosti, ambulantná zdravotná starostlivosť alebo ústavná zdravotná starostlivosť,

9. dátum preplatenia nákladov,[18m])

10. suma zaplatená poistencom,

11. mena členského štátu,

12. suma preplatená poistencovi zdravotnou poisťovňou,

13. spôsob preplatenia vo výške nákladov ako v Slovenskej republike alebo vo výške nákladov, ktoré uhrádza inštitúcia, ktorá vykonáva sociálne zabezpečenie v inom členskom štáte, ak ide o zdravotnú starostlivosť podľa osobitných predpisov,[18l])

b) žiadostí o udelenie súhlasu na poskytnutie zdravotnej starostlivosti podľa osobitných predpisov[18l]) alebo žiadostí o udelenie predchádzajúceho súhlasu na cezhraničnú zdravotnú starostlivosť[18n]) v rozsahu

1. poradové číslo,

2. číslo žiadosti,

3. identifikačné číslo poistenca,

4. druh žiadosti, cezhraničná zdravotná starostlivosť alebo zdravotná starostlivosť podľa osobitných predpisov,[18l])

5. súhlas vydaný vopred, súhlas vydaný dodatočne alebo súhlas udelený po rozhodnutí úradu,

6. dátum prijatia žiadosti,

7. štát poskytnutia zdravotnej starostlivosti,

8. dátum poskytnutia zdravotnej starostlivosti, ak ide o dodatočný súhlas,

9. suma predpokladaných nákladov,

10. mena členského štátu,

11. forma poskytovania zdravotnej starostlivosti, ambulantná zdravotná starostlivosť alebo ústavná zdravotná starostlivosť,

12. dátum udelenia súhlasu na poskytnutie zdravotnej starostlivosti podľa osobitných predpisov[18l]) alebo dátum udelenia predchádzajúceho súhlasu na cezhraničnú zdravotnú starostlivosť,[18n])

13. dátum neudelenia súhlasu na poskytnutie zdravotnej starostlivosti podľa osobitných predpisov[18l]) alebo dátum neudelenia predchádzajúceho súhlasu na cezhraničnú zdravotnú starostlivosť,[18n])

14. dôvody neudelenia súhlasu na poskytnutie zdravotnej starostlivosti podľa osobitných predpisov[18l]) alebo dôvody neudelenia predchádzajúceho súhlasu na cezhraničnú zdravotnú starostlivosť,[18n])

c) podaných odvolaní proti rozhodnutiu o neudelení súhlasu na poskytovanie zdravotnej starostlivosti podľa osobitných predpisov,[18l]) podaných odvolaní proti rozhodnutiu o neudelení predchádzajúceho súhlasu na cezhraničnú zdravotnú starostlivosť[18n]) alebo podaných odvolaní proti rozhodnutiu o neudelení dodatočného súhlasu na poskytovanie zdravotnej starostlivosti podľa osobitných predpisov,[18l]) v rozsahu

1. poradové číslo,

2. číslo žiadosti,

3. identifikačné číslo poistenca,

4. dátum prijatia odvolania,

5. odôvodnenie odvolania,

6. dátum predloženia odvolania na úrad,

7. dátum udelenia súhlasu na poskytnutie zdravotnej starostlivosti podľa osobitných predpisov[18l]) alebo dátum udelenia predchádzajúceho súhlasu na cezhraničnú zdravotnú starostlivosť,[18n])

8. dôvod zmeny rozhodnutia,

d) poistencov, ktorým bola poskytnutá pokračujúca zdravotná starostlivosť[18o]) v Slovenskej republike, v rozsahu

1. poradové číslo,

2. identifikačné číslo poistenca,

3. dátum poskytnutia zdravotnej starostlivosti,

4. diagnóza.

(4) Formu, vzory výkazov a štruktúru výkazov podľa odseku 3 v elektronickej podobe zverejňuje ministerstvo zdravotníctva na svojom webovom sídle.

§ 7

Uzatváranie zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

(1) Zdravotná poisťovňa je povinná uzatvárať zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti najmenej v rozsahu verejnej minimálnej siete poskytovateľov[19]) a verejnej optimálnej siete poskytovateľov primárnej špecializovanej gynekologickej ambulantnej starostlivosti a poskytovateľov špecializovanej ambulantnej starostlivosti[19aa]) (ďalej len „optimálna sieť“). Ak je verejná sieť poskytovateľov[19a]) na príslušnom území menšia ako verejná minimálna sieť poskytovateľov,[19]) zdravotná poisťovňa je povinná uzatvárať zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti v rozsahu verejnej siete poskytovateľov.[19a]) Ak je verejná sieť poskytovateľov primárnej špecializovanej gynekologickej ambulantnej starostlivosti[19b]) a poskytovateľov špecializovanej ambulantnej starostlivosti[19c]) na príslušnom území menšia ako optimálna sieť, je zdravotná poisťovňa povinná uzatvárať zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti v rozsahu verejnej siete poskytovateľov primárnej špecializovanej gynekologickej ambulantnej starostlivosti[19b]) a poskytovateľov špecializovanej ambulantnej starostlivosti.[19c])

(2) Zdravotná poisťovňa je povinná uzatvoriť zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s každým poskytovateľom všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti,[20]) ak má uzatvorenú

dohodu o poskytovaní všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti[21]) najmenej s jedným jej poistencom. Zdravotná poisťovňa je povinná uzatvárať zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s každým organizátorom pre každú ambulanciu pevnej ambulantnej pohotovostnej služby a pre každú ambulanciu doplnkovej ambulantnej pohotovostnej služby. Zdravotná poisťovňa je povinná uzatvárať zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s každým poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, ktorý je držiteľom povolenia na poskytovanie mobilného odberového miesta, s každým držiteľom rozhodnutia o nariadení vytvorenia mobilného odberového miesta, s každým poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, ktorý je držiteľom povolenia na prevádzkovanie epidemiologickej ambulancie, a s každým organizátorom, ktorému bolo vydané rozhodnutie o dočasnej zmene povolenia na prevádzkovanie ambulancie pevnej ambulantnej pohotovostnej služby. Zdravotná poisťovňa je povinná uzatvoriť zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti aj vtedy, ak je naplnená verejná optimálna sieť poskytovateľov špecializovanej ambulantnej starostlivosti podľa osobitného predpisu[21a]) poskytovanej v špecializovanej ambulancii[21b]) v okrese, a zároveň nie je naplnená verejná optimálna sieť poskytovateľov špecializovanej ambulantnej starostlivosti podľa osobitného predpisu poskytovanej v špecializovanej ambulancii v samosprávnom kraji, a to v rozsahu do naplnenia verejnej optimálnej siete poskytovateľov špecializovanej ambulantnej starostlivosti podľa osobitného predpisu poskytovanej v špecializovanej ambulancii v samosprávnom kraji.

(3) Zdravotná poisťovňa je povinná uzatvárať zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s každým poskytovateľom lekárenskej starostlivosti,[22]) s každým poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, ktorý má povolenie na prevádzkovanie ambulancie záchrannej zdravotnej služby (ďalej len „poskytovateľ záchrannej zdravotnej služby") a s každým poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, ktorý nie je verejne dostupný a poskytuje zdravotnú starostlivosť poistencom vo väzbe, výkone trestu odňatia slobody alebo vo výkone detencie.

(4) Zdravotná poisťovňa je povinná

a) stanoviť a uverejňovať na úradnej tabuli alebo na inom verejne prístupnom mieste a na svojej internetovej stránke najmenej jedenkrát za deväť mesiacov kritériá na uzatváranie zmlúv podľa odseku 1 vzťahujúce sa na

1. personálne a materiálno-technické vybavenie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti,

2. indikátory kvality (ďalej len „indikátory"), ktoré slúžia na monitoring vybratých oblastí poskytovania zdravotnej starostlivosti,

b) vytvoriť poradie poskytovateľov zdravotnej starostlivosti podľa ich úspešnosti pri plnení kritérií podľa písmena a), okrem poskytovateľov lekárenskej starostlivosti a prevádzkovateľov prírodných liečebných kúpeľov a kúpeľných liečební,

c) pri uzatváraní zmlúv podľa odseku 1 zohľadniť poradie poskytovateľov zdravotnej starostlivosti podľa písmena b).

(5) Indikátory sa vypracúvajú na hodnotenie týchto oblastí poskytovania zdravotnej starostlivosti:

a) dostupnosti zdravotnej starostlivosti,

b) efektívnosti využitia zdrojov,

c) účinnosti a primeranosti zdravotnej starostlivosti,

d) vnímania poskytnutej zdravotnej starostlivosti osobou, ktorej sa zdravotná starostlivosť poskytuje,

e) výsledkov zdravotnej starostlivosti.

(6) Indikátory vypracúva ministerstvo zdravotníctva v spolupráci s

a) odbornými spoločnosťami,

b) zdravotnými poisťovňami,

c) úradom.

(7) Ak osobitný zákon neustanovuje inak,[23]) indikátory vydáva vláda nariadením; nariadenie vlády ustanoví

a) označenie druhu poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, ktorý bude indikátorom hodnotený,

b) označenie oblasti zdravotnej starostlivosti, na ktorej hodnotenie indikátor slúži,

c) názov indikátora,

d) popis indikátora,

e) úroveň indikátora a prípustnú odchýlku,

f) určenie časového obdobia, za ktoré bude indikátor hodnotený,

g) označenie zdroja údajov, z ktorých bude indikátor spracovaný.

(8) Ministerstvo zdravotníctva metodickým pokynom usmerní

a) formát údajov, ktoré je poskytovateľ zdravotnej starostlivosti povinný poskytnúť zdravotnej poisťovni pre vyhodnotenie indikátora,

b) metodiku spôsobu získania výslednej hodnoty indikátora (obsah čitateľa, obsah menovateľa, spôsob výpočtu vrátane štandardizácie, ak je potrebná),

c) formu prezentácie indikátora,

d) spôsob interpretácie indikátora.

(9) Zmluva o poskytovaní zdravotnej starostlivosti musí obsahovať

a) kritériá podľa odseku 4 písm. a),

b) rozsah zdravotnej starostlivosti; ak ide o poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti, do rozsahu zdravotnej starostlivosti sa uvádzajú povinné medicínske programy[23a]) a doplnkové medicínske programy,[23b]) ak ich ministerstvo schválilo, a podmienky ustanovené kategorizáciou ústavnej zdravotnej starostlivosti podľa osobitného zákona,[23c])

c) výšku úhrady za zdravotnú starostlivosť, ktorá nesmie byť vyššia ako maximálna cena ustanovená cenovým predpisom,[24]) ak nie je v písmene e) ustanovené inak,

d) splatnosť úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť, ak sa dohodla inak, ako je ustanovené v § 8 ods. 2,

e) spôsob určenia výšky úhrady za poskytnutú ústavnú zdravotnú starostlivosť[24aaa]) a za poskytnutú ambulantnú zdravotnú starostlivosť v zariadení jednodňovej zdravotnej starostlivosti, pre ktorú bol kategorizáciou ústavnej zdravotnej starostlivosti ustanovený minimálny počet medicínskych služieb,[24aab]) podľa klasifikačného systému diagnosticko-terapeutických skupín (ďalej len „klasifikačný systém“), ak sa zdravotná poisťovňa dohodla s poskytovateľom ústavnej zdravotnej starostlivosti[24aaba]) alebo s poskytovateľom jednodňovej zdravotnej starostlivosti[24aabb]) na úhrade zdravotnej starostlivosti podľa klasifikačného systému, ak osobitný zákon neustanovuje inak,[24aabc])

f) dohoda o úhrade zdravotných výkonov poskytovaných poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, ktorý je držiteľom povolenia na prevádzkovanie zariadenia spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek[24aac]) (ďalej len „zariadenie spoločných zložiek“), poskytovateľovi ústavnej zdravotnej starostlivosti alebo zariadeniu spoločných zložiek, ak sa zdravotná poisťovňa dohodla s poskytovateľom ústavnej zdravotnej starostlivosti na úhrade ústavnej zdravotnej starostlivosti podľa klasifikačného systému (§ 8c),

g) dohodu o úhrade humánnych liekov, zdravotníckych pomôcok, dietetických potravín a zdravotných výkonov poskytnutých zariadením spoločných zložiek, ktoré lekár predpísal alebo indikoval pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti počas doplnkových ordinačných hodín[16k]) alebo počas poskytovania domácej starostlivosti na žiadosť osoby,[16l]) ak ide o poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, ktorý poskytuje zdravotnú starostlivosť v doplnkových ordinačných hodinách[16k]) alebo ktorý poskytuje domácu zdravotnú starostlivosť na žiadosť osoby.[16l])

(10) Zmluva o poskytovaní zdravotnej starostlivosti musí mať písomnú formu; uzatvára sa najmenej na 12 mesiacov.

(11) Zdravotná poisťovňa je oprávnená vypovedať zmluvu, ak

a) poskytovateľ zdravotnej starostlivosti porušil podmienky zmluvy,

b) sa k 31. decembru kalendárneho roka zmenilo poradie poskytovateľov zdravotnej starostlivosti vo vzťahu k plneniu kritérií podľa odseku 4 písm. a),

c) má možnosť zabezpečiť zdravotnú starostlivosť v súlade s požiadavkami podľa odseku 4 s iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti za úhradu, ktorá je nižšia ako úhrada dohodnutá v zmluve podľa odseku 9 písm. c) (ďalej len „nižšia cena“), nižšiu cenu uverejnila podľa odseku 12 prvej vety a poskytovateľ zdravotnej starostlivosti, s ktorým má uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, v lehote ustanovenej v odseku 12 druhej vete nepodal návrh zdravotnej poisťovni na zníženie výšky úhrady za zdravotnú starostlivosť pod úroveň nižšej ceny,

d) odchýlka indikátorov poskytovateľa potvrdená kontrolou kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti, ktorú vykonala zdravotná poisťovňa (ďalej len „kontrola kvality“), je opakovaná a štatisticky významná.

(12) Zdravotná poisťovňa je povinná dvakrát ročne, vždy k 30. júnu a k 31. decembru, uverejniť na úradnej tabuli alebo na inom verejne prístupnom mieste v zdravotnej poisťovni a na svojej internetovej stránke nižšiu cenu [odsek 11 písm. c)], ak ju od poskytovateľa zdravotnej starostlivosti dostane najmenej sedem dní pred dátumom uverejnenia. Poskytovateľ zdravotnej

starostlivosti, s ktorým má zdravotná poisťovňa uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, je oprávnený do 30 dní odo dňa uverejnenia nižšej ceny podať návrh zdravotnej poisťovni na novú výšku úhrady za zdravotnú starostlivosť [odsek 9 písm. c)], ktorá je nižšia ako nižšia cena; takýto návrh je zdravotná poisťovňa povinná prijať najneskôr do siedmich dní od jeho prijatia.

(13) Ak zdravotná poisťovňa dohodne s poskytovateľom zdravotnej starostlivosti výšku úhrady za zdravotnú starostlivosť [odsek 9 písm. c)] vo výške nižšej ceny alebo pod úroveň nižšej ceny, takto dohodnutú výšku úhrady nemožno zmeniť počas 12 mesiacov odo dňa uzatvorenia novej dohody o výške úhrady za zdravotnú starostlivosť.

(14) Ak je rozdiel medzi výškou úhrady za zdravotnú starostlivosť dohodnutou podľa odseku 13 a nižšou cenou väčší ako 10 %, zdravotná poisťovňa a poskytovateľ zdravotnej starostlivosti sú povinní o tejto skutočnosti informovať úrad a predložiť mu kalkuláciu ceny.

(15) Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti je oprávnený vypovedať zmluvu, ak

a) zdravotná poisťovňa porušila podmienky zmluvy,

b) má možnosť uzatvoriť zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s inou zdravotnou poisťovňou za vyššiu cenu.

(16) Po uplynutí minimálnej doby trvania zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti podľa odseku 10 zdravotná poisťovňa a poskytovateľ zdravotnej starostlivosti sú oprávnení vypovedať zmluvu aj z iných dôvodov, ako sú uvedené v odsekoch 11 a 15, ak sa tak dohodnú v zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Výpoveď zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti musí byť písomná. Výpovedná lehota je 12 mesiacov, ak zmluva neurčuje inak; začína plynúť prvým dňom mesiaca nasledujúceho po mesiaci, v ktorom bola výpoveď doručená.

(17) Ustanovenia odseku 4, odseku 9 písm. a), odseku 11 písm. b) a c) a odseku 15 písm. b) sa nevzťahujú na zmluvy uzatvorené s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti podľa odseku 2.

(18) Ustanovenia odseku 4, odseku 9 písm. a), odseku 11 písm. b) a c) a odseku 15 písm. b) sa nevzťahujú na zmluvy uzatvorené s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti podľa odseku 3 a s poskytovateľmi, ktorí majú vydané povolenie na prevádzkovanie ambulancie dopravnej zdravotnej služby.

(19) Osobitné podmienky uzatvárania zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s poskytovateľmi lekárenskej starostlivosti ustanovuje osobitný predpis.[24a])

(20) Zmluva o poskytovaní zdravotnej starostlivosti môže obsahovať aj dohodu o vzájomnom poskytovaní údajov o poskytnutej zdravotnej starostlivosti (§ 8 ods. 1) vrátane údajov uvedených v žiadankách na vyšetrenia spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek, v elektronických žiadankách na vyšetrenia spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek, v preskripčných záznamoch, v dispenzačných záznamoch, lekárskych predpisoch, lekárskych poukazoch v rozsahu ustanovenom osobitným predpisom[24aa]) údajov o zaradení poistenca do zoznamu poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti a údajov z návrhov na poskytnutie zdravotnej starostlivosti alebo lekárenskej starostlivosti, ktoré posudzuje zdravotná poisťovňa pred jej poskytnutím, ak ide o zdravotnú starostlivosť poskytnutú poistencom na účely výkonu analytickej, poradenskej a kontrolnej činnosti zdravotnej poisťovne a vedenia účtu poistenca. Na účely správneho poskytnutia zdravotnej starostlivosti je poskytovateľ zdravotnej starostlivosti oprávnený vyžiadať si v nevyhnutnom rozsahu údaje podľa prvej vety o

poistencovi, ktoré má jeho príslušná poisťovňa, alebo si tieto údaje overiť v zdravotnej poisťovni. Vyžiadanie, ako aj vyžiadané údaje sa poskytujú elektronicky z informačného systému zdravotnej poisťovne a z informačného systému poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, v ktorých sú spracovávané.

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

(22) Ďalšie podmienky pri uzatváraní zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s poskytovateľom ústavnej zdravotnej starostlivosti, ktorý má vydané povolenie na prevádzkovanie všeobecnej nemocnice alebo povolenie na prevádzkovanie špecializovanej nemocnice, ustanovuje osobitný predpis.[24aaba])

(23) Zdravotná poisťovňa uhradí poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti paušálnu platbu v dohodnutej výške, po splnení podmienok dohodnutých v zmluve podľa ustanovení tohto paragrafu a podľa § 7a za dohodnuté obdobie za osobu, s ktorou má poskytovateľ zdravotnej starostlivosti uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, ktorá sa zapisuje do registra dohôd o poskytovaní zdravotnej starostlivosti[24aabd]) vedeného národným centrom, hoci poskytovateľ zdravotnej starostlivosti v dohodnutom časovom období neposkytol osobe žiadnu zdravotnú starostlivosť alebo zdravotné výkony[24aabe])(ďalej len „kapitácia“). Pri vyhodnocovaní zmluvne dohodnutých kritérií na splnenie nároku na kapitáciu sú pre zdravotnú poisťovňu rozhodujúce údaje zapísané v registri dohôd v národnom zdravotníckom informačnom systéme.

§ 7a

Uzatváranie zmlúv o poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti v zariadení sociálnej pomoci

(1) Zdravotná poisťovňa je povinná na príslušný rozpočtový rok uzatvoriť v rozsahu minimálneho počtu lôžok určených podľa odseku 4 zmluvy o poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti so zariadeniami sociálnej pomoci na základe písomných žiadostí jednotlivých zariadení sociálnej pomoci o uzatvorenie zmluvy o poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti v zariadení sociálnej pomoci, ak

a) sa má ošetrovateľská starostlivosť poskytovať osobám, ktorým sa poskytuje sociálna služba alebo starostlivosť v zariadení sociálnej pomoci a ktoré spĺňajú indikačné kritériá na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti podľa osobitného predpisu,[24b])

b) zariadenie sociálnej pomoci má určenú osobu zodpovednú za poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti v zariadení sociálnej pomoci podľa osobitného predpisu,[24c])

c) v zariadení sociálnej pomoci poskytuje ošetrovateľskú starostlivosť najmenej jedna sestra, ktorá spĺňa požiadavky podľa osobitného predpisu[24d]) a nie je osobou podľa písmena b), a

d) zariadenie sociálnej pomoci spĺňa základné materiálno-technické vybavenie podľa osobitného predpisu[24e]) a poskytuje ošetrovateľskú starostlivosť správne podľa osobitného predpisu.[24f])

(2) Zmluva o poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti v zariadení sociálnej pomoci sa uzatvára najmenej na 12 mesiacov, musí mať písomnú formu a musí obsahovať

a) rozsah ošetrovateľskej starostlivosti,

b) výšku úhrady za ošetrovateľskú starostlivosť ustanovenú cenovým predpisom[24]) a

c) splatnosť úhrady za poskytnutú ošetrovateľskú starostlivosť podľa § 8 ods. 2.

(3) Zdravotná poisťovňa je oprávnená vypovedať zmluvu o poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti v zariadení sociálnej pomoci, ak

a) zariadenie sociálnej pomoci prestalo spĺňať podmienky na uzatvorenie zmluvy podľa odseku 1,

b) sa preukázalo, že v zariadení sociálnej pomoci sa neposkytuje ošetrovateľská starostlivosť správne,[24f]) alebo

c) sa preukázalo, že zariadenie sociálnej pomoci nevedie zdravotnú dokumentáciu podľa osobitného predpisu.[24g])

(4) Minimálny počet lôžok na účely poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnej pomoci uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia na príslušný rozpočtový rok sa ustanovuje vždy na obdobie od 1. januára do 31. decembra príslušného roka a musí zabezpečovať medziročný nárast počtu týchto lôžok najmenej o 200 lôžok. Minimálny počet lôžok na účely poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnej pomoci podľa predchádzajúcej vety a výpočet minimálneho počtu lôžok pre príslušnú zdravotnú poisťovňu podľa podielu jej poistencov na celkovom počte poistencov podľa príslušného samosprávneho kraja a na Slovenskú republiku na príslušný rozpočtový rok ustanoví všeobecne záväzný právny predpis, ktorý vydá ministerstvo zdravotníctva po dohode s Ministerstvom práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky a ktorý sa vyhlási v Zbierke zákonov Slovenskej republiky najneskôr do 30. júna kalendárneho roka predchádzajúceho príslušnému kalendárnemu roku.

(5) Zdravotná poisťovňa, ktorá nenaplní minimálny počet lôžok v jednotlivých samosprávnych krajoch za príslušný rozpočtový rok a eviduje žiadosti o uzatvorenie zmluvy o poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti v zariadení sociálnej pomoci od zariadení sociálnej pomoci, ktorým nevyhovela z dôvodu naplnenia minimálneho počtu lôžok v príslušnom samosprávnom kraji, je povinná uzatvoriť zmluvy o poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti v zariadení sociálnej pomoci so zariadeniami sociálnej pomoci z iných samosprávnych krajov až do naplnenia celkového minimálneho počtu lôžok za príslušný rozpočtový rok na Slovenskú republiku.

(6) Medziročný nárast počtu lôžok najmenej o 200 lôžok sa ukončí, keď minimálny počet lôžok dosiahne číslo 25 000.

§ 7b

Uzatváranie zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti na urgentnom príjme 1. typu alebo na urgentnom príjme 2. typu

Zdravotná poisťovňa je povinná uzatvoriť zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s každým poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, ktorý

a) je súčasťou pevnej siete poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti,[24ba])

b) poskytuje urgentnú zdravotnú starostlivosť na urgentnom príjme 1. typu alebo na urgentnom príjme 2. typu a

c) spĺňa minimálne požiadavky na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie podľa osobitného predpisu.[24bb])

§ 7c

Spoločné ustanovenia k uzatváraniu zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

(1) Ministerstvo zdravotníctva po prerokovaní so zástupcami poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, zariadení sociálnej pomoci, zdravotnými poisťovňami a zástupcami odborovej organizácie zastupujúcej zdravotníckych pracovníkov vydá všeobecne záväzný právny predpis, ktorým ustanoví

a) spôsob a formu uvedenia výšky úhrady podľa § 7 ods. 9 písm. c) v zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti tak, aby bolo možné vzájomné porovnanie týchto úhrad medzi jednotlivými poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti a zariadeniami sociálnej pomoci,

b) vzory zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (§ 7 až § 7b),

c) minimálnu úhradu za poskytnutú zdravotnú starostlivosť vo výške ekonomicky oprávnených nákladov,

d) ekonomicky oprávnené náklady podľa písmena c).

(2) Vzory zmlúv ustanovené podľa odseku 1 písm. b) sú pre zdravotnú poisťovňu, poskytovateľa zdravotnej starostlivosti a zariadenie sociálnej pomoci záväzné.

(3) Zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sú zmluvné strany povinné zosúladiť s vykonávacím právnym predpisom podľa odseku 1 do šiestich mesiacov odo dňa jeho účinnosti.

§ 8

Úhrada zdravotnej starostlivosti

(1) Zdravotná poisťovňa uhrádza na základe zmlúv uzatvorených podľa § 7 poskytnutú zdravotnú starostlivosť v rozsahu a za podmienok ustanovených v odseku 25, § 8aa ods. 2 a osobitnými predpismi[25]) podľa dohodnutej ceny [§ 7 ods. 9 písm. c) alebo písm. e)], ak tento zákon neustanovuje inak. Podkladom na úhradu zdravotnej starostlivosti je finančné zúčtovanie podľa § 8aa, ak sa zdravotná poisťovňa s poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (§ 7 a 7a) nedohodnú inak.

(2) Splatnosť úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť je 30 dní odo dňa doručenia účtovného dokladu, ak sa zmluvné strany nedohodli inak.

(3) Ak poskytovateľ zdravotnej starostlivosti nemá uzatvorenú zmluvu s príslušnou zdravotnou poisťovňou poistenca, ktorému sa poskytla neodkladná zdravotná starostlivosť,[17]) má nárok na úhradu za poskytnutú neodkladnú zdravotnú starostlivosť vo výške ceny obvyklej v mieste a v čase jej poskytnutia. Skutočnosť, či ide o neodkladnú zdravotnú starostlivosť, potvrdzuje príslušná zdravotná poisťovňa poistenca.

(4) Splatnosť úhrady podľa odseku 3 je 30 dní odo dňa doručenia účtovného dokladu.

(5) Zdravotná poisťovňa poskytuje poskytovateľovi záchrannej zdravotnej služby preddavok na zdravotnú starostlivosť vo výške zodpovedajúcej podielu jej poistencov na celkovom počte poistencov. Preddavok je splatný do 20. dňa kalendárneho mesiaca predchádzajúceho kalendárnemu mesiacu, na ktorý sa preddavok poskytuje. Spôsob určenia výšky preddavku pre poskytovateľa záchrannej zdravotnej služby ustanoví všeobecne záväzný právny predpis, ktorý vydá ministerstvo zdravotníctva.

(6) Zdravotná poisťovňa uhrádza poskytovateľovi zubno-lekárskej pohotovostnej služby[27]) úhradu za zdravotnú starostlivosť vo výške, ktorú ustanoví vláda nariadením.

(7) Poskytovateľ lekárenskej starostlivosti má v období od vydania povolenia na poskytovanie lekárenskej starostlivosti do uzatvorenia zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti so zdravotnou poisťovňou nárok na úhradu poskytnutej lekárenskej starostlivosti vo výške ceny obvyklej v mieste a v čase jej poskytnutia.

(8) Splatnosť úhrady podľa odseku 7 je 30 dní odo dňa doručenia účtovného dokladu.

(9) Zdravotná poisťovňa uhrádza organizátorovi mesačne paušálnu úhradu za poskytovanie zdravotnej starostlivosti[27g]) v ambulancii pevnej ambulantnej pohotovostnej služby podľa podielu jej poistencov na celkovom počte poistencov a úhradu za poskytnutú zdravotnú starostlivosť v ambulancii pevnej ambulantnej pohotovostnej služby a doplnkovej ambulantnej pohotovostnej služby. Výšku paušálnej úhrady za poskytovanie zdravotnej starostlivosti v ambulancii pevnej ambulantnej pohotovostnej služby, výšku úhrad za poskytnutú zdravotnú starostlivosť v ambulancii pevnej ambulantnej pohotovostnej služby a doplnkovej ambulantnej pohotovostnej služby, spôsob výpočtu a pravidlá výpočtu týchto úhrad ustanoví vláda nariadením.

(10) Ak organizátor patrí do jednej skupiny ovládaných osôb, v ktorej sa prevádzkuje

a) viac ako 20 % a menej ako 50 % zo všetkých pevných ambulancií pevnej ambulantnej pohotovostnej služby,[16h]) patrí mu za jeden pevný bod paušálna úhrada znížená o 30 % alebo

b) aspoň 50 % zo všetkých ambulancií pevnej ambulantnej pohotovostnej služby, patrí mu za jeden pevný bod paušálna úhrada znížená o 50 %.

(12) Podiel zdravotnej poisťovne na celkovom počte poistencov pre príslušný kalendárny rok úrad určí podľa počtu poistencov evidovaných v centrálnom registri poistencov k 1. januáru kalendárneho roka a bez zbytočného odkladu písomne oznámi zdravotnej poisťovni. Ak v priebehu kalendárneho roka dôjde k vzniku, zrušeniu, zlúčeniu, splynutiu zdravotných poisťovní alebo prevodu poistného kmeňa zdravotnej poisťovne na inú zdravotnú poisťovňu, určí úrad a písomne oznámi bez zbytočného odkladu zdravotným poisťovniam upravený podiel zdravotnej poisťovne na celkovom počte poistencov.

(13) Ak odsek 14 neustanovuje inak, zdravotná poisťovňa uhrádza poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti, s ktorým má uzatvorenú zmluvu podľa § 7b, paušálnu úhradu za poskytovanie urgentnej zdravotnej starostlivosti[27aaa]) podľa podielu jej poistencov na celkovom počte poistencov a úhradu za poskytnutú urgentnú zdravotnú starostlivosť v rámci urgentného príjmu 1. typu alebo urgentného príjmu 2. typu. Výšku paušálnej úhrady za poskytovanie urgentnej zdravotnej starostlivosti v rámci urgentného príjmu 1. typu alebo urgentného príjmu 2. typu, výšku úhrady za poskytnutú urgentnú zdravotnú starostlivosť v rámci urgentného príjmu 1. typu

alebo urgentného príjmu 2. typu, spôsob výpočtu a pravidlá výpočtu týchto úhrad ustanoví ministerstvo zdravotníctva všeobecne záväzným právnym predpisom.

(14) Zdravotná poisťovňa uhrádza poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti, s ktorým má uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti na urgentnom príjme 2. typu podľa § 7b a ktorý poskytuje urgentnú zdravotnú starostlivosť v zdravotníckom zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti v pôsobnosti Ministerstva obrany Slovenskej republiky alebo Ministerstva vnútra Slovenskej republiky paušálnu úhradu za poskytovanie urgentnej zdravotnej starostlivosti v rámci urgentného príjmu 1. typu podľa podielu jej poistencov na celkovom počte poistencov a úhradu za poskytnutú urgentnú zdravotnú starostlivosť v rámci urgentného príjmu 1. typu. Výšku paušálnej úhrady za poskytovanie urgentnej zdravotnej starostlivosti v rámci urgentného príjmu 1. typu alebo urgentného príjmu 2. typu, výšku úhrady za poskytnutú urgentnú zdravotnú starostlivosť v rámci urgentného príjmu 1. typu alebo urgentného príjmu 2. typu, spôsob výpočtu a pravidlá výpočtu týchto úhrad ustanoví ministerstvo zdravotníctva všeobecne záväzným právnym predpisom.

(15) Zdravotná poisťovňa uhrádza zariadeniu sociálnej pomoci, s ktorým má uzatvorenú zmluvu podľa § 7a, paušálnu úhradu za poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti v zariadení sociálnej pomoci podľa podielu jej poistencov na celkovom počte poistencov. Splatnosť úhrady za poskytnutú ošetrovateľskú starostlivosť je 30 dní odo dňa doručenia účtovného dokladu, ak sa zmluvné strany nedohodli inak. Výšku paušálnej úhrady za poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti v zariadení sociálnej pomoci ustanoví ministerstvo zdravotníctva všeobecne záväzným právnym predpisom.

(16) Zdravotná poisťovňa uhrádza poskytovateľovi lekárenskej starostlivosti poskytnutú lekárenskú starostlivosť uhrádzanú na základe verejného zdravotného poistenia na základe zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti uzatvorenej podľa § 7 ods. 3. Podkladom na úhradu poskytnutej lekárenskej starostlivosti sú dispenzačné záznamy[27aab]) vytvorené poskytovateľom lekárenskej starostlivosti, ak sa zdravotná poisťovňa s poskytovateľom lekárenskej starostlivosti v zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti nedohodne inak; to sa nevzťahuje na starostlivosť poskytnutú očnou optikou.[27aac])

(17) Finančné zúčtovanie je poskytovateľ povinný zasielať zdravotnej poisťovni len prostredníctvom elektronickej podateľne zdravotnej poisťovne alebo internetového portálu. Poskytovateľ je povinný riadiť sa štandardmi zdravotníckej informatiky.

(18) Zdravotná poisťovňa uhrádza poskytovateľovi, ktorý má vydané povolenie na prevádzkovanie ambulancie dopravnej zdravotnej služby a s ktorým má uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, úhradu za prepravu.[16m])

(19) Zdravotná poisťovňa uhrádza poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti, ktorý má vydané povolenie na prevádzkovanie ambulancie vrtuľníkovej záchrannej zdravotnej služby, úhradu za vykonanú neodkladnú prepravu letúnom.[16n]) Výšku úhrady za vykonanú neodkladnú prepravu letúnom[16n]) ustanoví ministerstvo zdravotníctva všeobecne záväzným právnym predpisom.

(20) Zdravotná poisťovňa uhrádza poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti, ktorý je držiteľom povolenia na prevádzkovanie mobilného odberového miesta, a poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti, ktorý je držiteľom rozhodnutia o nariadení vytvorenia mobilného odberového miesta, úhradu za odber a odoslanie biologického materiálu na vyšetrenie. Zdravotná poisťovňa uhrádza poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti, ktorý je držiteľom povolenia na prevádzkovanie epidemiologickej ambulancie, a organizátorovi, ktorému bolo vydané

rozhodnutie o dočasnej zmene povolenia na prevádzkovanie ambulancie pevnej ambulantnej pohotovostnej služby, mesačne paušálnu úhradu za poskytovanie zdravotnej starostlivosti v epidemiologickej ambulancii.

(21) Zdravotná poisťovňa počas uhrádzania mesačnej paušálnej úhrady organizátorovi, ktorému bolo vydané rozhodnutie o dočasnej zmene povolenia na prevádzkovanie ambulancie pevnej ambulantnej pohotovostnej služby, neuhrádza mesačnú paušálnu úhradu podľa odseku 9.

(22) Zdravotná poisťovňa uhrádza zdravotnú starostlivosť podľa tohto zákona poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti,[27aad]) ktorý poskytuje zdravotnú starostlivosť poistencovi na území Slovenskej republiky na základe súhlasu ministerstva zdravotníctva na dočasný a príležitostný výkon zdravotníckeho povolania, ak o poskytnutí zdravotnej starostlivosti informuje zdravotnú poisťovňu poistenca

a) pred poskytnutím zdravotnej starostlivosti alebo

b) v odôvodnenom prípade bezodkladne po poskytnutí zdravotnej starostlivosti.

(23) Ak poskytovateľ zdravotnej starostlivosti, ktorý je držiteľom povolenia na prevádzkovanie zariadenia na poskytovanie jednodňovej zdravotnej starostlivosti, ktorý má uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti a ktorý poskytuje zdravotnú starostlivosť, pre ktorú bol kategorizáciou ústavnej zdravotnej starostlivosti ustanovený minimálny počet medicínskych služieb[27aada]) (ďalej len „poskytovateľ jednodňovej zdravotnej starostlivosti“), a poskytovateľ jednodňovej zdravotnej starostlivosti nedodržal minimálny počet medicínskych služieb,[27aada]) poskytovateľ jednodňovej zdravotnej starostlivosti má v nasledujúcom kalendárnom roku nárok na čiastočnú úhradu zdravotnej starostlivosti. Zdravotná poisťovňa je povinná uhrádzať zdravotnú starostlivosť podľa prvej vety najmenej vo výške 80 % obvyklej ceny v mieste a v čase jej poskytnutia. Obvyklou cenou v mieste a v čase jej poskytnutia sa na účely tohto zákona rozumie základná sadzba [(§ 67b ods. 3 písm. c)] alebo iná forma úhrady za zdravotnú starostlivosť, pre ktorú je kategorizáciou ústavnej zdravotnej starostlivosti ustanovený minimálny počet medicínskych služieb.[27aada])

(24) Výška úhrady podľa odseku 23 druhej vety sa určí takto:

a) ak poskytovateľ jednodňovej zdravotnej starostlivosti dodržal minimálny počet medicínskych služieb v predchádzajúcom roku na menej ako 20 %, úhrada sa určí vo výške 80 % obvyklej ceny,

b) ak poskytovateľ jednodňovej zdravotnej starostlivosti dodržal minimálny počet medicínskych služieb v predchádzajúcom roku v rozpätí od 20 % do 80 %, úhrada sa rovnomerne zvyšuje od 80 % do 100 % obvyklej ceny podľa miery dodržania podmienky minimálneho počtu medicínskych služieb,

c) ak poskytovateľ jednodňovej zdravotnej starostlivosti dodržal minimálny počet medicínskych služieb v predchádzajúcom roku na viac ako 80 %, úhrada sa určí vo výške 100 % obvyklej ceny.

(25) Zdravotná poisťovňa neuhradí poskytnutú zdravotnú starostlivosť podľa odsekov 1 a 3, ak zúčtovacia dávka neobsahuje identifikačné číslo elektronického zdravotného záznamu[27aadb]) podľa § 8aa ods. 2 písm. g).

§ 8aa

Finančné zúčtovanie

(1) Podkladom na finančné zúčtovanie je účtovný doklad[34]) poskytovateľa zdravotnej starostlivosti a zúčtovacia dávka, ak v odseku 3 alebo osobitnom predpise[24aa]) nie je ustanovené inak.

(2) Zúčtovacia dávka obsahuje

a) identifikačné údaje poistenca v rozsahu meno, priezvisko, dátum narodenia, rodné číslo alebo identifikačné číslo pridelené úradom, identifikačné číslo poistenca v zdravotnej poisťovni, pohlavie, vek poistenca, hmotnosť poistenca do jedného roka veku pri prijatí na ústavnú starostlivosť a ak ide o poistenca iného členského štátu aj údaj o poistení v inom členskom štáte,

b) identifikačné údaje poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, ak ide o právnickú osobu, v rozsahu názov, identifikačné číslo organizácie, kód poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, identifikačné údaje zdravotníckych pracovníkov, ktorí zdravotnú starostlivosť alebo služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti poskytli, v rozsahu meno a priezvisko, číselný kód zdravotníckeho pracovníka a rozsah ich pracovného úväzku,

c) identifikačné údaje poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, ak ide o fyzickú osobu, v rozsahu meno a priezvisko, číselný kód zdravotníckeho pracovníka a rozsah pracovného úväzku,

d) identifikačné údaje zdravotnej poisťovne v rozsahu číselný kód zdravotnej poisťovne,

e) identifikačné údaje zúčtovacej dávky a účtovných dokladov,[34])

f) údaje o poskytnutej zdravotnej starostlivosti zo zdravotnej dokumentácie v rozsahu potrebnom pre vykonanie kontrolnej činnosti podľa § 9 a pre účel uvedený v § 15 ods. 1 písm. e) v rozsahu ustanovenom osobitným predpisom,[24aa])

g) identifikačné číslo elektronického zdravotného záznamu pridelené informačným systémom poskytovateľa zdravotnej starostlivosti,[27aadb]) ak sa zdravotná dokumentácia vedie v elektronickej zdravotnej knižke a v odseku 5 alebo § 86zv nie je ustanovené inak,

h) údaje o predpísaných, vydaných a podaných liekoch, zdravotníckych pomôckach a dietetických potravinách v rozsahu údajov uvedených v lekárskom predpise alebo lekárskom poukaze alebo v rozsahu preskripčných, medikačných a dispenzačných záznamov,

i) údaje o poistencovi zaradenom na dispenzarizáciu podľa osobitného predpisu[27aad]) na účel uvedený v § 6 ods. 1 písm. i),

j) údaje o poistencovi čakajúcom na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti podľa osobitného predpisu,[16aa])

k) údaje o poistencovi, ktorému bola poskytnutá zdravotná starostlivosť v predchádzajúcom mesiaci počas doplnkových ordinačných hodín alebo v rámci domácej starostlivosti podľa osobitného predpisu,[27aae])

l) kód poskytnutej zdravotnej starostlivosti, za ktorú má zdravotná poisťovňa právo uplatniť svoj nárok na úhradu nákladov podľa osobitného predpisu,[27aaf])

m) kód zdravotného výkonu a cenu zdravotného výkonu,

n) dátum začiatku alebo dátum ukončenia kapitácie poistenca, ak ide o úhradu formou kapitácie,

o) identifikačné údaje poistenca v rozsahu podľa písmena a), ktorému bolo poskytnuté očkovanie v rámci lekárenskej starostlivosti.[27aaba])

(3) Zdravotná poisťovňa a poskytovateľ zdravotnej starostlivosti sú oprávnení v zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (§ 7 až 7b) dohodnúť, že

a) podkladom na úhradu zdravotnej starostlivosti z verejného zdravotného poistenia je zúčtovacia dávka vytvorená zdravotnou poisťovňou z elektronických zdravotných záznamov vytvorených poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v elektronickej zdravotnej knižke v rozsahu podľa odseku 2, pričom v tomto prípade nie je poskytovateľ zdravotnej starostlivosti povinný zasielať zúčtovaciu dávku podľa odseku 1 a 2; zdravotná poisťovňa pristupuje za týmto účelom k elektronickým záznamom podľa osobitného predpisu,[24aa])

b) účtovný doklad vyhotoví zdravotná poisťovňa podľa § 6 ods. 2 písm. k) a poskytovateľ zdravotnej starostlivosti potvrdí jeho správnosť postupom podľa § 8 ods. 17,

c) k účtovnému dokladu môžu byť pripojené ďalšie doklady poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, ktorými preukazuje poskytnutie zdravotnej starostlivosti.

(4) Formu a štruktúru zúčtovacej dávky podľa klasifikačného systému v rozsahu podľa odseku 2 určuje ministerstvo zdravotníctva v elektronickej podobe a zverejňuje ju na svojom webovom sídle. Formu a štruktúru zúčtovacej dávky podľa odseku 2, ak nejde o zúčtovaciu dávku podľa klasifikačného systému, určuje úrad v elektronickej podobe metodickým usmernením, ktoré úrad zverejňuje na svojom webovom sídle.

(5) Zúčtovacia dávka podľa odseku 2 nemusí obsahovať identifikačné číslo elektronického zdravotného záznamu podľa odseku 2 písm. g), ak bola zdravotná starostlivosť poskytnutá

a) ako zlúčený klasifikačný prípad podľa § 67b ods. 3 písm. e),

b) fyzickej osobe, ktorá nie je verejne zdravotne poistená v Slovenskej republike,

c) fyzickej osobe, ktorá má za účelom vykazovania poskytnutej zdravotnej starostlivosti pridelené bezvýznamové identifikačné číslo pridelené úradom,

d) žene, ktorá písomne požiadala o utajenie svojej osoby v súvislosti s pôrodom,

e) poistencovi, ktorý nepodal prihlášku na verejné zdravotné poistenie,[27aag])

f) fyzickej osobe, ktorá je verejne zdravotne poistená v Slovenskej republike a nie je zapísaná v registri fyzických osôb,

g) v tkanivovom zariadení v tomto odbornom zameraní s touto skratkou podľa číselníka zdravotníckej informatiky:[27aah])

1. očná banka, skratka 190,

2. biobanka, skratka 213,

3. nemocničná krvná banka, skratka 218,

4. spracovanie, kryokonzervácia a kontrola kvality transplantátov krvotvorných buniek, skratka 703,

5. transplantácia kmeňových krvotvorných buniek, skratka 704,

6. tkanivové zariadenie, skratka 188,

7. organizácia a techniky v tkanivových zariadeniach, skratka 564,

h) v očnej optike v tomto odbornom zameraní s touto skratkou podľa číselníka zdravotníckej informatiky:[27aah])

očný optik, skratka 824

i) vo výdajni audio-protetických pomôcok v tomto odbornom zameraní s touto skratkou podľa číselníka zdravotníckej informatiky:

výdajňa audio-protetických zdravotníckych pomôcok, skratka 996.

§ 8a

Príspevok na zabezpečenie zdravotnej starostlivosti

Zdravotná poisťovňa poukazuje na účet ministerstva zdravotníctva príspevok na činnosti operačných stredísk tiesňového volania záchrannej zdravotnej služby[27a]) v štvrťročných splátkach. Štvrťročné splátky príspevku sa uhrádzajú v kalendárnom roku do 5. januára, 20. apríla, 20. júla a 20. októbra. Výška štvrťročnej splátky je 25 % z výšky príspevku a zaokrúhľuje sa na eurocent nahor. Výška príspevku je 0,40 % zo základu na jej určenie. Základom na určenie výšky príspevku je celková suma z ročného prerozdeľovania poistného[27aa]) uvedená v rozhodnutí o ročnom prerozdeľovaní poistného podľa osobitného prepisu[27b]) zaslanom v predchádzajúcom kalendárnom roku.

§ 8b

Príspevok na činnosť národného centra

Zdravotná poisťovňa poukazuje na účet ministerstva zdravotníctva príspevok na činnosť národného centra[27c]) v štvrťročných splátkach. Štvrťročné splátky príspevku sa uhrádzajú v kalendárnom roku do 5. januára, 20. apríla, 20. júla a 20. októbra. Výška štvrťročnej splátky je 25 % z výšky príspevku a zaokrúhľuje sa na eurocent nahor. Výška príspevku je 0,40 % zo základu na jej určenie. Základom na určenie výšky príspevku je celková suma z ročného prerozdeľovania poistného[27aa]) uvedená v rozhodnutí o ročnom prerozdeľovaní poistného podľa osobitného prepisu[27b]) zaslanom v predchádzajúcom kalendárnom roku.

§ 8c

Úhrada zdravotnej starostlivosti podľa klasifikačného systému

(1) Úhrada podľa klasifikačného systému zahŕňa každú poskytnutú zdravotnú starostlivosť alebo službu súvisiacu s poskytovaním zdravotnej starostlivosti[27f]) poistencovi príslušnej zdravotnej poisťovne v rozsahu podľa osobitného predpisu[58ce]) odo dňa jeho prijatia do ústavnej zdravotnej starostlivosti do dňa jeho prepustenia z ústavnej zdravotnej starostlivosti (ďalej len „hospitalizačný prípad“).

(2) Zdravotná poisťovňa uhrádza poskytovateľovi ústavnej zdravotnej starostlivosti náklady na hospitalizačný prípad, ak

a) zmluva o poskytovaní zdravotnej starostlivosti obsahuje náležitosti podľa § 7 ods. 9 písm. e) a f),

b) počítačový program zdravotnej poisťovne má osvedčenú zhodu podľa § 67d.

(3) Príslušná zdravotná poisťovňa uhrádza zdravotné výkony poskytnuté poistencovi zariadením spoločných zložiek počas poskytovania ústavnej zdravotnej starostlivosti hradenej podľa klasifikačného systému poskytovateľovi ústavnej starostlivosti, kde úhrada za zdravotné výkony zariadenia spoločných zložiek je zahrnutá v celkovej úhrade za poskytnutú ústavnú zdravotnú starostlivosť, alebo zariadeniu spoločných zložiek v závislosti od dohody o úhrade podľa § 7 ods. 9 písm. f).

(4) Ak príslušná zdravotná poisťovňa uhradila zdravotné výkony poskytnuté poistencovi zariadením spoločných zložiek počas poskytovania ústavnej zdravotnej starostlivosti hradenej podľa klasifikačného systému, poskytovateľovi ústavnej zdravotnej starostlivosti a súčasne aj zariadeniu spoločných zložiek, má právo na vrátenie úhrady voči poskytovateľovi ústavnej zdravotnej starostlivosti.

(5) Lehota na splatnosť úhrady podľa § 8 ods. 2 platí rovnako.

§ 8d

Pravidlá uznávania a uhrádzania vykázaných zdravotných výkonov

(1) Zdravotná poisťovňa je povinná uverejniť na svojom webovom sídle pravidlá uznávania a uhrádzania vykázaných zdravotných výkonov uplatňované pri kontrolnej činnosti (ďalej len „pravidlá kontrolnej činnosti“), ktoré majú vplyv na úhradu zdravotnej starostlivosti, a to vo vzťahu ku všetkým typom zdravotnej starostlivosti.

(2) Zdravotná poisťovňa je povinná každú zmenu pravidiel kontrolnej činnosti, zverejnených podľa odseku 1, preukázateľne oznamovať poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti najneskôr 30 dní pred nadobudnutím účinnosti zmeny pravidiel kontrolnej činnosti. Za preukázateľné oznámenie sa považuje zverejnenie informácie o konkrétnej zmene na webovom sídle zdravotnej poisťovne, v elektronickej pobočke zdravotnej poisťovne alebo písomné oznámenie o zmene zaslané poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti, s ktorým má zdravotná poisťovňa uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Počas mimoriadnej situácie, núdzového stavu alebo výnimočného stavu vyhláseného vládou Slovenskej republiky v súvislosti s ohrozením verejného zdravia alebo ohrozením verejného zdravia II. stupňa je zdravotná poisťovňa povinná oznámiť zmenu pravidiel kontrolnej činnosti, zverejnených podľa odseku 1, bezodkladne.

(3) Ak zdravotná poisťovňa neuzná poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti vykázaný zdravotný výkon, je povinná to riadne odôvodniť a poučiť poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o správnom spôsobe vykazovania zdravotného výkonu.

Kontrolná činnosť

§ 9

(1) Zdravotná poisťovňa vykonáva kontrolnú činnosť u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorým uhrádza úhradu za poskytnutú zdravotnú starostlivosť. Zdravotná poisťovňa vykonáva kontrolnú činnosť aj v zariadeniach sociálnej pomoci, s ktorými má uzatvorenú zmluvu podľa § 7a ods. 1. Zdravotná poisťovňa má právo vykonať kontrolu kedykoľvek a bez predchádzajúceho oznámenia.

(2) Zdravotná poisťovňa vykonáva kontrolnú činnosť aj u platiteľov poistného. Ustanovenie odseku 1 poslednej vety platí rovnako.

(3) Zdravotná poisťovňa môže vykonávať kontrolnú činnosť aj ako kontrolu na diaľku; kontrolou na diaľku sa rozumie vyhodnocovanie informácií o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti a platiteľoch poistného (ďalej len „kontrolovaný subjekt“) obsiahnutých v informačnom systéme zdravotnej poisťovne alebo tvoriacich dokumentáciu zdravotnej poisťovne podľa § 16. Kontrolou na diaľku sa rozumie aj vyhodnocovanie elektronických zdravotných záznamov v elektronickej zdravotnej knižke revíznym lekárom, revíznym farmaceutom a revíznou sestrou v rozsahu ustanovenom osobitným predpisom[27d]) alebo vyhodnocovanie elektronických záznamov podľa osobitného predpisu[27da]) informačným systémom zdravotnej poisťovne a poskytovanie výsledkov kontroly poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti. Kontrolou na diaľku sa rozumie aj kontrola údajov sprístupnených elektronicky národným centrom v rozsahu podľa osobitného predpisu[27db]) vrátane zhody identifikačného čísla elektronického zdravotného záznamu v zúčtovacej dávke s identifikačným číslom elektronického zdravotného záznamu v elektronickej zdravotnej knižke, informačným systémom zdravotnej poisťovne. Revízny lekár, revízny farmaceut a revízna sestra pristupujú k elektronickým zdravotným záznamom v elektronickej zdravotnej knižke prostredníctvom elektronického preukazu zdravotníckeho pracovníka.[27e])

(4) Kontrolná činnosť zdravotnej poisťovne u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti je zameraná na účelnosť, efektívnosť a hospodárnosť vynakladania prostriedkov verejného zdravotného poistenia, rozsah a kvalitu poskytovania zdravotnej starostlivosti a na dodržiavanie zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti podľa § 7 až 7b.

(5) Zdravotná poisťovňa vykonáva kontrolnú činnosť u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti revíznymi lekármi, revíznymi farmaceutmi a revíznymi sestrami; ak ide o kontrolu hospodárnosti vynakladania prostriedkov verejného zdravotného poistenia, aj inými zamestnancami poverenými výkonom kontroly.

(6) Revízni lekári kontrolujú

a) rozsah a kvalitu poskytnutej ambulantnej zdravotnej starostlivosti a ústavnej zdravotnej starostlivosti vzhľadom na zdravotný stav poistenca,

b) účtovné doklady a dokumentáciu súvisiacu s rozsahom poskytnutej zdravotnej starostlivosti podľa písmena a),

c) opodstatnenosť zaradenia poistenca do zoznamu a vedenia poistenca v zozname [§ 6 ods. 1 písm. o)],

d) vykazovanie zdravotnej starostlivosti uhrádzanej podľa klasifikačného systému.

(7) Revízni farmaceuti vykonávajú

a) kontrolu predpisovania a výdaja liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín,

b) finančnú a kusovú kontrolu liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín, ktoré plne alebo čiastočne uhrádza zdravotná poisťovňa z prostriedkov verejného zdravotného poistenia.

(8) Revízne sestry kontrolujú

a) rozsah a kvalitu sestrami poskytnutej ošetrovateľskej starostlivosti vzhľadom na zdravotný stav poistenca,

b) účtovné doklady a dokumentáciu súvisiacu s rozsahom poskytnutej ošetrovateľskej starostlivosti podľa písmena a).

(9) Iní zamestnanci poverení výkonom kontroly vykonávajú

a) kontrolu dodržiavania zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti podľa § 7 až 7b,

b) finančnú a kusovú kontrolu liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín, ktoré plne alebo čiastočne uhrádza zdravotná poisťovňa z prostriedkov verejného zdravotného poistenia.

(10) Kontrolná činnosť zdravotnej poisťovne u platiteľov poistného je zameraná na zistenie správnej výšky vymeriavacieho základu, vykázaného poistného, odvádzaných preddavkov na poistné, na zistenie správneho výpočtu ročného zúčtovania poistného a dodržiavania lehoty splatnosti preddavkov na poistné a nedoplatku z ročného zúčtovania poistného.

(11) Na vykonávanie kontrolnej činnosti v zariadeniach sociálnej pomoci sa primerane vzťahujú ustanovenia odsekov 4 až 9.

§ 9a

(1) Revízni lekári, revízni farmaceuti, revízne sestry a iní zamestnanci poverení výkonom kontroly (ďalej len „poverená osoba“) sú pri výkone kontroly

a) povinní preukázať sa služobným preukazom a písomným poverením na výkon kontroly,

b) oprávnení v nevyhnutnom rozsahu

1. vstupovať do objektov, zariadení a prevádzok, na pozemky a do iných priestorov kontrolovaného subjektu, ak bezprostredne súvisia s predmetom kontroly; nedotknuteľnosť obydlia nesmie byť dotknutá výkonom tohto oprávnenia,

2. vyžadovať od kontrolovaného subjektu a jeho zamestnancov, aby jej v určenej lehote poskytovali prvopisy dokladov, vyjadrenia a informácie vrátane technických nosičov údajov potrebné na výkon kontroly,

3. vyžadovať súčinnosť kontrolovaného subjektu a jeho zamestnancov.

(2) Kontrolovaný subjekt je povinný poskytnúť súčinnosť zodpovedajúcu oprávneniam poverenej osoby podľa odseku 1 písm. b).

(3) Poverená osoba je vylúčená z výkonu kontrolnej činnosti, ak so zreteľom na jej vzťah k veci, ku kontrolovanému subjektu alebo k jeho zamestnancom možno mať pochybnosť o jej nezaujatosti.

(4) Ak je poverená osoba vylúčená z výkonu kontrolnej činnosti, nesmie vykonávať kontrolnú činnosť ani úkony súvisiace s kontrolnou činnosťou; svoje vylúčenie z výkonu kontrolnej činnosti a skutočnosti, pre ktoré je vylúčená z výkonu kontrolnej činnosti, je povinná bezodkladne oznámiť zdravotnej poisťovni.

(5) Ak má kontrolovaný subjekt pochybnosť o nezaujatosti poverenej osoby, môže podať zdravotnej poisťovni písomné námietky s uvedením dôvodu. Podanie písomných námietok nemá odkladný účinok.

(6) O oznámení podľa odseku 4 a námietkach podľa odseku 5 rozhodne zdravotná poisťovňa do piatich dní odo dňa doručenia oznámenia a námietok.

§ 9b

(1) Príslušná zdravotná poisťovňa prostredníctvom revízneho lekára môže udeliť súhlas na úhradu zdravotného výkonu, ktorý nie je zaradený v zozname zdravotných výkonov[27ea]) (ďalej len „nezaradený zdravotný výkon“). Príslušná zdravotná poisťovňa môže nezaradený zdravotný výkon plne alebo čiastočne uhradiť, ak poistenec o úhradu nezaradeného zdravotného výkonu písomne požiada (ďalej len „žiadosť o úhradu výkonu“). Nezaradený zdravotný výkon musí byť odborne posúdený Komisiou pre zdravotné výkony[27eb]) a na účely preverenia správnosti zdravotného výkonu zverejnený podľa § 67a ods. 1 písm. e).

(2) Žiadosť o úhradu výkonu poistenec podáva príslušnej zdravotnej poisťovni pred poskytnutím zdravotnej starostlivosti na tlačive, ktorého vzor príslušná zdravotná poisťovňa uverejní na svojom webovom sídle.

(3) Príslušná zdravotná poisťovňa vydá súhlas s plnou alebo s čiastočnou úhradou nezaradeného zdravotného výkonu alebo nesúhlas s úhradou nezaradeného zdravotného výkonu do 15 dní od doručenia žiadosti o úhradu výkonu. Ak príslušná zdravotná poisťovňa s úhradou nezaradeného zdravotného výkonu nesúhlasí, tento nesúhlas musí riadne odôvodniť.

(4) Príslušná zdravotná poisťovňa zverejňuje na svojom webovom sídle podmienky, po ktorých splnení plne uhradí nezaradený zdravotný výkon a podmienky, po ktorých splnení čiastočne uhradí nezaradený zdravotný výkon; ak ide o podmienky čiastočnej úhrady nezaradeného zdravotného výkonu, uvedie aj kritériá určujúce rozsah čiastočnej úhrady.

(5) Ak zdravotná poisťovňa udelí súhlas podľa odseku 1, zdravotná poisťovňa uhradí poistencovi plnú alebo čiastočnú úhradu nezaradeného zdravotného výkonu na základe poistencom predložených dokladov o úhrade do 30 dní od ich predloženia.

Oznamovacia povinnosť

§ 10

(1) Zdravotná poisťovňa je povinná oznamovať úradu

a) bez zbytočného odkladu zmenu údajov, na ktorých základe sa povolenie vydalo,

b) audítora, ktorého poverila overením účtovnej závierky,[28]) a to do 31. októbra kalendárneho roka, za ktorý sa má audit vykonať; audítorom je audítor alebo kľúčový audítorský partner podľa osobitného predpisu,[28a])

c) oneskorené platby poistného alebo platby poistného v nesprávnej výške alebo iné porušenie všeobecne záväzných právnych predpisov platiteľmi poistného vždy k poslednému dňu kalendárneho mesiaca za prechádzajúci kalendárny mesiac.

(2) Úrad je oprávnený audítora podľa odseku 1 písm. b) dvakrát odmietnuť. Ak úrad audítora odmietne druhýkrát, súčasne určí audítora, ktorý v zdravotnej poisťovni overí účtovnú závierku.

(3) Audítor, ktorý overuje účtovnú závierku zdravotnej poisťovne, je povinný bezodkladne informovať úrad o akejkoľvek skutočnosti, najmä ak táto skutočnosť môže

a) svedčiť o porušení zákonov a iných všeobecne záväzných právnych predpisov,

b) ovplyvniť riadne vykonávanie verejného zdravotného poistenia,

c) smerovať k vyjadreniu výhrad voči účtovnej závierke zdravotnej poisťovne alebo k vplyvu na jej nepretržité fungovanie,

d) viesť k odporúčaniam audítora zdravotnej poisťovni, ktoré sa neuvádzajú v audítorskej správe.

(4) Audítor podľa odseku 3 je povinný na písomnú žiadosť úradu poskytnúť úradu dokumenty súvisiace so skutočnosťami podľa odseku 3 a podklady týkajúce sa významných neistôt,[28aa]) ktoré audítor uviedol v správe audítora. Informácie poskytnuté podľa prvej vety môže úrad použiť výlučne na účely výkonu dohľadu nad verejným zdravotným poistením.

§ 11

(1) Zdravotná poisťovňa je povinná predkladať ministerstvu zdravotníctva, Ministerstvu financií Slovenskej republiky (ďalej len „ministerstvo financií“) a úradu v elektronickej podobe umožňujúcej elektronické spracovanie údajov

a) správu o hospodárení za prvý polrok kalendárneho roka (ďalej len „polročná správa“) najneskôr do dvoch mesiacov po skončení kalendárneho polroka,

b) rozpočet na príslušný kalendárny rok, obchodno-finančný plán a ďalšie údaje potrebné na účely zostavenia rozpočtu verejnej správy a hodnotenia plnenia rozpočtu verejnej správy vrátane údajov o príjmoch a výdavkoch s uvedením finančných tokov k ostatným subjektom verejnej správy do 31. marca kalendárneho roka,

c) údaje o prijatom poistnom, príjmoch, výdavkoch a hospodárení zdravotnej poisťovne za predchádzajúci kalendárny mesiac a údaje o očakávanej skutočnosti v prijatom poistnom, príjmoch, výdavkoch a hospodárení zdravotnej poisťovne ku koncu kalendárneho roka mesačne do 22. dňa v kalendárnom mesiaci; formu, vzory výkazov a štruktúru výkazov poskytovaných údajov v elektronickej podobe zverejňuje ministerstvo zdravotníctva na svojom webovom sídle.

(2) Polročná správa obsahuje

a) priebežnú účtovnú závierku v skrátenej štruktúre[29]) (ďalej len „priebežná účtovná závierka“),

b) správu o finančnej situácii, ktorá obsahuje najmä prehľad o prijatom poistnom, nedoplatkoch poistného, uhradených záväzkoch i neuhradených záväzkoch vo vzťahu k poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, prijatých bankových úveroch a iných úveroch a údaje

o ich splatnosti v členení na krátkodobé a dlhodobé, ako aj iné údaje ovplyvňujúce finančnú situáciu zdravotnej poisťovne,

c) informáciu o stave v prerozdeľovaní poistného,

d) informáciu o očakávanej hospodárskej a finančnej situácii v nasledujúcom kalendárnom polroku.

(3) Zdravotná poisťovňa je povinná uložiť výročnú správu do verejnej časti registra účtovných závierok[29a]) najneskôr do šiestich mesiacov po uplynutí príslušného kalendárneho roka, pričom výročná správa obsahuje

a) správu o finančnej situácii, ktorá obsahuje najmä prehľad o prijatom poistnom, nedoplatkoch poistného, uhradených záväzkoch i neuhradených záväzkoch vo vzťahu k poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, prijatých bankových úveroch a iných úveroch a údaje o ich splatnosti v členení na krátkodobé a dlhodobé, ako aj iné údaje ovplyvňujúce finančnú situáciu zdravotnej poisťovne,

b) návrh na rozdelenie zisku alebo vysporiadanie straty,

c) informáciu o stave v prerozdeľovaní poistného,

d) informáciu o očakávanej hospodárskej a finančnej situácii v nasledujúcom kalendárnom roku,

e) správu o výsledkoch kontrolnej činnosti.

(4) Zdravotná poisťovňa je povinná ukladať účtovnú závierku do verejnej časti registra účtovných závierok.

(5) Účtovnú závierku ukladá zdravotná poisťovňa do registra účtovných závierok po jej overení audítorom do šiestich mesiacov po skončení príslušného kalendárneho roka.

(6) Ak nie je v lehote na uloženie účtovnej závierky podľa odseku 3 účtovná závierka overená audítorom, zdravotná poisťovňa je povinná uložiť do verejnej časti registra účtovných závierok správu audítora bez zbytočného odkladu najneskôr do jedného mesiaca po doručení správy audítorom.

(7) Zdravotná poisťovňa je povinná bez zbytočného odkladu oznámiť úradu každú zmenu vo svojej finančnej situácii alebo iné skutočnosti, ktoré môžu ohroziť jej schopnosť plniť záväzky vyplývajúce z vykonávania verejného zdravotného poistenia.

(8) Zdravotná poisťovňa je povinná predkladať ministerstvu zdravotníctva, ministerstvu financií, Ministerstvu hospodárstva Slovenskej republiky, úradu, údaje z účtovníctva a štatistickej evidencie vo forme výkazov, hlásení, prehľadov alebo iných správ ustanoveným spôsobom, v ustanovenom rozsahu a v ustanovených termínoch. Spôsob, rozsah a termíny predkladania údajov z účtovníctva a štatistickej evidencie ustanoví všeobecne záväzný právny predpis, ktorý vydá ministerstvo zdravotníctva po dohode s ministerstvom financií.

(9) Zdravotná poisťovňa je povinná vypracovať a predkladať úradu a ministerstvu zdravotníctva aj ďalšie údaje vo forme výkazov, hlásení, prehľadov alebo iných správ ustanoveným spôsobom v ustanovenom rozsahu a v ustanovených termínoch. Spôsob, rozsah a termíny predkladania

ďalších údajov a údajov podľa § 15 ods. 1 písm. ao) ustanoví všeobecne záväzný právny predpis, ktorý vydá ministerstvo zdravotníctva po dohode s ministerstvom financií.

(10) Údaje podľa odsekov 8 a 9 musia byť zrozumiteľné, prehľadné, preukazné a pravdivé. Ak výkazy, hlásenia, prehľady a iné správy nie sú zrozumiteľné, prehľadné, preukazné alebo pravdivé, nie sú predložené v ustanovenom rozsahu, ustanoveným spôsobom alebo vzniknú dôvodné pochybnosti o ich správnosti, zdravotná poisťovňa je povinná na vyžiadanie ministerstva zdravotníctva, ministerstva financií alebo úradu predložiť podklady, z ktorých vychádzala pri ich vypracovaní, a podať vysvetlenie v nimi určenej lehote.

(11) Zdravotná poisťovňa nesmie prijímať úvery alebo pôžičky bez predchádzajúceho súhlasu úradu [§ 13 ods. 1 písm. h)]. Zdravotná poisťovňa nesmie vstupovať do úverových vzťahov alebo pôžičkových vzťahov ako ručiteľ.

(12) Zdravotná poisťovňa predkladá výdavky podľa odseku 1 v lehotách podľa odseku 1 a v štruktúre, ktorú zverejní ministerstvo zdravotníctva na svojom webovom sídle do 31. decembra príslušného kalendárneho roka so zohľadnením schváleného rozpočtu;[30]) ministerstvo zdravotníctva informuje zdravotné poisťovne o zverejnení štruktúry podľa prvej časti vety v lehote najmenej sedem dní pred jej zverejnením. Výdavky musia vychádzať zo zásadných smerov a priorít štátnej zdravotnej politiky určených ministerstvom zdravotníctva, ktorých cieľom je hospodárne, efektívne a účelné vynakladanie finančných prostriedkov verejného zdravotného poistenia. Ministerstvo zdravotníctva monitoruje a hodnotí hospodárne, efektívne a účelné vynakladanie finančných prostriedkov verejného zdravotného poistenia spôsobom určeným ministerstvom zdravotníctva v ním určenom rozsahu, štruktúre a termíne.

(13) Zdravotná poisťovňa je povinná predložiť ministerstvu zdravotníctva, ministerstvu financií a úradu údaje potrebné na realizáciu dočasných opatrení týkajúcich sa zmiernenia hospodárskych dopadov členských štátov, ktoré môžu mať vplyv na systém financovania zdravotnej starostlivosti, do 15 dní od vyžiadania, v rozsahu

1. súvaha, výkaz ziskov a strát zostavená k poslednému dňu účtovného obdobia za predchádzajúce štyri roky,

2. hlavná kniha[28b]) k poslednému dňu účtovného obdobia za predchádzajúce štyri roky,

3. inventúrny súpis[28c]) pohľadávok, záväzkov, zásob, hmotného a nehmotného majetku k poslednému dňu účtovného obdobia za predchádzajúce štyri roky,

4. listy vlastníctva k pozemkom a stavbám vo vlastníctve zdravotnej poisťovne podľa aktuálneho stavu.

§ 12

(1) Právnická osoba alebo fyzická osoba, ktorá sa rozhodla znížiť svoj podiel na základnom imaní zdravotnej poisťovne alebo na hlasovacích právach v zdravotnej poisťovni tak, že sa prvýkrát dostane pod dve tretiny, jednu polovicu, jednu tretinu, jednu pätinu alebo jednu desatinu podielu na základnom imaní zdravotnej poisťovne alebo na hlasovacích právach v zdravotnej poisťovni priamo alebo konaním v zhode,[31]) je povinná túto skutočnosť vopred oznámiť úradu.

(2) Písomné oznámenie podľa odseku 1 musí obsahovať

a) meno, priezvisko, rodné číslo a trvalý pobyt fyzickej osoby alebo obchodné meno, sídlo a identifikačné číslo organizácie právnickej osoby,

b) rozsah, v akom chce fyzická osoba alebo právnická osoba znížiť podiel na základnom imaní zdravotnej poisťovne.

(3) Zdravotná poisťovňa je povinná informovať úrad o každej zmene, pri ktorej dôjde

a) k nadobudnutiu alebo k prekročeniu jednej desatiny, jednej pätiny, jednej tretiny, jednej polovice alebo dvoch tretín podielu na základnom imaní zdravotnej poisťovne alebo na hlasovacích právach v zdravotnej poisťovni jednej osoby alebo viacerých osôb konajúcich v zhode alebo

b) k zníženiu podielu na základnom imaní zdravotnej poisťovne alebo na hlasovacích právach v zdravotnej poisťovni jednej osoby alebo viacerých osôb konajúcich v zhode tak, že sa prvýkrát dostane pod dve tretiny, jednu polovicu, jednu tretinu, jednu pätinu alebo jednu desatinu podielu na základnom imaní zdravotnej poisťovne alebo na hlasovacích právach v zdravotnej poisťovni,

a to ihneď, ako sa o zmene uvedenej v písmenách a) a b) dozvie.

(4) Zdravotná poisťovňa je povinná predkladať ministerstvu zdravotníctva, ministerstvu financií a úradu do 31. marca kalendárneho roka zoznam akcionárov k 31. decembru predchádzajúceho kalendárneho roka.

§ 13

Predchádzajúci súhlas úradu

(1) Predchádzajúci súhlas úradu je podmienkou na

a) nadobudnutie alebo prekročenie podielu právnickej osoby alebo fyzickej osoby na základnom imaní zdravotnej poisťovne alebo na hlasovacích právach v zdravotnej poisťovni tak, že sa prvýkrát dostane nad jednu desatinu, jednu pätinu, jednu tretinu, jednu polovicu alebo dve tretiny podielu na základnom imaní zdravotnej poisťovne alebo na hlasovacích právach v zdravotnej poisťovni priamo alebo konaním v zhode,[31])

b) zníženie základného imania zdravotnej poisťovne, ak nejde o zníženie základného imania z dôvodu jeho zúčtovania so stratou,

c) voľbu členov predstavenstva a členov dozornej rady zdravotnej poisťovne, menovanie prokuristov zdravotnej poisťovne, ustanovenie za vedúcich zamestnancov v priamej riadiacej pôsobnosti predstavenstva zdravotnej poisťovne a osôb zodpovedných za výkon vnútornej kontroly zdravotnej poisťovne,

d) fúziu zdravotnej poisťovne s inou zdravotnou poisťovňou, fúziu alebo cezhraničnú fúziu poisťovne s inou právnickou osobou, rozdelenie, cezhraničné rozdelenie alebo cezhraničnú zmenu právnej formy zdravotnej poisťovne,

e) vrátenie povolenia,

f) predaj podniku zdravotnej poisťovne alebo jeho časti,

g) vloženie podniku zdravotnej poisťovne alebo jeho časti do obchodnej spoločnosti,

h) prijatie úveru alebo pôžičky,

i) prijatie dočasných opatrení týkajúcich sa zmiernenia hospodárskych dopadov členských štátov, ktoré môžu mať vplyv na systém financovania zdravotnej starostlivosti.

(2) Predchádzajúci súhlas podľa odseku 1 nenahrádza rozhodnutie Protimonopolného úradu Slovenskej republiky podľa osobitného predpisu.[32])

(3) Ak dôjde k zániku výkonu funkcie člena predstavenstva, člena dozornej rady, prokuristu, vedúceho zamestnanca v priamej riadiacej pôsobnosti predstavenstva zdravotnej poisťovne a funkcie osoby zodpovednej za výkon vnútornej kontroly, zdravotná poisťovňa je povinná túto skutočnosť písomne oznámiť úradu najneskôr do desiatich dní, odkedy sa zdravotná poisťovňa dozvedela o zániku funkcie tejto osoby.

(4) Bez predchádzajúceho súhlasu úradu je každý úkon, na ktorý sa vyžaduje predchádzajúci súhlas podľa odseku 1, neplatný. Neplatný je tiež každý úkon vykonaný na základe predchádzajúceho súhlasu vydaného na základe nepravdivých údajov a každý úkon, ktorý sa vykonal po uplynutí lehoty určenej v rozhodnutí úradu (§ 41 ods. 4).

(5) Úrad bezodkladne začne konanie o odňatí predchádzajúceho súhlasu vydaného podľa odseku 1 písm. c) (ďalej len „konanie o odňatí predchádzajúceho súhlasu“), ak

a) skutočnosti uvádzané v čestnom vyhlásení (§ 4 ods. 4) sú nepravdivé,

b) osoba ustanovená do funkcie člena predstavenstva zdravotnej poisťovne, člena dozornej rady zdravotnej poisťovne, prokuristu zdravotnej poisťovne, vedúceho zamestnanca v priamej riadiacej pôsobnosti predstavenstva zdravotnej poisťovne alebo osoby zodpovednej za výkon vnútornej kontroly zdravotnej poisťovne čestné vyhlásenie podľa § 4 ods. 4 úradu nezaslala, hoci jej v tom nebránila žiadna objektívna prekážka,

c) na strane člena predstavenstva zdravotnej poisťovne, člena dozornej rady zdravotnej poisťovne, prokuristu zdravotnej poisťovne, vedúceho zamestnanca v priamej riadiacej pôsobnosti predstavenstva zdravotnej poisťovne alebo osoby zodpovednej za výkon vnútornej kontroly zdravotnej poisťovne nastal konflikt záujmov podľa § 4 ods. 1 až 3 počas výkonu funkcie, pre ktorej vznik sa vyžaduje udelenie predchádzajúceho súhlasu úradom,

d) počas výkonu funkcie člena predstavenstva zdravotnej poisťovne, člena dozornej rady zdravotnej poisťovne, prokuristu zdravotnej poisťovne, vedúceho zamestnanca v priamej riadiacej pôsobnosti predstavenstva zdravotnej poisťovne alebo osoby zodpovednej za výkon vnútornej kontroly zdravotnej poisťovne úrad zistí, že tieto osoby nespĺňajú podmienky podľa § 33 ods. 3.

(6) Účastníkom konania o odňatí predchádzajúceho súhlasu je zdravotná poisťovňa, na ktorej žiadosť bol predchádzajúci súhlas vydaný, a osoba, vo vzťahu ku ktorej bol predchádzajúci súhlas vydaný.

(7) Ak počas konania o odňatí predchádzajúceho súhlasu dôjde k zániku funkcie člena predstavenstva zdravotnej poisťovne, člena dozornej rady zdravotnej poisťovne, prokuristu zdravotnej poisťovne, vedúceho zamestnanca v priamej riadiacej pôsobnosti predstavenstva

zdravotnej poisťovne alebo osoby zodpovednej za výkon vnútornej kontroly zdravotnej poisťovne, úrad konanie zastaví.

(8) Úrad rozhodne o odňatí predchádzajúceho súhlasu vydaného podľa odseku 1 písm. c), ak sa v konaní o odňatí predchádzajúceho súhlasu preukáže existencia konfliktu záujmov v čase ustanovenia osoby do funkcie (§ 4 ods. 1 až 3) alebo počas výkonu funkcie.

(9) Ak úrad rozhodol o odňatí predchádzajúceho súhlasu vydaného podľa odseku 1 písm. c), funkcia osoby, vo vzťahu ku ktorej bol predchádzajúci súhlas odňatý, zaniká po nadobudnutí právoplatnosti rozhodnutia.

§ 14

Platobná schopnosť zdravotnej poisťovne

(1) Zdravotná poisťovňa je povinná po celý čas svojej činnosti zabezpečovať platobnú schopnosť; platobnou schopnosťou zdravotnej poisťovne sa rozumie schopnosť trvale zabezpečovať úhradu záväzkov voči poskytovateľom zdravotnej starostlivosti za poskytnutú zdravotnú starostlivosť (ďalej len „záväzky voči poskytovateľom“).

(2) Platobná schopnosť zdravotnej poisťovne sa preukazuje schopnosťou uhrádzať svoje záväzky voči poskytovateľom v lehote, ktorá nepresiahne 30 kalendárnych dní odo dňa zmluvne dohodnutej lehoty splatnosti záväzkov voči poskytovateľom.

(3) Platobná schopnosť zdravotnej poisťovne podľa odseku 2 je zabezpečená, ak zdravotná poisťovňa neeviduje ku dňu, ku ktorému sa platobná schopnosť vykazuje, záväzky voči poskytovateľom, ktoré sú viac ako 30 dní po lehote splatnosti, v objeme prevyšujúcom 0,2 % objemu všetkých záväzkov podľa odseku 5 počas troch po sebe nasledujúcich kalendárnych mesiacov. To neplatí, ak ide o záväzky voči poskytovateľom, ktoré nie sú uhradené z právne uznateľných dôvodov. Za právne uznateľné dôvody podľa predchádzajúcej vety sa považujú právne skutočnosti podľa osobitných predpisov,[32a]) na ktorých základe zdravotná poisťovňa nemôže uhradiť záväzky voči poskytovateľom v lehote splatnosti, pretože je povinná uhradiť záväzok na účet tretej osoby alebo nemôže uhradiť záväzok, pretože nemá vedomosť o tom, komu alebo v akej výške má záväzok uhradiť.

(4) Zdravotná poisťovňa je na účely analýzy platobnej schopnosti zdravotnej poisťovne povinná viesť zoznam úhrad jednotlivým poskytovateľom zdravotnej starostlivosti za poskytnutú zdravotnú starostlivosť a zoznam neuhradených záväzkov voči poskytovateľom podľa odseku 5.

(5) Zoznam neuhradených záväzkov voči poskytovateľom obsahuje záväzky voči poskytovateľom

a) v lehote splatnosti,

b) po lehote splatnosti do 30 dní,

c) po lehote splatnosti viac ako 30 dní

1. neuhradené z právne uznateľných dôvodov,

2. ostatné.

(6) Najneskôr do konca kalendárneho mesiaca, ktorý nasleduje po kalendárnom mesiaci, za ktorý sa platobná schopnosť zdravotnej poisťovne preukazuje, je zdravotná poisťovňa povinná úradu predložiť zoznam neuhradených záväzkov voči poskytovateľom podľa odseku 5 a preukázať platobnú schopnosť.

(7) Platobnú schopnosť preukazuje zdravotná poisťovňa výkazom (ďalej len „výkaz“), ktorý musí byť doložený protokolom o správnosti vykazovaných údajov vypracovaným útvarom vnútornej kontroly spolu so súvahou a výkazom ziskov a strát vypracovaných k poslednému dňu kalendárneho mesiaca, za ktorý sa platobná schopnosť preukazuje. Na požiadanie úradu vypracúva útvar vnútornej kontroly aj vysvetľujúcu správu, ktorú predloží úradu. Výkaz zdravotná poisťovňa predkladá najneskôr do konca kalendárneho mesiaca, ktorý nasleduje po kalendárnom mesiaci, za ktorý sa platobná schopnosť preukazuje.

§ 15

Povinnosti zdravotnej poisťovne

(1) Zdravotná poisťovňa je povinná

a) vykonávať svoju činnosť tak, aby zabezpečila poistencom dostupnosť zdravotnej starostlivosti a nepretržitú dostupnosť všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti, ambulantnej zdravotnej starostlivosti v špecializačnom odbore zubné lekárstvo a ústavnej zdravotnej starostlivosti v nemocnici[33a]) v rozsahu verejnej minimálnej siete poskytovateľov,[19])

b) vytvárať a používať technickú rezervu na úhradu za zdravotnú starostlivosť podľa tohto zákona (§ 6 ods. 3),

c) vyhodnocovať indikátory do troch mesiacov po uplynutí časového obdobia, za ktoré sú indikátory hodnotené; v rámci vyhodnotenia indikátorov zdravotné poisťovne sú povinné

1. spracúvať údaje poskytnuté poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti metodikou určenou ministerstvom zdravotníctva,

2. publikovať výsledky spôsobom a formou určenou ministerstvom zdravotníctva,

3. poskytovať vyhodnotené údaje ministerstvu zdravotníctva a úradu,

4. vykonávať kontrolu kvality v prípadoch výskytu štatisticky významných odchýlok v indikátoroch,

5. využívať indikátory a výsledky kontroly kvality pri vytváraní poradia poskytovateľov zdravotnej starostlivosti,

6. poskytovať výsledky kontroly kvality ministerstvu zdravotníctva a úradu,

d) dodržiavať podmienky ustanovené týmto zákonom na uzatváranie zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (§ 7),

e) pri uzatváraní zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti a v priebehu platnosti zmluvného vzťahu s poskytovateľom zdravotnej starostlivosti účelne, efektívne a hospodárne vynakladať finančné prostriedky z verejného zdravotného poistenia podľa štruktúry výdavkov schválenej v rozpočte[30]) podľa § 11 ods. 12,

f) potvrdiť najneskôr do 24 hodín od doručenia žiadosti poskytovateľa zdravotnej starostlivosti skutočnosť, či ide o neodkladnú zdravotnú starostlivosť;[17]) potvrdenie žiadosti musí mať písomnú formu; za jeho doručenie sa považuje aj doručenie faxom alebo elektronickou poštou,

g) zabezpečovať platobnú schopnosť a preukazovať ju úradu (§ 14),

h) viesť účty poistencov, sprístupňovať údaje z nich poistencovi a posielať poistencom na požiadanie výpisy z účtu poistencov (§ 16 ods. 2 až 4),

i) viesť a uchovávať dokumentáciu (§ 16),

j) viesť účtovníctvo v súlade s osobitným predpisom;[34]) účtovná závierka[28]) musí byť overená audítorom,

k) zostavovať priebežnú účtovnú závierku[29]) k poslednému dňu kalendárneho štvrťroka a vyhotovovať priebežnú správu,[35])

l) prevádzkovať, aktualizovať a rozvíjať informačný systém kompatibilný s informačným systémom úradu, ministerstva zdravotníctva a poskytovateľov zdravotnej starostlivosti tak, aby zabezpečoval rýchle a spoľahlivé zisťovanie informácií súvisiacich s vykonávaním verejného zdravotného poistenia a s poskytovaním zdravotnej starostlivosti,

m) poukazovať na účet ministerstva zdravotníctva príspevok na zabezpečenie zdravotnej starostlivosti podľa tohto zákona (§ 8a),

n) poukazovať na účet úradu príspevok na činnosť úradu (§ 30),

o) uhrádzať poskytovateľovi záchrannej zdravotnej služby preddavok na zdravotnú starostlivosť (§ 8 ods. 5),

p) oznámiť ministerstvu zdravotníctva na účely výpočtu indexu rizika nákladov na zdravotnú starostlivosť údaje podľa osobitného predpisu,[35aaa])

r) oznámiť úradu na účely prerozdeľovania poistného v elektronickej podobe údaje podľa osobitného predpisu,[35aab])

s) podieľať sa na úhrade nákladov uhrádzaných úradom podľa § 18 ods. 1 písm. i) vo výške, ktorá zodpovedá pomeru počtu poistencov zdravotnej poisťovne k celkovému počtu poistencov evidovaných v centrálnom registri poistencov [§ 20 ods. 1 písm. e) prvý bod],

t) použiť predpísané poistné na úhradu zdravotnej starostlivosti v rozsahu podľa § 6a,

u) predkladať úradu do 31. marca kalendárneho roka obchodno-finančný plán a rozpočet na príslušný kalendárny rok,

v) plniť oznamovacie povinnosti a ďalšie povinnosti ustanovené týmto zákonom alebo osobitným predpisom,[35aa])

w) poskytovať úradu a národnému centru v elektronickej podobe údaje o dohodách o poskytovaní všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti[35aaba]) a údaje o dohodách o poskytovaní primárnej špecializovanej gynekologickej ambulantnej starostlivosti[35aabb]) uzavretými medzi poistencom a poskytovateľom zdravotnej starostlivosti[21]) v rozsahu meno a priezvisko lekára, dátum uzatvorenia dohody a dátum zániku dohody, číselný kód

zdravotníckeho pracovníka a číselný kód poskytovateľa zdravotnej starostlivosti pridelený úradom, rodné číslo, predchádzajúce rodné číslo, ak došlo k jeho zmene, meno, priezvisko, rodné priezvisko, dátum a miesto narodenia poistenca, identifikátor fyzickej osoby, dátum narodenia, pohlavie, štátnu príslušnosť, adresu trvalého pobytu, identifikačné číslo poistenca v príslušnej zdravotnej poisťovni, číselný kód príslušnej zdravotnej poisťovne a číselný kód pobočky príslušnej zdravotnej poisťovne, dátum a miesto úmrtia poistenca, údaj o tom, že ide o poistenca, ktorému bol vydaný preukaz poistenca s označením „EÚ“ podľa osobitného predpisu,[11a]) denne pri zmene týchto údajov,

x) poukazovať na účet ministerstva zdravotníctva príspevok na činnosť národného centra,

y) poskytovať národnému centru údaje v rámci štatistického zisťovania v zdravotníctve a údaje do Národného registra zdravotníckych pracovníkov,[35aac])

z) poskytovať národnému centru, úradu a samosprávnym krajom údaje zo zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti uzatvorených s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti a údaje z dodatkov k zmluvám o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v rozsahu číselný kód zdravotnej poisťovne, identifikačné číslo organizácie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, dátum platnosti zmluvy a dátum ukončenia platnosti zmluvy, číselný kód zdravotníckeho pracovníka a číselný kód poskytovateľa zdravotnej starostlivosti pridelený úradom, dátumy začiatku platnosti, dočasného pozastavenia, obnovenia platnosti a ukončenia platnosti evidencie číselného kódu zdravotníckeho pracovníka a číselného kódu poskytovateľa zdravotnej starostlivosti v príslušnej zmluve, počet lekárskych miest a bezodkladne každú zmenu týchto údajov,

aa) dodržiavať príslušné štandardy zdravotníckej informatiky,[35aad])

ab) poskytovať národnému centru údaje podľa písmen z) a ah) v súlade s príslušnými štandardmi zdravotníckej informatiky,[35aad])

ac) poskytovať samosprávnemu kraju na základe jeho vyžiadania informácie z dokumentácie zdravotnej poisťovne v rozsahu údajov uvedených v § 16 ods. 1 písm. d) a ods. 2 písm. b) až d) na účely výkonu dozoru podľa osobitného predpisu,[35aae])

ad) poskytovať samosprávnemu kraju na vyžiadanie informácie o poistencovi v rozsahu meno, priezvisko a rodné číslo, ak ho má poistenec pridelené, alebo bezvýznamové identifikačné číslo, alebo osobné identifikačné číslo poistenca iného členského štátu s bydliskom v Slovenskej republike a výkonoch, ktoré mu boli poskytnuté za predchádzajúci kalendárny mesiac počas doplnkových ordinačných hodín a počas poskytovania domácej starostlivosti na žiadosť osoby podľa osobitného predpisu,[35aaf]) ktoré jej oznámil poskytovateľ podľa osobitného predpisu,[35aag])

ae) preplatiť poistencovi úhradu pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti v rámci ústavnej pohotovostnej služby podľa osobitného predpisu,[18da]) ak jemu poskytnutá zdravotná starostlivosť bola urgentnou zdravotnou starostlivosťou alebo zdravotnou starostlivosťou, bez poskytnutia ktorej by mohlo byť vážne ohrozené jeho zdravie; splatnosť úhrady podľa prvej časti vety je najneskôr do 90 kalendárnych dní odo dňa doručenia žiadosti o preplatenie úhrady pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti v rámci ústavnej pohotovostnej služby podľa osobitného predpisu,[35aah])

af) elektronicky vymieňať s úradom [§ 18 ods. 1 písm. h)] údaje potrebné na úhradu nákladov podľa osobitného predpisu[35aai]) a spätné vymáhanie podľa osobitného predpisu[35aaj]) v systéme elektronickej výmeny údajov o sociálnom zabezpečení[101]) (ďalej len „systém elektronickej výmeny údajov“),

ag) elektronicky vymieňať so Sociálnou poisťovňou údaje týkajúce sa vykonávania vecných dávok podľa osobitného predpisu[35aak]) v systéme elektronickej výmeny údajov s výnimkou údajov vymieňaných s úradom podľa písmena af),

ah) poskytovať národnému centru k 8. a 20. dňu príslušného kalendárneho mesiaca v elektronickej podobe údaje o vzniku verejného zdravotného poistenia poistenca a údaje o zániku verejného zdravotného poistenia poistenca v rozsahu dátum vzniku verejného zdravotného poistenia, dátum zániku verejného zdravotného poistenia, dôvod zániku verejného zdravotného poistenia, číselný kód príslušnej zdravotnej poisťovne, označenie platiteľa poistného, typ platiteľa poistného podľa osobitného predpisu,[35aaka]) číselný kód pobočky príslušnej zdravotnej poisťovne, identifikačné číslo poistenca v príslušnej zdravotnej poisťovni, meno, priezvisko, rodné priezvisko a dátum narodenia poistenca, rodné číslo, ak ho má poistenec pridelené, predchádzajúce rodné číslo, ak došlo k jeho zmene, pohlavie, identifikátor fyzickej osoby pridelený registrom fyzických osôb Ministerstva vnútra Slovenskej republiky, identifikačné číslo organizácie platiteľa poistného a variabilný symbol platiteľa poistného pridelený zdravotnou poisťovňou,

ai) bezplatne sprístupňovať poistencovi na žiadosť digitálny COVID preukaz EÚ podľa osobitného predpisu[35aakb]) poskytnutý národným centrom[35aakc]) elektronickým zobrazením digitálneho COVID preukazu EÚ v elektronickej pobočke alebo mobilnej aplikácii zdravotnej poisťovne, ak ju zdravotná poisťovňa prevádzkuje alebo v listinnej podobe,

aj) poukazovať príspevok podľa § 15a,

ak) predložiť úradu na vyžiadanie informácie súvisiace s jej činnosťou,

al) poskytovať samosprávnym krajom

1. údaje zo zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti uzatvorených s poskytovateľmi všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti a s poskytovateľmi primárnej špecializovanej gynekologickej ambulantnej starostlivosti a údaje z dodatkov k zmluvám o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v rozsahu číselný kód zdravotnej poisťovne, identifikačné číslo organizácie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, dátum platnosti zmluvy a dátum ukončenia platnosti zmluvy, číselný kód zdravotníckeho pracovníka a číselný kód poskytovateľa zdravotnej starostlivosti pridelený úradom, počet kapitovaných poistencov a bezodkladne každú zmenu týchto údajov a

2. údaje z registrov poistencov zdravotných poisťovní o trvalom a prechodnom pobyte poistencov v jednotlivých obciach v jeho pôsobnosti podľa veku a pohlavia na úroveň ulice a súpisného a orientačného čísla a bezodkladne každú zmenu týchto údajov,

am) poslať vyjadrenie najneskôr do 15 dní od doručenia žiadosti poskytovateľa zdravotnej starostlivosti na predĺženie doby poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti poskytovanej v rámci dlhodobej zdravotnej starostlivosti,[35aakd]) ktorá nie je následnou ošetrovateľskou

starostlivosťou, v zdravotníckom zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti alebo paliatívnej zdravotnej starostlivosti[35aake]) v zdravotníckom zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti, v ktorom uvedie, či udeľuje súhlas na predĺženie tejto doby a o koľko kalendárnych mesiacov sa doba môže predĺžiť; vyjadrenie k žiadosti musí mať písomnú formu a za jeho doručenie sa považuje aj doručenie elektronicky,

an) poskytovať poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti výsledok kontroly elektronických zdravotných záznamov[35aakf])vykonávanej na účely kontroly efektívnosti zdravotnej starostlivosti, účelnosti, efektívnosti a hospodárnosti vynakladania prostriedkov verejného zdravotného poistenia, plnenia povinnosti zabezpečiť dostupnosť zdravotnej starostlivosti a poskytnutia poradenskej činnosti,

ao) poskytovať úradu a ministerstvu zdravotníctva do 60 dní od skončenia kalendárneho štvrťroka údaje za obdobie od 1. januára príslušného kalendárneho roka do konca príslušného kalendárneho štvrťroka, za ktorý sa predkladajú, za každého poskytovateľa ústavnej zdravotnej starostlivosti, s ktorým sa zdravotná poisťovňa dohodla na úhrade zdravotnej starostlivosti podľa klasifikačného systému, samostatne o

1. výškach úhrad za poskytnutú zdravotnú starostlivosť podľa klasifikačného systému vrátane pripočítateľných položiek a súvisiacej zdravotnej starostlivosti,

2. výškach úhrad za pripočítateľné položky podľa klasifikačného systému,

3. súčte efektívnych relatívnych váh za hospitalizačné prípady uhrádzané podľa klasifikačného systému, ktoré zdravotná poisťovňa uznala,

4. počte uznaných hospitalizačných prípadov uhradených podľa klasifikačného systému,

5. súčte efektívnych relatívnych váh za hospitalizačné prípady, ktoré zdravotná poisťovňa neuznala,

6. počte neuznaných hospitalizačných prípadov,

7. výškach úhrad za poskytnutú ústavnú zdravotnú starostlivosť uhradenú mimo klasifikačného systému.

(2) Ak zdravotná poisťovňa vykonáva súčasne verejné zdravotné poistenie a individuálne zdravotné poistenie, je povinná

a) zriadiť z personálneho a organizačného hľadiska oddelenú správu pre verejné zdravotné poistenie a individuálne zdravotné poistenie; oddelená správa musí byť zabezpečená tak, aby nedochádzalo k poškodeniu záujmov poistených v jednotlivých poistných druhoch, najmä aby sa výnosy v príslušnom druhu zdravotného poistenia využívali iba v prospech poistených v tomto poistnom druhu,

b) viesť v účtovníctve oddelenú analytickú evidenciu samostatne pre jednotlivé poistné druhy tak, aby sa celkové náklady a výnosy viedli osobitne pre verejné zdravotné poistenie, osobitne pre individuálne zdravotné poistenie a aby bolo možné zistiť výsledok hospodárenia za každý poistný druh samostatne. Položky spoločné pre jednotlivé poistné druhy sa delia pomerne podľa vzájomného podielu verejného zdravotného poistenia a individuálneho zdravotného poistenia,

c) uviesť v prílohe účtovnej závierky údaje osobitne pre poistné druhy v rozsahu ustanovenom všeobecne záväzným právnym predpisom vydaným ministerstvom financií.[34a])

(3) Zdravotná poisťovňa je povinná predkladať úradu a vláde

a) bez zbytočného odkladu úradne overenú kópiu úplného znenia stanov po každej ich zmene,

b) bez zbytočného odkladu organizačnú štruktúru po každej jej zmene,

c) do 30. júna kalendárneho roka

1. správu o činnosti zdravotnej poisťovne za predchádzajúci kalendárny rok,

2. správu o výsledkoch kontrolnej činnosti za predchádzajúci kalendárny rok a o prijatých opatreniach na nápravu zistených nedostatkov v činnosti zdravotnej poisťovne,

3. plán kontrolnej činnosti na nasledujúci kalendárny rok.

(4) Náležitosti správy o činnosti zdravotnej poisťovne [odsek 3 písm. c) prvý bod] ustanoví všeobecne záväzný právny predpis, ktorý vydá ministerstvo zdravotníctva.

(5) Ak je v schválenej riadnej účtovnej závierke alebo mimoriadnej účtovnej závierke výsledkom hospodárenia bežného účtovného obdobia zisk, zdravotná poisťovňa je povinná použiť tento zisk najmenej vo výške 20 % na tvorbu rezervného fondu, a to až do dosiahnutia výšky rezervného fondu určenej v stanovách, najmenej do výšky 30 % splateného základného imania. Rezervný fond možno použiť iba na krytie strát zdravotnej poisťovne.

(6) Zdravotná poisťovňa je povinná elektronicky poskytnúť najneskôr posledný deň kalendárneho mesiaca národnému centru zmeny údajov na účte poistenca v rozsahu § 16 ods. 2 písm. a) až h) a k) až r) za predchádzajúci kalendárny mesiac a zmeny údajov, ktoré boli zdravotnej poisťovni oznámené poskytovateľom zdravotnej starostlivosti dodatočne.

(7) Ak zdravotná poisťovňa vykonáva kontrolu na diaľku vyhodnocovaním elektronických zdravotných záznamov v elektronickej zdravotnej knižke podľa § 9 ods. 3, je povinná používať informačný systém zdravotnej poisťovne, ktorý má overenie zhody vydané národným centrom.

(8) Všeobecne záväzný právny predpis, ktorý vydá ministerstvo zdravotníctva každoročne do 1. februára po prerokovaní so zdravotnými poisťovňami, združeniami a stavovskými organizáciami zastupujúcimi poskytovateľov zdravotnej starostlivosti pri uzatváraní zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, ustanoví

a) štruktúru výdavkov podľa typov zdravotnej starostlivosti; na účel ustanovenia sumy výdavkov sa vychádza z nákladov na poistné plnenia uvedených v účtovej osnove pre zdravotnú poisťovňu bez zmeny stavu technických rezerv za obdobie kalendárneho roka, za ktorý sa údaje predkladajú a vecne a časovo s ním súvisia,

b) limit výdavkov určený na zdravotnú starostlivosť v rozpočte verejnej správy[35aal]) jednotlivo pre každú zdravotnú poisťovňu,

c) percento určené pre jednotlivé typy zdravotnej starostlivosti z celkovej sumy výdavkov určenej na zdravotnú starostlivosť v rozpočte verejnej správy jednotlivo pre každú zdravotnú poisťovňu,

d) minimálnu sumu alebo maximálnu sumu výdavkov určenú pre jednotlivé typy zdravotnej starostlivosti v eurách z celkovej sumy výdavkov určenej na zdravotnú starostlivosť v rozpočte verejnej správy jednotlivo pre každú zdravotnú poisťovňu,

e) spôsob určenia percentuálnych podielov a minimálnych súm pre typy zdravotnej starostlivosti; ak ide o ústavnú zdravotnú starostlivosť, pri ktorej sa uplatňuje klasifikačný systém, podiel jednotlivých zdravotných poisťovní podľa časti vety pred bodkočiarkou sa určí ako podiel zdravotných poisťovní na celkovom súčte efektívnych relatívnych váh za všetky hospitalizačné prípady uhrádzané podľa klasifikačného systému za obdobie od 1. júla kalendárneho roka, ktorý dva roky predchádza roku, na ktorý sa vydáva tento všeobecne záväzný právny predpis, do 30. júna kalendárneho roka, ktorý jeden rok predchádza roku, na ktorý sa vydáva tento všeobecne záväzný právny predpis po zohľadnení prepoistenia poistencov k 1. januáru kalendárneho roka, na ktorý sa tento všeobecne záväzný právny predpis vydáva,

f) spôsob, rozsah a termíny predkladania oznámenia o výdavkoch podľa typov zdravotnej starostlivosti zdravotnou poisťovňou,

g) opatrenia z revízie výdavkov pre jednotlivé typy zdravotnej starostlivosti v eurách jednotlivo pre každú zdravotnú poisťovňu,

h) minimálnu sumu výdavkov na prevenciu[35aam]) jednotlivo pre každú zdravotnú poisťovňu,

i) minimálnu sumu výdavkov určenú pre subjekty verejnej správy, ktorým sa poskytnutá zdravotná starostlivosť uhrádza z verejného zdravotného poistenia,

j) minimálnu sumu výdavkov určenú pre každú kategóriu poskytovateľa ústavnej zdravotnej starostlivosti podľa klasifikačného systému; kategóriou poskytovateľa ústavnej zdravotnej starostlivosti podľa klasifikačného systému sa rozumie skupina charakterovo podobných poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti na účel výpočtu základných sadzieb pre klasifikačný systém podľa metodiky podľa § 67b ods. 3 písm. g),

k) minimálnu sumu výdavkov určenú pre poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti v členení podľa účasti v združeniach zastupujúcich poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti a podľa jednotlivých združení zastupujúcich poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti a minimálnu sumu výdavkov určenú pre poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti, ktorí nie sú v združeniach zastupujúcich poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti.

§ 15a

Príspevok na činnosť inštitútu

(1) Zdravotná poisťovňa poukazuje na účet inštitútu príspevok na činnosť inštitútu v štvrťročných splátkach. Štvrťročné splátky príspevku na činnosť inštitútu sa uhrádzajú v kalendárnom roku do 5. januára, 20. apríla, 20. júla a 20. októbra. Výška štvrťročnej splátky je 25 % z výšky príspevku na činnosť inštitútu a zaokrúhľuje sa na eurocent nahor.

(2) Výška príspevku na činnosť inštitútu podľa odseku 1 je 0,032 % zo základu na jej určenie. Základom na určenie výšky príspevku na činnosť inštitútu je celková suma z ročného prerozdeľovania poistného uvedená v rozhodnutí o ročnom prerozdeľovaní poistného podľa osobitného predpisu[27b]) zaslanom v predchádzajúcom kalendárnom roku. Výška príspevku na

činnosť inštitútu za rok nasledujúci dva roky po roku, za ktorý sa činnosť inštitútu hodnotí, sa znižuje podľa výsledku hodnotenia kľúčových ukazovateľov výkonnosti inštitútu podľa osobitného predpisu.[35aan])

§ 16

Dokumentácia

(1) Dokumentácia zdravotnej poisťovne musí obsahovať

a) prijaté a potvrdené prihlášky na verejné zdravotné poistenie; sú nimi i prihlášky prijaté informačným systémom podľa osobitného predpisu[35ab]) uchovávané elektronickou formou,

b) uzatvorené zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti,

c) doklady o prijatom poistnom,

d) doklady o úhradách za poskytnutú zdravotnú starostlivosť,

e) účty poistencov,

f) zoznam poistencov s uvedením mena, priezviska, rodného čísla a trvalého pobytu poistencov; ak poistenec nemá trvalý pobyt, uvádza sa prechodný pobyt poistenca,

g) zoznam podľa § 6 ods. 1 písm. o),

h) zoznam poistencov zaradených na dispenzarizáciu s údajmi podľa písmena f) [§ 6 ods. 1 písm. i)],

i) zoznam platiteľov poistného,

j) zoznam poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, s ktorými má uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti,

k) zoznam úhrad jednotlivým poskytovateľom zdravotnej starostlivosti za poskytnutú zdravotnú starostlivosť a zoznam neuhradených záväzkov,

l) evidenciu celkových nákladov na jednotlivého poistenca,

m) účtovné doklady podľa osobitného predpisu,[34])

n) zoznam poistencov evidovaných ako osoby so zdravotným postihnutím podľa osobitného zákona.[35ac])

(2) Účet poistenca vedie zdravotná poisťovňa v informačnom systéme a musí obsahovať

a) meno, priezvisko, rodné číslo a trvalý pobyt poistenca,

b) údaje o poskytnutých zdravotných výkonoch, liekoch, dietetických potravinách, zdravotníckych pomôckach a vyplatených paušálnych úhradách (§ 8 ods. 9 až 15),

c) údaje o poskytnutých službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti,

d) výšku úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť a výšku paušálnej úhrady v členení podľa písmena b) a za poskytnuté služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti,

e) dátum poskytnutia zdravotnej starostlivosti v členení podľa písmena b) a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti,

f) označenie poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí poskytli poistencovi zdravotnú starostlivosť podľa písmena b), a označenie poskytovateľov služieb,

g) údaje o zaradení poistenca do zoznamu a vyradení poistenca zo zoznamu [§ 6 ods. 1 písm. o)] v rozsahu podľa osobitného predpisu,[35ac])

h) údaj o zaradení poistenca na dispenzarizáciu,

i) označenie platiteľa poistného,

j) údaje o predpísanom poistnom v členení na uhradené a neuhradené podľa platiteľa poistného za každý kalendárny mesiac, údaje o úrokoch z omeškania v členení na uhradené a neuhradené a údaje o výsledku ročného zúčtovania v členení na uhradené a neuhradené,

k) údaje o výške úhrady za zdravotnú starostlivosť, ktorá sa poskytla poistencovi preukázateľne v dôsledku porušenia liečebného režimu alebo užitia návykovej látky, v členení uhradená a neuhradená poistencom,

l) údaje o výške úhrady za prvé poskytnutie neodkladnej zdravotnej starostlivosti poistencovi, ktorý nemá podanú prihlášku na verejné zdravotné poistenie,

m) údaje o výške úhrady za ďalšie poskytnutie neodkladnej zdravotnej starostlivosti[35b]) poistencovi podľa písmena l) v členení uhradená a neuhradená poistencom,

n) údaje o

1. výške prepočítaného doplatku poistenca za najlacnejší náhradný liek, najlacnejšiu náhradnú zdravotnícku pomôcku a najlacnejšiu náhradnú dietetickú potravinu podľa osobitného predpisu,[35ba])

2. čiastke, o ktorú bol limit spoluúčasti prekročený,

3. zaradení poistenca do zoznamu poistencov s nárokom na okamžité uplatnenie limitu spoluúčasti u poskytovateľa lekárenskej starostlivosti podľa podmienok ustanovených osobitným predpisom,[16o])

4. výške doplatku za najlacnejší náhradný liek, najlacnejšiu náhradnú zdravotnícku pomôcku a najlacnejšiu náhradnú dietetickú potravinu, ktorý uhradila zdravotná poisťovňa poskytovateľovi lekárenskej starostlivosti podľa osobitného predpisu,

o) údaj o zaradení poistenca do farmaceuticko-nákladovej skupiny,

p) údaj o uhradenej cezhraničnej zdravotnej starostlivosti,[18l]) rozsahu a dátume jej poskytnutia a výške úhrady,

q) údaj o pozvaní poistenca na skríning[18ea]) v rozsahu kód zdravotnej poisťovne, číslo záznamu v evidencii informačného systému zdravotnej poisťovne, meno poistenca, priezvisko poistenca,

rodné číslo poistenca alebo bezvýznamové identifikačné číslo ak bolo poistencovi pridelené, dátum narodenia, obec korešpondenčnej adresy poistenca v zdravotnej poisťovni, na ktorú mu bolo zaslané pozvanie na skríning, obec trvalého bydliska poistenca, dátum odoslania pozvania na skríning, forma, akou bolo poistencovi odoslané pozvanie na skríning, typ skríningu, na aký bolo poistencovi odoslané pozvanie, informácia, či súčasťou pozvania na skríning bol aj test, typ zaslanej testovacej sady, dátum doručenia pozvania na skríning ak je známy, dátum vykonania skríningu, výška úhrady za skríning; údaje sú rovnaké aj v prípade opakovaného pozvania na skríning,

r) údaj o uhradených platbách, paušálnych úhradách, platbách za lôžkodeň v rozsahu identifikačné číslo organizácie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, výška úhrady a dátum poskytnutia zdravotnej starostlivosti,

s) údaj o zaradení poistenca do diagnosticko-nákladovej skupiny,[35bb])

t) údaj o evidencii poistenca ako osoby so zdravotným postihnutím,[35ac])

u) údaj o zaradení poistenca do nákladovej skupiny zdravotníckych pomôcok.[35bc])

(3) Zdravotná poisťovňa je povinná na požiadanie písomne poslať poistencovi alebo blízkej osobe[57]) poistenca, ak poistenec nežije, úplný výpis z účtu poistenca. Výpis z účtu poistenca zdravotná poisťovňa posiela poistencovi alebo blízkej osobe[57]) poistenca, ak poistenec nežije, za obdobie, v ktorom bola príslušná na vykonávanie verejného zdravotného poistenia poistenca. Výpis z účtu poistenca zdravotná poisťovňa doplní o výšku úhrady uhradenej poskytovateľom zdravotnej starostlivosti za poskytnutú zdravotnú starostlivosť v členení podľa odseku 2 písm. b) a p) až r) a za poskytnuté služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti. Súčasne upovedomí poistenca alebo blízku osobu,[57]) poistenca, ak poistenec nežije, o možnosti oznámiť zdravotnej poisťovni, že poistencovi nebola poskytnutá zdravotná starostlivosť uvedená vo výpise z účtu poistenca.

(4) Zdravotná poisťovňa je povinná sprístupniť poistencovi údaje z účtu poistenca prostredníctvom internetu tak, aby boli prístupné len jemu.

(5) Zdravotná poisťovňa, ktorá naposledy vykonávala verejné zdravotné poistenie poistenca, je povinná poskytnúť jeho príslušnej zdravotnej poisťovni do dvoch mesiacov od doručenia jej vyžiadania, ak v odseku 9 nie je ustanovené inak, tieto údaje z účtu poistenca za posledný kalendárny rok:

a) údaje podľa odseku 2 písm. a) až i) a k) až r),

b) údaje o vykonaných preventívnych prehliadkach[35c]) s uvedením dátumu absolvovania prehliadky,

c) údaje o absolvovanej kúpeľnej starostlivosti s uvedením miesta a dátumu,

d) údaje o hradených cykloch asistovanej reprodukcie s uvedením dátumu a poradia cyklov,

e) údaje o hradených zubných protézach s uvedením dátumu úhrady,

f) údaje o poskytnutých zdravotníckych pomôckach s uvedením dátumu a druhu pomôcky,

g) údaje o vydaných alebo podaných liekoch zaradených v zozname kategorizovaných liekov (ďalej len „kategorizovaný liek“), ktoré boli zaevidované v účtovnej evidencii, s uvedením

1. rodného čísla poistenca; ak ide o cudzinca, ktorý nemá pridelené rodné číslo, s uvedením mena, priezviska a dátumu narodenia,

2. kódu kategorizovaného lieku,

3. počtu balení kategorizovaného lieku,

4. kódu choroby, ktorý je uvedený na lekárskom predpise,

5. dátumu výdaja alebo podania kategorizovaného lieku,

h) údaje o poistencoch evidovaných zdravotnou poisťovňou ako osoby so zdravotným postihnutím podľa osobitného zákona,[35ac]) ktoré obsahujú

1. rodné číslo poistenca, ak ide o cudzinca, ktorý nemá pridelené rodné číslo, bezvýznamové identifikačné číslo a dátum narodenia,

2. dátum začatia evidencie poistenca ako osoby zdravotne postihnutej podľa osobitného zákona,[35bc])

3. dátum ukončenia evidencie poistenca ako osoby zdravotne postihnutej podľa osobitného zákona,[35bc])

4. dátum vzniku poistného vzťahu v príslušnej zdravotnej poisťovni,

i) údaje o poskytnutí ústavnej zdravotnej starostlivosti poistencovi v zdravotníckom zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti,[24aab]) ktorej trvanie je najmenej dva po sebe nasledujúce dni, pričom prvý a posledný deň sa považuje za jeden deň (ďalej len „hospitalizácia“), ktorá bola zaevidovaná v účtovnej evidencii, na základe ktorej bol poistenec zaradený do diagnosticko-nákladovej skupiny podľa § 27d ods. 5 alebo ods. 6 v rozsahu

1. rodné číslo poistenca; ak ide o cudzinca, ktorý nemá pridelené rodné číslo, s uvedením mena, priezviska a dátumu narodenia,

2. kód diagnózy podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb pri prepustení z hospitalizácie,

3. dátum prijatia na hospitalizáciu podľa druhého bodu,

4. dátum prepustenia z hospitalizácie podľa druhého bodu,

5. údaje o ďalších hospitalizáciách v kalendárnom mesiaci v rozsahu bodov 1 až 4, ak mal poistenec v kalendárnom mesiaci viacero hospitalizácií.

(6) Zdravotná poisťovňa je na účel vedenia centrálneho registra poistencov povinná sprístupniť úradu elektronicky zoznamy podľa odseku 1 písm. h) až k) a údaje o poistencovi v rozsahu

a) meno a priezvisko,

b) rodné číslo alebo bezvýznamové identifikačné číslo pridelené úradom, ak poistenec nemá rodné číslo,

c) predchádzajúce rodné číslo alebo predchádzajúce bezvýznamové identifikačné číslo, ak došlo k jeho zmene,

d) identifikátor fyzickej osoby,

e) dátum narodenia,

f) pohlavie,

g) štátna príslušnosť,

h) adresa trvalého pobytu alebo adresa prechodného pobytu, ak poistenec nemá trvalý pobyt,

i) identifikačné číslo poistenca v centrálnom registri poistencov,

j) dátum vzniku a dátum zániku verejného zdravotného poistenia,

k) dôvod vzniku a dôvod zániku verejného zdravotného poistenia,

l) identifikačné číslo poistenca v príslušnej zdravotnej poisťovni,

m) označenie platiteľa poistného podľa osobitného predpisu,[35aaka])

n) číselný kód príslušnej zdravotnej poisťovne,

o) číselný kód pobočky príslušnej zdravotnej poisťovne,

p) miesto narodenia, miesto úmrtia a dátum úmrtia, ak nimi zdravotná poisťovňa disponuje,

r) údaje o dohodách o poskytovaní všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti uzatvorených medzi poistencom a poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v rozsahu podľa § 15 ods. 1 písm. w),

s) údaje o aktualizácii údajov poistenca,

t) údaj o tom, že ide o poistenca, ktorému bol vydaný preukaz poistenca s označením „EÚ“ podľa osobitného predpisu,[11a])

u) údaje o preukaze poistenca s označením „EÚ“ vydanom poistencovi v rozsahu identifikačné číslo preukazu, dátum vydania preukazu, dátum nadobudnutia platnosti preukazu a dátum skončenia platnosti preukazu.

(7) Zdravotná poisťovňa pri svojej činnosti spracúva osobné údaje[35ca]) dotknutých osôb v rozsahu svojej činnosti a iné údaje poistencov a ich zákonných zástupcov, tretích osôb, voči ktorým má zdravotná poisťovňa pohľadávku podľa osobitného predpisu,[35cb]) platiteľov poistného a poskytovateľov zdravotnej starostlivosti na účely vykonávania verejného zdravotného poistenia určené v tomto zákone alebo v osobitných predpisoch.[35cc]) Na spracovanie osobných údajov sa na tento účel nevyžaduje súhlas dotknutej osoby.[35ca]) Zdravotná poisťovňa je oprávnená poskytovať tieto údaje z informačného systému aj bez súhlasu a informovania dotknutej osoby, ak to určuje § 76 alebo osobitný predpis.[35cc]) Dokumentácia sa spracúva 15 rokov odo dňa ukončenia vykonávania verejného zdravotného poistenia alebo poskytnutia zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike, alebo úmrtia fyzickej osoby, alebo odo dňa vyhlásenia fyzickej osoby za mŕtvu, a to podľa toho, ktorá skutočnosť uplynie skôr; lehota sa

môže predĺžiť vtedy, ak zdravotná poisťovňa v lehote spracúvania uplatnila svoje práva podľa osobitného predpisu.[35cd])

(8) Zdravotná poisťovňa môže osobné údaje súvisiace s vykonávaním verejného zdravotného poistenia získať kopírovaním, skenovaním alebo iným zaznamenávaním úradných dokladov na nosič informácií a zároveň ich uchovávať bez písomného súhlasu dotknutej osoby.[35cf])

(9) Zdravotná poisťovňa, ktorá naposledy vykonávala verejné zdravotné poistenie poistenca, je povinná oznámiť jeho príslušnej zdravotnej poisťovni do troch pracovných dní od doručenia jej vyžiadania dátum vzniku pracovného pomeru alebo štátnozamestnaneckého pomeru poistenca, na ktorého príjem zo závislej činnosti[35d]) sa uplatňuje sadzba poistného podľa osobitného predpisu.[35e])

(10) Zdravotná poisťovňa, ktorá naposledy vykonávala verejné zdravotné poistenie poistenca, je povinná poskytnúť jeho príslušnej zdravotnej poisťovni do dvoch mesiacov od doručenia jej vyžiadania údaje o poskytnutí zdravotníckej pomôcky plne alebo čiastočne uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia (ďalej len „uhrádzaná zdravotnícka pomôcka“) v období predchádzajúcich troch kalendárnych rokov, ak má zdravotná poisťovňa tieto údaje k dispozícii, v rozsahu

a) rodné číslo poistenca, ak ide o cudzinca, ktorý nemá pridelené rodné číslo, bezvýznamové identifikačné číslo a dátum narodenia,

b) označenie podskupiny uhrádzaných zdravotníckych pomôcok[35f]) s kódom a názvom poskytnutej uhrádzanej zdravotníckej pomôcky,

c) počet uhradených zdravotníckych pomôcok podľa druhého bodu,

d) dátum výdaja uhrádzanej zdravotníckej pomôcky podľa druhého bodu,

e) kód diagnózy uvedenej na lekárskom poukaze.

TRETIA ČASŤ
ZRIADENIE A PÔSOBNOSŤ ÚRADU

§ 17

Zriadenie úradu

(1) Zriaďuje sa úrad ako právnická osoba, ktorému sa v oblasti verejnej správy zveruje vykonávanie

a) dohľadu nad verejným zdravotným poistením [§ 1 písm. d) prvý bod],

b) dohľadu nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti [§ 1 písm. d) druhý bod].

(2) Sídlom úradu je Bratislava.

(3) Úrad sa nezapisuje do obchodného registra.[36])

§ 18

Pôsobnosť úradu

(1) Úrad

a) vykonáva dohľad nad verejným zdravotným poistením tým, že

1. dohliada na dodržiavanie ustanovení tohto zákona a osobitného predpisu,[37])

2. vydáva povolenia a iné rozhodnutia podľa tohto zákona a dohliada na plnenie ním vydaných rozhodnutí vrátane podmienok určených v týchto rozhodnutiach,

3. rozhoduje o námietkach poistenca alebo platiteľa poistného proti výkazu nedoplatkov podľa § 77a, ak námietkam nevyhovela zdravotná poisťovňa podľa osobitného predpisu,[38ab])

4. vydáva rozhodnutia vo veciach prerozdelenia poistného podľa osobitného predpisu,[38d])

5. vydáva rozhodnutia o pokutách za porušenie povinností ustanovených týmto zákonom a osobitným predpisom,[39])

6. rozhoduje o odvolaní proti rozhodnutiu zdravotnej poisťovne o zamietnutí žiadosti o udelenie súhlasu s plánovanou ústavnou zdravotnou starostlivosťou v súlade s osobitným zákonom,[39a])

7. zasiela ministerstvu zdravotníctva rozhodnutia o mesačnom prerozdeľovaní preddavkov na poistné vydané podľa osobitného predpisu[39c]) a rozhodnutia o ročnom prerozdeľovaní poistného vydané podľa osobitného predpisu,[39d])

8. zasiela ministerstvu zdravotníctva údaje na účely výpočtu indexu rizika nákladov z centrálneho registra poistencov v rozsahu ustanovenom osobitným predpisom,[39e])

9. vydáva platobný výmer na pohľadávky vyplývajúce z neuhradeného preplatku na poistnom podľa osobitného predpisu,[39f])

10. sleduje a vyhodnocuje údaje uvádzané vo výkazoch, hláseniach, prehľadoch a iných správach predkladaných úradu zdravotnými poisťovňami podľa tohto zákona a podľa osobitných predpisov,

b) vykonáva dohľad nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti tým, že dohliada na správne poskytovanie zdravotnej starostlivosti[40]) a vedenie zdravotnej dokumentácie[40aaa]) a za podmienok ustanovených týmto zákonom (§ 50 ods. 2, 3 a 11)

1. ukladá sankcie,

2. podáva návrhy na uloženie sankcie,

3. ukladá opatrenia na odstránenie zistených nedostatkov alebo ukladá povinnosť prijať opatrenia na odstránenie zistených nedostatkov,

c) vykonáva dohľad nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti v rámci osobitného liečebného režimu podľa osobitného predpisu[40aa]) v detenčnom ústave a v detenčnom ústave pre mladistvých tým, že dohliada na správne poskytovanie zdravotnej starostlivosti v rámci osobitného liečebného režimu a vedenie zdravotnej dokumentácie,[40aaa]) a za podmienok ustanovených týmto zákonom (§ 50 ods. 5)

1. ukladá sankcie,

2. ukladá opatrenia na odstránenie zistených nedostatkov alebo ukladá povinnosť prijať opatrenia na odstránenie zistených nedostatkov,

d) vykonáva dohľad nad poskytovaním ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnej pomoci, ktoré sú vedené v registri zariadení sociálnej pomoci, ktorým bol úradom pridelený číselný kód [§ 20 ods. 1 písm. e) deviaty bod], tým, že dohliada na správne poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti,[40a]) a na dodržiavanie povinností podľa osobitného predpisu,[40b]) a za podmienok ustanovených týmto zákonom (§ 50 ods. 4 a 8) ukladá

1. sankcie,

2. opatrenia na odstránenie zistených nedostatkov alebo ukladá povinnosť prijať opatrenia na odstránenie zistených nedostatkov,

e) vydáva zdravotným poisťovniam rozhodnutia o mesačnom prerozdeľovaní preddavkov na poistné[39c]) a rozhodnutia o ročnom prerozdeľovaní poistného,[39d])

f) spolupracuje s ministerstvom zdravotníctva a ministerstvom financií na príprave všeobecne záväzných právnych predpisov týkajúcich sa verejného zdravotného poistenia,

g) plní záväzky štátu v oblasti zdravotníctva vyplývajúcich z medzinárodných zmlúv na základe poverenia ministerstva zdravotníctva,

h) je styčný orgán pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia vo vzťahu k styčným orgánom iných členských štátov na komunikáciu medzi príslušnými zdravotnými poisťovňami,[41])

i) uhrádza náklady na zdravotnú starostlivosť poskytnutú poistencovi z iného členského štátu v Slovenskej republike na základe zmluvy o sociálnom zabezpečení alebo dohody s inými členskými štátmi, alebo dohody príslušných úradov týchto štátov, v ktorých sa zmluvné štáty vzdali vzájomného uhrádzania týchto nákladov,

j) zabezpečuje elektronickú výmenu dát v súvislosti s úlohou styčného orgánu podľa písmena h) s prístupovým bodom v súlade s osobitným predpisom,[41aaa]) a technicky zabezpečuje prenos údajov vyplývajúcich z uplatňovania osobitných predpisov,[18l]) v podmienkach Slovenskej republiky,

k) vykonáva činnosť národného kontaktného miesta (§ 20d),

l) vykonáva dohľad nad zdravotnou poisťovňou v nútenej správe a počas likvidácie,

m) určuje výšku podielu poistencov zdravotnej poisťovne na celkovom počte poistencov jednotlivým zdravotným poisťovniam podľa § 8 ods. 5,

n) kontroluje správnosť zaradenia poistenca alebo platiteľa poistného do zoznamu poistencov a platiteľov poistného podľa osobitného predpisu,[41aab])

o) organizuje školenia k prehliadkam mŕtvych tiel,

p) zabezpečuje vykonávanie prehliadok mŕtvych tiel, prevádzkuje informačný systém na zabezpečenie vykonávania prehliadok mŕtvych tiel a vypracúva rozpis vykonávania prehliadok mŕtvych tiel (ďalej len „rozpis úradu“) podľa § 47da,

q) uhrádza

1. úhradu za vykonanú prehliadku mŕtveho tela a úhradu za prepravu prehliadajúceho lekára na miesto vykonania prehliadky mŕtveho tela a späť, ak sa prehliadajúci lekár dopravil na miesto prehliadky mŕtveho tela na vlastné náklady,

1a. poskytovateľovi všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti a poskytovateľovi špecializovanej ambulantnej starostlivosti, ktorého lekár vykonal prehliadku mŕtveho tela na základe rozpisu úradu podľa § 47da,

1b. prehliadajúcemu lekárovi, ktorý vykonal prehliadku mŕtveho tela na základe rozpisu úradu podľa § 47da,

2. úhradu za vykonanú prehliadku mŕtveho tela prehliadajúcemu lekárovi alebo poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti, ktorého lekár vykonal prehliadku mŕtveho tela, ak sa prehliadka mŕtveho tela vykonala v zdravotníckom zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti,

3. úhradu za vykonanie prehliadky mŕtveho tela poskytovateľovi, ktorý má vydané povolenie na prevádzkovanie ambulancie rýchlej lekárskej pomoci,

r) vydáva oprávnenie na vykonávanie prehliadok mŕtvych tiel po absolvovaní školenia k prehliadkam mŕtvych tiel,

s) uskutočňuje vzdelávanie prehliadajúcich lekárov o prípadových štúdiách úradu týkajúcich sa úmrtí,

t) vykonáva dozor nad dodržiavaním povinností poskytovateľa záchrannej zdravotnej služby podľa osobitného predpisu,[41aac])

u) vyhodnocuje stav verejnej minimálnej siete poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti raz ročne podľa osobitného zákona[41aaca]) a zverejňuje výsledky vyhodnocovania stavu verejnej minimálnej siete poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti spolu s protokolom o námietkach každoročne do 30. júna; pre tieto účely plní ďalšie povinnosti ustanovené v osobitnom zákone,[41aaca])

v) vykonáva dohľad nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti v škole[41aacb]) tým, že dohliada na správne poskytovanie zdravotnej starostlivosti a vedenie zdravotnej dokumentácie za podmienok ustanovených týmto zákonom (§ 50 ods. 15), a

1. ukladá sankcie,

2. ukladá opatrenia na odstránenie zistených nedostatkov alebo ukladá povinnosť prijať opatrenia na odstránenie zistených nedostatkov,

w) vykonáva dohľad nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti počas neodkladnej prepravy zabezpečovanej vojenským zdravotníctvom tým, že dohliada na správne poskytovanie zdravotnej starostlivosti a

1. ukladá sankcie,

2. ukladá opatrenia na odstránenie zistených nedostatkov alebo ukladá povinnosť prijať opatrenia na odstránenie zistených nedostatkov,

x) zverejňuje na svojom webovom sídle do konca kalendárneho štvrťroka, v ktorom zdravotné poisťovne zašlú úradu údaje podľa § 15 ods. 1 písm. ao)

1. údaje podľa § 15 ods. 1 písm. ao) samostatne za každú zdravotnú poisťovňu,

2. podiel údajov podľa § 15 ods. 1 písm. ao) prvého bodu a tretieho bodu,

3. podiel rozdielu údajov podľa § 15 ods. 1 písm. ao) prvého bodu a druhého bodu a údajov podľa § 15 ods. 1 písm. ao) tretieho bodu,

4. podiel údajov podľa § 15 ods. 1 písm. ao) tretieho bodu a štvrtého bodu,

5. podiel údajov podľa § 15 ods. 1 písm. ao) piateho bodu a šiesteho bodu,

y) zverejňuje na svojom webovom sídle údaje o rozsahu plnenia všeobecne záväzného právneho predpisu podľa § 15 ods. 8 do 30. júna kalendárneho roka za predchádzajúci kalendárny rok v štruktúre podľa jednotlivých položiek a v členení podľa jednotlivých zdravotných poisťovní,

z) plní ďalšie úlohy ustanovené týmto zákonom.

(2) Pri plnení úloh, ktoré patria do pôsobnosti úradu, postupuje úrad nestranne a nezávisle od štátnych orgánov, orgánov územnej samosprávy, iných orgánov verejnej moci a od ďalších právnických osôb alebo fyzických osôb; štátne orgány, orgány územnej samosprávy, iné orgány verejnej moci ani ďalšie právnické osoby alebo fyzické osoby nesmú neoprávnene zasahovať do činnosti úradu.

(3) Na plnenie úloh, ktoré patria do pôsobnosti úradu, môže úrad zriaďovať pobočky.

(4) Úrad je povinný poskytovať ministerstvu zdravotníctva v súvislosti s poskytovaním cezhraničnej zdravotnej starostlivosti informácie o poistencoch, ktorým bola poskytnutá zdravotná starostlivosť v inom členskom štáte v členení na zdravotnú starostlivosť podľa osobitných predpisov[18l]) a cezhraničnú zdravotnú starostlivosť v elektronickej podobe najneskôr do 5. marca nasledujúceho kalendárneho roka za predchádzajúci kalendárny rok, a to

a) zoznam rozhodnutí úradu o odvolaní poistenca proti rozhodnutiu zdravotnej poisťovne o neudelení súhlasu na poskytovanie zdravotnej starostlivosti podľa osobitných predpisov,[18l]) o neudelení predchádzajúceho súhlasu na cezhraničnú zdravotnú starostlivosť[18n]) alebo o neudelení dodatočného súhlasu na poskytovanie zdravotnej starostlivosti podľa osobitných predpisov[18l]) v rozsahu

1. poradové číslo,

2. číslo odvolania,

3. identifikačné číslo poistenca,

4. dátum prijatia odvolania,

5. odôvodnenie odvolania,

6. dátum vydania rozhodnutia,

7. rozhodnutie úradu,

8. odôvodnenie rozhodnutia úradu,

b) celkové náklady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť podľa jednotlivých členských štátov,

c) počet prípadov čerpania zdravotnej starostlivosti v iných členských štátoch poistencami podľa jednotlivých členských štátov,

d) počet prípadov čerpania zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike poistencami iného členského štátu podľa jednotlivých členských štátov,

e) celkové náklady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť v Slovenskej republike čerpanú poistencami z iných členských štátov podľa jednotlivých členských štátov.

(5) Formu, vzory výkazov a štruktúru výkazov podľa odseku 4 v elektronickej podobe zverejňuje ministerstvo zdravotníctva na svojom webovom sídle.

§ 19

(1) Úrad predkladá vláde

a) správu o činnosti úradu za obdobie predchádzajúceho kalendárneho roka každoročne do 30. apríla,

b) správu o hospodárení za prvý polrok kalendárneho roka do troch mesiacov po skončení kalendárneho polroka,

c) správu o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia za obdobie predchádzajúceho kalendárneho roka každoročne do 30. júna,

d) rozpočet úradu (§ 28 ods. 4).

(2) Správy podľa odseku 1 písm. a) až c) úrad uverejňuje vo Vestníku úradu do 30 dní po ich prerokovaní vo vláde a rozpočet úradu (§ 28 ods. 4) do 30 dní po jeho schválení v dozornej rade.

§ 20

Ďalšia činnosť úradu

(1) Úrad

a) určuje formu a štruktúru zúčtovacej dávky (§ 8aa ods. 4),

b) poskytuje národnému centru údaje z registrov a zoznamov podľa písmena e) prvého, druhého, štvrtého, piateho, desiateho a jedenásteho bodu v celom rozsahu okrem údajov o označení platiteľa poistného z centrálneho registra poistencov v súlade s príslušnými štandardmi zdravotníckej informatiky a bezodkladne oznamuje každú zmenu v zoznamoch podľa písmena e) desiateho a jedenásteho bodu,

c) prideľuje číselné kódy zdravotným poisťovniam,

d) prideľuje, pozastavuje platnosť, ukončuje pozastavenie platnosti a ukončuje platnosť číselného kódu zdravotníckeho pracovníka, poskytovateľa zdravotnej starostlivosti a zariadenia sociálnej pomoci,

e) vedie

1. centrálny register poistencov, ktorý obsahuje meno, priezvisko, rodné priezvisko, rodné číslo alebo bezvýznamové identifikačné číslo pridelené úradom, ak poistenec nemá rodné číslo, predchádzajúce rodné číslo alebo bezvýznamové identifikačné číslo, ak došlo k jeho zmene, identifikátor fyzickej osoby, dátum narodenia, pohlavie, štátnu príslušnosť, adresu trvalého pobytu alebo adresu prechodného pobytu, ak poistenec nemá trvalý pobyt, identifikačné číslo poistenca v centrálnom registri poistencov, dátum vzniku a zániku verejného zdravotného poistenia, dôvod vzniku a zániku verejného zdravotného poistenia, identifikačné číslo poistenca v príslušnej zdravotnej poisťovni, označenie platiteľa poistného podľa osobitného predpisu,[35aaka]) číselný kód príslušnej zdravotnej poisťovne, číselný kód pobočky príslušnej zdravotnej poisťovne, miesto narodenia, miesto úmrtia a dátum úmrtia, údaje o dohodách o poskytovaní všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti uzavretých medzi poistencom a poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v rozsahu podľa § 15 ods. 1 písm. w) a údaje o aktualizácii údajov poistencov, údaj o tom, že ide o poistenca, ktorému bol vydaný preukaz poistenca s označením „EÚ“ podľa osobitného predpisu,[11a]) údaje o preukaze poistenca s označením „EÚ“ vydanom poistencovi v rozsahu identifikačné číslo preukazu, dátum vydania preukazu, dátum nadobudnutia platnosti preukazu a dátum skončenia platnosti preukazu,

2. register zdravotných poisťovní, ktoré vykonávajú verejné zdravotné poistenie na základe povolenia podľa tohto zákona, ktorý obsahuje číselný kód zdravotnej poisťovne, názov, identifikačné číslo organizácie, adresu sídla, dátum začatia činnosti, dátum ukončenia činnosti, číselný kód pobočky, názov pobočky, typ pobočky a adresu pobočky,

3. register platiteľov poistného, ktorý obsahuje číslo platiteľa, identifikačné číslo organizácie, rodné číslo alebo dátum narodenia, ak ide o cudzinca, ktorý nemá pridelené rodné číslo, názov, meno a priezvisko, adresu trvalého pobytu alebo sídla, dátum vzniku prihlasovacej povinnosti, dátum odhlásenia z registra platiteľov, právnu formu, identifikačné číslo poistenca a číslo povolenia na pobyt,

4. register poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorým bol úradom pridelený číselný kód, ktorý obsahuje identifikačné číslo organizácie, názov, adresu sídla, právnu formu, číselný kód poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, druh a identifikátor zdravotníckeho zariadenia, dátum pridelenia číselného kódu, dátum ukončenia platnosti číselného kódu, dátum pozastavenia platnosti číselného kódu, dátum ukončenia pozastavenia platnosti číselného kódu, adresu výkonu odbornej činnosti, meno a priezvisko, rodné číslo alebo dátum narodenia štatutára, adresu štatutára, titul, meno, priezvisko, rodné číslo, dátum narodenia a adresu trvalého pobytu odborného zástupcu, identifikačné údaje poskytovateľa zdravotnej starostlivosti v rozsahu webové sídlo, telefónne číslo, faxové číslo, adresu elektronickej pošty a informáciu o bezbariérovom prístupe do zdravotníckeho zariadenia pre osoby so zdravotným postihnutím,

5. register zdravotníckych pracovníkov, ktorým bol úradom pridelený číselný kód, ktorý obsahuje rodné číslo, ak ho má zdravotnícky pracovník pridelené, meno, priezvisko, titul, dátum narodenia, dátum úmrtia, adresu trvalého pobytu, adresu prechodného pobytu alebo adresu bydliska, ak zdravotnícky pracovník nemá na území Slovenskej republiky trvalý pobyt, registračné číslo a označenie stavovskej organizácie zdravotníckeho pracovníka, v ktorej je zdravotnícky pracovník registrovaný, číselný kód zdravotníckeho pracovníka, dátum pridelenia číselného kódu, dátum ukončenia platnosti číselného kódu, dátum pozastavenia platnosti číselného kódu a dátum ukončenia pozastavenia platnosti číselného kódu,

6. register podaných prihlášok na verejné zdravotné poistenie, ktorý obsahuje rodné číslo alebo bezvýznamové identifikačné číslo poistenca, ak bolo poistencovi pridelené, meno, priezvisko, dátum narodenia, identifikačné číslo poistenca v zdravotnej poisťovni, štátnu príslušnosť, pohlavie, adresu trvalého pobytu poistenca, dátum podania prihlášky, dátum prijatia prihlášky, dôvod neakceptovania prihlášky úradom, dátum doručenia späťvzatia prihlášky, dátum prijatia späťvzatia prihlášky, príslušnú zdravotnú poisťovňu, ak ju poistenec má, zdravotnú poisťovňu, ktorej bola prihláška podaná, dátum potvrdenia prihlášky, dátum začiatku poistného vzťahu,

7. register úmrtí fyzických osôb alebo vyhlásení za mŕtveho, ktorý obsahuje meno, priezvisko, rodné priezvisko, rodné číslo, pohlavie, dátum narodenia, miesto narodenia, štátnu príslušnosť, adresu trvalého pobytu, dátum úmrtia, miesto úmrtia, dátum zápisu úmrtia, matričný úrad, dátum doručenia oznámenia o úmrtí,

8. register osôb, ktoré odmietli za života pitvu, ktorý obsahuje meno, priezvisko, rodné priezvisko, rodné číslo, pohlavie, dátum narodenia, miesto narodenia, štátnu príslušnosť a adresu,

9. register zariadení sociálnej pomoci, ktorým bol úradom pridelený číselný kód, ktorý obsahuje identifikačné číslo organizácie, názov, adresu sídla, právnu formu, číselný kód zariadenia sociálnej pomoci, dátum pridelenia číselného kódu, dátum ukončenia platnosti číselného kódu, dátum pozastavenia platnosti číselného kódu, dátum ukončenia pozastavenia platnosti číselného kódu, adresu výkonu odbornej činnosti, meno a priezvisko, rodné číslo alebo dátum narodenia a adresu osoby, ktorá je štatutárnym orgánom, titul, meno, priezvisko, rodné číslo, dátum narodenia a adresu trvalého pobytu kvalifikovanej osoby zodpovednej za odborné poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti,

10. zoznam prehliadajúcich lekárov v rozsahu údajov meno a priezvisko, titul, rodné číslo, ak ho má prehliadajúci lekár pridelené, identifikátor fyzickej osoby z registra fyzických osôb, ak ho má prehliadajúci lekár pridelený, adresa trvalého pobytu a adresa prechodného pobytu, ak ho má prehliadajúci lekár na území Slovenskej republiky, dátum a miesto narodenia, štátne občianstvo, dátum zaradenia do zoznamu prehliadajúcich lekárov, dátum skončenia platnosti zaradenia do zoznamu prehliadajúcich lekárov a identifikátor priradený úradom prehliadajúcemu lekárovi v zozname,

11. zoznam lekárov vykonávajúcich pitvu v rozsahu údajov meno a priezvisko, titul, rodné číslo, ak ho má lekár vykonávajúci pitvu pridelené, identifikátor fyzickej osoby z registra fyzických osôb, ak ho má lekár vykonávajúci pitvu pridelený, adresa trvalého pobytu a adresa prechodného pobytu, ak ho má lekár vykonávajúci pitvu na území Slovenskej republiky, dátum a miesto narodenia, štátne občianstvo, dátum zaradenia do zoznamu lekárov vykonávajúcich pitvu, dátum skončenia platnosti zaradenia do zoznamu lekárov vykonávajúcich pitvu a identifikátor priradený úradom lekárovi vykonávajúcemu pitvu v zozname,

f) vydáva Vestník úradu,

g) prevádzkuje informačný systém,

h) poskytuje zdravotnej poisťovni informácie súvisiace s prihláškami na verejné zdravotné poistenie podľa osobitného predpisu,[41aad])

i) v rámci výučbového pracoviska zdravotníckeho zariadenia[41aa]) umožňuje účasť študentov a iných osôb na pitve,

j) vykonáva toxikologické a iné laboratórne vyšetrenia pre štátne orgány, právnické osoby a fyzické osoby,

k) vykonáva pitvy a uhrádza pohrebnej službe alebo osobe, ktorá je blízkou osobou[57]) zomrelému, náklady na prepravu mŕtveho tela

1. z miesta úmrtia alebo z miesta uloženia tela v chladiacom zariadení pohrebnej služby na pitvu na príslušné patologicko-anatomické pracovisko a pracovisko súdneho lekárstva a späť z patologicko-anatomického pracoviska a pracoviska súdneho lekárstva do miesta úmrtia alebo do miesta pochovania, ak toto miesto nie je vzdialenejšie ako miesto úmrtia alebo do chladiaceho zariadenia pohrebnej služby, ak pohrebná služba bude zabezpečovať pohreb, do výšky najnižšej ceny na trhu zistenej prieskumom trhu, oslovením minimálne troch poskytovateľov pohrebných služieb,

2. darcu ľudského orgánu z miesta úmrtia na pitvu na príslušné patologicko-anatomické pracovisko a pracovisko súdneho lekárstva a späť z patologicko-anatomického pracoviska a pracoviska súdneho lekárstva do miesta pochovania alebo chladiaceho zariadenia pohrebnej služby, ak pohrebná služba bude zabezpečovať pohreb, do výšky najnižšej ceny na trhu zistenej prieskumom trhu, oslovením minimálne troch poskytovateľov pohrebných služieb,

l) podáva návrh na vyhlásenie konkurzu, ak je zdravotná poisťovňa v úpadku,[41ab])

m) oznamuje príslušnú zdravotnú poisťovňu právnickej osobe so sídlom na území Slovenskej republiky, ktorá vypláca dividendy, podľa osobitného predpisu,[41ba]) do desiatich dní od jej požiadania,

n) bezodkladne oznamuje orgánu príslušnému na vydanie povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia[41bc]) a komore príslušnej na vydanie licencie na výkon samostatnej zdravotníckej praxe[41bd]) na základe ich vyžiadania začatie a skončenie výkonu dohľadu nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti [§ 18 ods. 1 písm. b)], vedenie konania o uložení pokuty podľa § 64 ods. 2 a jeho právoplatné skončenie,

o) poskytuje národnému centru údaje do Národného registra zdravotníckych pracovníkov[41be]) a do Národného registra pracovníkov v zdravotníctve s prístupom do elektronickej zdravotnej knižky,[41bea])

p) bezodkladne oznamuje orgánu príslušnému na vydanie povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia zmeny v údajoch registra poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v rozsahu identifikačné číslo organizácie, názov, adresu sídla, právnu formu, číselný kód poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, identifikátor zdravotníckeho zariadenia, druh zdravotníckeho zariadenia, dátum pridelenia číselného kódu, dátum ukončenia platnosti číselného kódu, dátum pozastavenia platnosti číselného kódu, dátum ukončenia pozastavenia platnosti číselného kódu, adresu výkonu odbornej činnosti, meno a priezvisko, rodné číslo alebo dátum narodenia a adresu osoby, ktorá je štatutárnym orgánom, meno, priezvisko a titul odborného zástupcu, dátum narodenia odborného zástupcu a rodné číslo zdravotníckeho pracovníka, ktorý je odborným zástupcom,

q) určuje spôsob, obsah a formu elektronickej výmeny údajov týkajúcich sa refundácií nákladov na vecné dávky a spätného vymáhania podľa osobitného predpisu na národnej úrovni medzi zdravotnou poisťovňou a úradom podľa § 15 ods. 1 písm. af),

r) sprístupňuje komorám príslušným na vydanie licencie na výkon samostatnej zdravotníckej praxe,[41bd]) vyšším územným celkom, Sociálnej poisťovni, Úradu verejného zdravotníctva Slovenskej republiky a regionálnemu úradu verejného zdravotníctva a ministerstvu zdravotníctva na účely aktualizácie nimi vedených registrov údaje a zmeny v údajoch z registra a na účely vyhodnocovania stavu verejnej minimálnej siete poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti

1. zdravotníckych pracovníkov v rozsahu meno, priezvisko, rodné číslo alebo dátum narodenia, číselný kód zdravotníckeho pracovníka, dátum pridelenia číselného kódu, dátum ukončenia platnosti číselného kódu, dátum pozastavenia platnosti kódu a dátum ukončenia pozastavenia platnosti číselného kódu,

2. poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v rozsahu identifikátor zdravotníckeho zariadenia, identifikačné číslo organizácie, druh zdravotníckeho zariadenia, názov, adresu sídla, číselný kód poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, dátum pridelenia číselného kódu, dátum ukončenia platnosti číselného kódu, dátum pozastavenia platnosti číselného kódu, dátum ukončenia pozastavenia platnosti číselného kódu a adresu výkonu odbornej činnosti,

3. zariadení sociálnej pomoci poskytujúcich ošetrovateľskú starostlivosť v rozsahu identifikačné číslo organizácie, názov, adresu sídla, číselný kód zariadenia sociálnej pomoci, dátum pridelenia číselného kódu, dátum ukončenia platnosti číselného kódu, dátum pozastavenia platnosti číselného kódu zariadenia sociálnej pomoci, dátum ukončenia pozastavenia platnosti číselného kódu zariadenia sociálnej pomoci a adresu výkonu odbornej činnosti,

s) poskytuje údaje z hlásenia o úmrtí

1. príslušnému úradu poverenému vedením matriky a na štatistické účely štatistickému úradu bezodkladne po prehliadke mŕtveho tela,

2. na vyžiadanie manželovi alebo manželke, dieťaťu alebo rodičovi alebo ich zákonnému zástupcovi po smrti osoby, alebo blízkej osobe,[57]) ktorá s ňou žila v čase smrti v domácnosti, alebo ich zákonnému zástupcovi,

3. znalcovi, ktorého ustanovil súd alebo pribral orgán činný v trestnom konaní alebo ktorého požiadala o vypracovanie znaleckého posudku niektorá zo strán na účely priamo súvisiace s konaním pred súdom, alebo ktorého požiadal o vypracovanie znaleckého posudku poskytovateľ zdravotnej starostlivosti na účel posudzovania správnosti postupu pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti v prípade úmrtia osoby, v rozsahu nevyhnutnom na vyhotovenie znaleckého posudku; o rozsahu údajov potrebných na vypracovanie znaleckého posudku rozhoduje znalec; obdobne sa postupuje, ak ide o znalca určeného podľa Správneho poriadku,[62])

4. na vyžiadanie odbornému pracovníkovi epidemiológie príslušného regionálneho úradu verejného zdravotníctva a odbornému pracovníkovi epidemiológie orgánov verejného zdravotníctva v rozsahu potrebnom na zabezpečenie epidemiologického vyšetrovania,

5. na vyžiadanie Štátnemu ústavu pre kontrolu liečiv v rozsahu nevyhnutnom na účely výkonu povinností podľa osobitného predpisu,[9])

6. na vyžiadanie posudkovému lekárovi na účely lekárskej posudkovej činnosti pri výkone sociálneho poistenia a v sociálnom zabezpečení policajtov a vojakov podľa osobitných predpisov,[41bf])

7. na vyžiadanie poskytovateľovi všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti, s ktorým mala osoba zomrelá uzatvorenú dohodu o poskytovaní všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti,

8. na vyžiadanie poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti, ktorý má vydané povolenie na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia ústavnej zdravotnej starostlivosti, v ktorom došlo k úmrtiu,

9. na vyžiadanie príslušnej komerčnej poisťovni, v ktorej mala osoba zomrelá uzatvorenú platnú poistnú zmluvu, na účel preverenia oprávnenosti nároku na výplatu poistnej sumy oprávneným osobám,

10. na vyžiadanie prevádzkovateľovi pohrebnej služby v rozsahu nevyhnutnom na účely výkonu povinností podľa osobitného predpisu,[41bfa])

11. na vyžiadanie prevádzkovateľovi krematória v rozsahu nevyhnutnom na účely výkonu povinností podľa osobitného predpisu,[41bfb])

12. na vyžiadanie prevádzkovateľovi balzamovania a konzervácie v rozsahu nevyhnutnom na účely výkonu povinností podľa osobitného predpisu,[41bfc])

13. na vyžiadanie prevádzkovateľovi pohrebiska v rozsahu nevyhnutnom na účely výkonu povinností podľa osobitného predpisu,[41bfd])

t) poskytuje prostredníctvom informačného systému úradu na základe registrácie v informačnom systéme úradu

1. poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti na účel poskytovania zdravotnej starostlivosti, zariadeniu sociálnej pomoci na účel poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti, zdravotnej poisťovni na účel výkonu verejného zdravotného poistenia, Sociálnej poisťovni na účel vykonávania sociálneho poistenia,[50]) Ministerstvu vnútra Slovenskej republiky pre potreby Policajného zboru na účel plnenia úloh podľa osobitného predpisu[93]) a Ministerstvu práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky na účel plnenia úloh podľa osobitného predpisu[41bg]) údaje poistencov v rozsahu meno a priezvisko, označenie každej príslušnej zdravotnej poisťovne a dátum každej zmeny zdravotnej poisťovne odo dňa vzniku verejného zdravotného poistenia na území Slovenskej republiky, a to po zadaní rodného čísla poistenca do informačného systému úradu,

2. poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti na účel poskytovania zdravotnej starostlivosti, zariadeniu sociálnej pomoci na účel poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti, zdravotnej poisťovni na účel výkonu verejného zdravotného poistenia, Sociálnej poisťovni na účel vykonávania sociálneho poistenia,[50]) Ministerstvu vnútra Slovenskej republiky pre potreby Policajného zboru na účel plnenia úloh podľa osobitného predpisu,[93]) Ministerstvu práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky na účel plnenia úloh podľa osobitného predpisu,[41bg]) komorám príslušným na registráciu zdravotníckych pracovníkov na účel aktualizácie nimi vedených registrov a súdnemu exekútorovi poverenému vykonaním exekúcie podľa osobitného predpisu[94]) na účel vykonania exekúcie údaje zomrelých osôb v rozsahu

meno a priezvisko, a dátum úmrtia, a to po zadaní rodného čísla zomrelej osoby do informačného systému úradu,

3. poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti na účel poskytovania zdravotnej starostlivosti, zariadeniu sociálnej pomoci na účel poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti, zdravotnej poisťovni na účel výkonu verejného zdravotného poistenia osobné údaje zdravotníckych pracovníkov v rozsahu meno, priezvisko a číselný kód, a to po zadaní číselného kódu zdravotníckeho pracovníka do informačného systému úradu,

u) zverejňuje z informačného systému úradu na webovom sídle úradu údaje v rozsahu označenie príslušnej zdravotnej poisťovne poistenca a dátum zmeny zdravotnej poisťovne poistenca, a to na základe rodného čísla poistenca zadaného do informačného systému úradu,

v) ukončí platnosť zaradenia prehliadajúceho lekára do zoznamu podľa odseku 1 písm. e) desiateho bodu, ak

1. prehliadajúci lekár zomrel alebo bol vyhlásený za mŕtveho,

2. prehliadajúcemu lekárovi bola opakovane v priebehu jedného kalendárneho roka právoplatne uložená sankcia za porušenie povinnosti ustanovenej týmto zákonom,

3. poskytovateľ zdravotnej starostlivosti, ktorý má vydané povolenie na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia ústavnej zdravotnej starostlivosti, písomne oznámil úradu ukončenie zaraďovania prehliadajúceho lekára do rozpisu poskytovateľa, ak zároveň nie je prehliadajúci lekár zaraďovaný do rozpisu úradu,

w) ukončí platnosť zaradenia lekára vykonávajúceho pitvu do zoznamu podľa odseku 1 písm. e) jedenásteho bodu, ak

1. lekár vykonávajúci pitvu zomrel alebo bol vyhlásený za mŕtveho,

2. bol ukončený pracovnoprávny vzťah lekára vykonávajúceho pitvu s úradom,

x) poskytuje elektronicky na vyžiadanie národnému centru na účely vedenia údajovej základne, zdravotníckej štatistiky a na vedecké účely údaje z hlásenia o úmrtí v rozsahu

1. meno, priezvisko a rodné priezvisko zomrelého,

2. rodné číslo zomrelého,

3. identifikátor fyzickej osoby,

4. zdravotná poisťovňa zomrelého,

5. dátum narodenia zomrelého,

6. miesto narodenia zomrelého v rozsahu obec, okres a štát,

7. dátum a hodina úmrtia zomrelého,

8. miesto úmrtia alebo nájdenia mŕtvoly v rozsahu obec, okres, štát a miesto, kde nastalo úmrtie,

9. pohlavie zomrelého,

10. zamestnanie zomrelého,

11. najvyššie získané vzdelanie zomrelého,

12. štátne občianstvo zomrelého,

13. národnosť zomrelého,

14. rodinný stav zomrelého,

15. trvalý pobyt zomrelého v rozsahu štát, obec, ulica, orientačné a súpisné číslo,

16. u detí zomrelých do jedného roku života aj dĺžka života v hodinách a pôrodná hmotnosť,

17. príčina smrti podľa klinického nálezu v rozsahu choroba alebo stav, ktoré priamo privodili smrť, predchádzajúce príčiny, prvotná príčina, iné závažné chorobné stavy a zmeny, vonkajšia príčina smrti,

18. miesto, dátum a hodina prehliadky,

19. meno a priezvisko prehliadajúceho lekára,

20. návrh prehliadajúceho lekára na vykonanie pitvy,

21. výsledky pitvy, ak bola vykonaná v rozsahu choroba alebo stav, ktoré priamo privodili smrť, predchádzajúce príčiny, prvotná príčina, iné závažné chorobné stavy a zmeny, vonkajšia príčina smrti,

22. miesto vykonania pitvy,

23. dátum a čas vykonania pitvy,

24. meno a priezvisko lekára, ktorý vykonal pitvu,

25. diagnóza určená pre štatistické spracovanie príčin smrti.

(2) Úrad vo Vestníku úradu uverejňuje

a) správu o činnosti úradu [§ 19 ods. 1 písm. a)],

b) správu o hospodárení za prvý polrok kalendárneho roka [§ 19 ods. 1 písm. b)],

c) správu o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia [§ 19 ods. 1 písm. d)],

d) rozpočet úradu (§ 28 ods. 4),

e) zoznam zdravotných poisťovní, ktoré vykonávajú verejné zdravotné poistenie na základe povolenia podľa tohto zákona,

f) výrok právoplatného rozhodnutia o vydaní povolenia, prípadne aj odôvodnenie výroku alebo jeho časti (§ 37 ods. 4),

g) právoplatné rozhodnutie o zrušení povolenia (§ 39 ods. 6),

h) výrok právoplatného rozhodnutia o zavedení nútenej správy nad zdravotnou poisťovňou (§ 52 ods. 6),

i) oznámenie o skončení nútenej správy nad zdravotnou poisťovňou (§ 59 ods. 2),

j) oznámenie o dočasnom zastavení oprávnenia zdravotnej poisťovne prijímať a potvrdzovať prihlášky na verejné zdravotné poistenie a uzatvárať zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (§ 62 ods. 2),

k) metodické usmernenia a odporúčania úradu na poskytovanie zdravotnej starostlivosti a na vykonávanie verejného zdravotného poistenia,

l) metodické usmernenia úradu k obsahu a štruktúre zoznamov, spôsobe a forme predkladania výkazov k platobnej schopnosti (§ 14),

m) ukazovateľa platobnej schopnosti zdravotnej poisťovne (§ 14 ods. 2); samostatne pre každú zdravotnú poisťovňu, ktorá má povolenie podľa tohto zákona, uvedie, či zdravotná poisťovňa platobnú schopnosť spĺňa alebo nie, najneskôr do 10 dní kalendárneho mesiaca nasledujúceho po mesiaci, v ktorom zdravotná poisťovňa mala preukázať platobnú schopnosť úradu (§ 14 ods. 6),

n) metodické usmernenia úradu o náležitostiach harmonogramu prevodu poistného kmeňa [§ 61 ods. 6 písm. c)],

o) metodické usmernenia úradu o postupe spätného prevodu poistného kmeňa (§ 61d),

p) metodické usmernenia úradu o vykonávaní prehliadok mŕtvych tiel, vrátane podrobností týkajúcich sa vystavovania potvrdenia o prehliadke mŕtveho tela (§ 47b ods. 3), a úhradách za vykonané prehliadky mŕtvych tiel,

q) metodické usmernenia úradu k forme a štruktúre zúčtovacej dávky (§ 8aa ods. 4),

r) metodické usmernenia úradu o podrobnostiach o prideľovaní, pozastavení platnosti, ukončení pozastavenia platnosti a ukončení platnosti číselného kódu zdravotníckeho pracovníka, poskytovateľa zdravotnej starostlivosti a zariadenia sociálnej pomoci,

s) metodické usmernenia úradu k zabezpečeniu činnosti odborných konzultantov na výkon dohľadu,

t) každoročne aktuálnu výšku nákladov na vykonanie toxikologických vyšetrení a iných laboratórnych vyšetrení realizovaných úradom, ktoré sú hradené štátnymi orgánmi, právnickými osobami a fyzickými osobami, ktoré o vykonanie vyšetrenia požiadali,

u) iné dôležité oznámenia úradu.

(3) Úrad pridelí číselný kód zdravotníckemu pracovníkovi, poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti a zariadeniu sociálnej pomoci na základe predchádzajúcej písomnej žiadosti subjektu, ktorému má byť tento číselný kód pridelený.

(4) Na prideľovanie, pozastavenie platnosti, ukončenie pozastavenia platnosti a na ukončenie platnosti číselného kódu zdravotníckeho pracovníka, poskytovateľa zdravotnej starostlivosti a zariadenia sociálnej pomoci sa nevzťahuje správny poriadok.

(5) Úrad pri svojej činnosti podľa odseku 1 písm. d) spracúva osobné údaje zdravotníckych pracovníkov, štatutárnych zástupcov a odborných zástupcov poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, štatutárnych zástupcov a kvalifikovaných osôb zodpovedných za poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti v zariadení sociálnej pomoci, a to v rozsahu nevyhnutnom na zabezpečenie činnosti úradu podľa odseku 1 písm. d) a na vedenie registrov podľa odseku 1 písm. e) štvrtého, piateho a deviateho bodu.

(6) Úrad elektronicky poskytuje zdravotným poisťovniam na účely vykonávania verejného zdravotného poistenia údaje z registrov podľa odseku 1 písm. e) štvrtého, piateho a deviateho bodu v celom rozsahu.

§ 20a

Zamestnanec úradu nesmie

a) byť poskytovateľom zdravotnej starostlivosti,[41b])

b) zaobchádzať s liekmi a so zdravotníckymi pomôckami,[41c])

c) byť štatutárnym orgánom alebo členom štatutárneho orgánu, odborným zástupcom alebo spoločníkom právnickej osoby, ktorá je držiteľom povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia[41d]) alebo povolenia na zaobchádzanie s liekmi a so zdravotníckymi pomôckami,[41e])

d) byť členom predstavenstva, členom dozornej rady, prokuristom alebo zamestnancom zdravotnej poisťovne.

§ 20d

Národné kontaktné miesto

(1) Národné kontaktné miesto dostáva údaje a informácie od ministerstva, zdravotných poisťovní, poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, samosprávnych krajov a komôr, ktoré sú potrebné na poskytovanie informácií o cezhraničnej zdravotnej starostlivosti.

(2) Národné kontaktné miesto je povinné poskytnúť poistencovi iného členského štátu na jeho žiadosť do siedmich dní odo dňa prijatia žiadosti informácie o

a) jeho právach a nárokoch v súvislosti s prijímaním cezhraničnej zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike podľa osobitných predpisov,[41g])

b) poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti podľa osobitného predpisu[41h]) či majú vydanú licenciu, či majú vydané povolenie na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia alebo povolenie podľa osobitného predpisu,[24a]) či nemajú pozastavenú činnosť, ich adresy, webové sídla, kontakty,

c) právnych a administratívnych možnostiach dostupných na urovnanie sporov,[41i]) a to aj v prípade poškodenia spôsobeného v dôsledku poskytnutia cezhraničnej zdravotnej starostlivosti,

d) postupoch pri sťažnostiach a mechanizmoch na zabezpečenie nápravy podľa osobitného predpisu,[41j])

e) dohľade nad zdravotnou starostlivosťou podľa § 18 ods. 1 písm. b) a § 50 ods. 2 a 3 a osobitného predpisu,[41j])

f) bezbariérovom prístupe zdravotníckych zariadení pre osoby so zdravotným postihnutím,

g) právnych predpisoch pre kvalitu a bezpečnosť vo vzťahu k poskytovaniu zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike,[41k])

h) prvkoch, ktoré musí obsahovať lekársky predpis alebo lekársky poukaz vystavený v Slovenskej republike.

(3) Národné kontaktné miesto poskytuje poistencovi do siedmich pracovných dní odo dňa prijatia jeho žiadosti informácie o jeho právach a nárokoch, ktoré má pri cezhraničnej zdravotnej starostlivosti poskytovanej v inom členskom štáte Európskej únie, o prvkoch, ktoré musí obsahovať lekársky predpis alebo lekársky poukaz vystavený v inom členskom štáte Európskej únie, podmienkach preplácania nákladov, postupoch nadobúdania a stanovovania týchto nárokov, kontaktné údaje o národných kontaktných miestach v iných členských štátoch Európskej únie a o postupoch odvolania a nápravy, ak sa poistenec domnieva, že jeho práva neboli dodržané. Pri informovaní o cezhraničnej zdravotnej starostlivosti poistenec musí dostať presné informácie o jeho právach, ktoré má podľa osobitných predpisov;[18l]) ak je pri poskytovaní informácii potrebná súčinnosť inštitúcie v inom členskom štáte Európskej únie, lehotu na vybavenie žiadosti je možné primerane predĺžiť.

(4) Národné kontaktné miesto spolupracuje s Európskou komisiu a s národnými kontaktnými miestami v iných členských štátoch Európskej únie a poskytuje im informácie o zdravotníckych pracovníkoch, o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike, či vykonávajú zdravotnícke povolanie

a) na základe povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia alebo povolenia vydaného podľa osobitného predpisu,[24a])

b) na základe licencie na výkon samostatnej zdravotníckej praxe,

c) na základe licencie na výkon lekárskej posudkovej činnosti.

(5) Výmena informácií medzi národnými kontaktnými miestami podľa odseku 4 prebieha prostredníctvom informačného systému o vnútornom trhu vytvoreného podľa osobitného predpisu.[41l])

(6) Národné kontaktné miesto poskytuje poistencom, zdravotníckym pracovníkom a zdravotným poisťovniam informácie o

a) správnej diagnostike zriedkavých chorôb (najmä o databáze Orphanet),

b) európskych referenčných sieťach,

c) možnostiach posielania pacientov so zriedkavými chorobami do iných členských štátov na poskytnutie zdravotnej starostlivosti, ktoré nie je dostupné v Slovenskej republike.

(7) Národné kontaktné miesto pri svojej činnosti spolupracuje s organizáciami pacientov, poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti a zdravotnými poisťovňami, ktoré mu poskytujú informácie potrebné na zabezpečovanie informácií poistencom o cezhraničnej zdravotnej starostlivosti.

(8) Národné kontaktné miesto na svojom webovom sídle zverejňuje

a) práva a nároky poistenca iného členského štátu Európskej únie v súvislosti s prijímaním cezhraničnej zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike podľa osobitných predpisov[41g]) a práva a nároky poistenca, ktoré má pri cezhraničnej zdravotnej starostlivosti poskytovanej v inom členskom štáte Európskej únie,

b) zoznam poskytovateľov zdravotnej starostlivosti podľa osobitného predpisu,[41h]) ktorí majú vydanú licenciu, povolenie na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia alebo povolenie podľa osobitného predpisu,[24a]) v rozsahu meno, priezvisko, adresa výkonu zdravotnej činnosti, druh zdravotníckeho zariadenia a jeho odborné zameranie, webové sídlo, telefónne číslo, faxové číslo, adresa elektronickej pošty, ak ide o fyzickú osobu; ak ide o právnickú osobu, aj meno a priezvisko štatutárneho orgánu alebo členov štatutárneho orgánu a meno a priezvisko odborného zástupcu,

c) právne predpisy a administratívne možnosti dostupné na urovnanie sporov,[41i]) a to aj v prípade poškodenia spôsobeného v dôsledku poskytnutia cezhraničnej zdravotnej starostlivosti,

d) postup pri sťažnostiach a mechanizmy na zabezpečenie nápravy podľa osobitného predpisu,[41j])

e) postup pri dohľade nad zdravotnou starostlivosťou podľa § 18 ods. 1 písm. b) a § 50 ods. 2 a 3 a osobitného predpisu,[41j])

f) zoznam poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti, ktoré majú bezbariérový prístup pre osoby so zdravotným postihnutím,

g) právne predpisy pre kvalitu a bezpečnosť vo vzťahu k poskytovaniu zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike,[41k])

h) prvky, ktoré musí obsahovať lekársky predpis alebo lekársky poukaz vystavený v inom členskom štáte Európskej únie, a prvky, ktoré musí obsahovať lekársky predpis alebo lekársky poukaz vystavený v Slovenskej republike,

i) podmienky preplácania nákladov, postupy nadobúdania a stanovovania týchto nárokov pri čerpaní zdravotnej starostlivosti v inom členskom štáte Európskej únie,

j) kontaktné údaje o národných kontaktných miestach v iných členských štátoch Európskej únie a

k) postupy pri odvolaní a možnosti nápravy, ak sa poistenec domnieva, že jeho práva neboli dodržané.

(9) Informácie uvedené v odseku 8 musia byť ľahko dostupné, musia sa poskytovať aj v elektronickej podobe a vo formách prístupných osobám so zdravotným postihnutím.

§ 21

Orgány úradu

Orgánmi úradu sú:

a) predseda úradu,

b) správna rada,

c) dozorná rada.

Predseda úradu

§ 22

(1) Predseda úradu je štatutárnym a výkonným orgánom úradu.

(2) Predsedu úradu vymenúva a odvoláva vláda na návrh ministra zdravotníctva. Ak predseda úradu nebol v čase vymenovania zamestnancom úradu, dňom vymenovania mu vzniká pracovný pomer[42]) k úradu.

(3) Funkčné obdobie predsedu úradu je päťročné; začína plynúť dňom vymenovania do funkcie. Výkon funkcie predsedu úradu je obmedzený najviac na dve za sebou nasledujúce funkčné obdobia.

(4) Za predsedu úradu môže byť vymenovaná fyzická osoba, ktorá

a) má spôsobilosť na právne úkony v plnom rozsahu,

b) má diplom o absolvovaní vysokoškolského štúdia v študijných programoch druhého stupňa,[43])

c) má najmenej sedemročnú prax v oblasti zdravotného poistenia, v oblasti práva, v oblasti finančného trhu alebo v oblasti poskytovania zdravotnej starostlivosti, z toho najmenej dva roky praxe v riadiacej, vedeckej alebo pedagogickej funkcii,

d) je dôveryhodná; na posudzovanie dôveryhodnosti sa použije § 33 ods. 3 písm. a),

e) má trvalý pobyt na území Slovenskej republiky.

(5) Funkcia predsedu úradu je nezlučiteľná s funkciou prezidenta Slovenskej republiky, poslanca Národnej rady Slovenskej republiky, člena vlády, sudcu, prokurátora, s funkciou, povolaním alebo zamestnaním v štátnom orgáne, orgáne územnej samosprávy alebo v

právnických osobách, ktorým bol zverený výkon verejnej moci, s funkciou v zdravotnej poisťovni alebo vo finančnej inštitúcii uvedenej v § 33 ods. 4. Funkcia predsedu úradu je nezlučiteľná aj s funkciou člena správnej rady (§ 24 a 25) a s funkciou člena dozornej rady (§ 26 a 27).

(6) Predseda úradu nesmie popri výkone svojej funkcie vykonávať žiadnu inú platenú funkciu, podnikať, ani vykonávať inú zárobkovú činnosť okrem správy vlastného majetku alebo majetku svojich maloletých detí, vedeckej, pedagogickej, lektorskej, literárnej, publicistickej a umeleckej činnosti.

(7) Ak predseda úradu v čase jeho vymenovania do tejto funkcie vykonáva funkciu, povolanie, zamestnanie alebo činnosť, ktorá je nezlučiteľná s funkciou predsedu úradu, je povinný bez zbytočného odkladu skončiť každú takúto funkciu, povolanie, zamestnanie alebo činnosť.

(8) Predseda úradu je povinný bez zbytočného odkladu po svojom vymenovaní doručiť vláde písomné oznámenie, v ktorom uvedie, či spĺňa podmienky nezlučiteľnosti svojej funkcie podľa odsekov 5 a 6.

(9) Výkon funkcie predsedu úradu končí uplynutím jeho funkčného obdobia. Pred uplynutím funkčného obdobia výkon funkcie predsedu úradu zaniká

a) vzdaním sa funkcie písomným oznámením predsedu úradu doručeným vláde; 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 vláde,

b) odvolaním z funkcie,

c) smrťou alebo vyhlásením za mŕtveho.[44])

(10) Predsedu úradu odvolá vláda z jeho funkcie, ak

a) bola obmedzená jeho spôsobilosť na právne úkony,

b) začal vykonávať funkciu, povolanie, zamestnanie alebo činnosť, ktorá je nezlučiteľná s funkciou predsedu úradu, alebo nesplnil povinnosť podľa odseku 8,

c) nevykonáva svoju funkciu najmenej šesť po sebe nasledujúcich kalendárnych mesiacov,

d) existujú iné závažné dôvody, najmä v prípade konania, ktoré vyvoláva alebo je spôsobilé vyvolať pochybnosti o osobnostných, morálnych alebo odborných predpokladoch na výkon jeho funkcie.

§ 23

(1) Predseda úradu

a) navrhuje rozpočet úradu a predkladá ho správnej rade na zaujatie stanoviska a dozornej rade na schválenie,

b) vypracúva návrh správy o hospodárení úradu a predkladá ho dozornej rade na schválenie,

c) rozhoduje o zriaďovaní pobočiek úradu, ich územných obvodoch a sídlach,

d) vymenúva a odvoláva po predchádzajúcom prerokovaní so správnou radou

1. zástupcu predsedu úradu,

2. riaditeľa pobočky úradu,

e) rozhoduje o rozkladoch proti rozhodnutiam úradu vydaným v prvom stupni, a to na návrh ním ustanovenej poradnej komisie,

f) rozhoduje o ďalších veciach, ak nie sú zverené týmto zákonom do pôsobnosti iného orgánu úradu,

g) rozhoduje o námietkach proti výkazu nedoplatkov, ak im zdravotná poisťovňa nevyhovela, a to na návrh ním ustanovenej poradnej komisie.

(2) Predsedu úradu zastupuje
a) v plnom rozsahu jeho práv a povinností zástupca predsedu úradu, ak predseda úradu

1. nie je vymenovaný,

2. nevykonáva svoju funkciu dlhšie ako 30 kalendárnych dní,

b) v rozsahu určenom predsedom úradu

1. zástupca predsedu úradu,

2. riaditeľ pobočky úradu,

3. iný vedúci zamestnanec úradu.

(3) Predsedovi úradu patrí za výkon jeho funkcie mesačná mzda vo výške štvornásobku priemernej mesačnej mzdy zamestnanca v hospodárstve Slovenskej republiky zistenej štatistickým úradom za predchádzajúci kalendárny rok zaokrúhlenej na celé euro nahor (ďalej len „priemerná mesačná mzda“). Rovnaká mzda patrí aj zástupcovi predsedu úradu počas zastupovania predsedu úradu podľa § 23 ods. 2 písm. a).

(4) Predsedovi úradu patrí mesačne paušálna náhrada na pokrytie nevyhnutných výdavkov súvisiacich s vykonávaním funkcie, a to najviac do výšky 20 % zo mzdy. Paušálna náhrada sa určuje pevnou sumou. Nárok na paušálnu náhradu vzniká odo dňa začatia vykonávania funkcie a zaniká dňom skončenia vykonávania funkcie. Paušálnu náhradu predsedovi úradu určuje správna rada uznesením.

Správna rada

§ 24

(1) Správna rada má sedem členov. Členmi správnej rady sú:

a) predseda správnej rady,

b) podpredseda správnej rady,

c) ďalší piati členovia správnej rady, z ktorých traja nie sú zamestnancami úradu.

(2) Členov správnej rady vymenúva a odvoláva vláda na návrh ministra zdravotníctva.

(3) Funkčné obdobie člena správnej rady je päťročné; začína plynúť dňom vymenovania do funkcie. Členstvo v správnej rade je obmedzené najviac na dve za sebou nasledujúce funkčné obdobia.

(4) Za člena správnej rady môže byť vymenovaná fyzická osoba, ktorá spĺňa požiadavky podľa § 22 ods. 4 písm. a), d) a e) a ďalej má

a) diplom o absolvovaní vysokoškolského štúdia v študijných programoch druhého stupňa,[43])

b) najmenej trojročnú prax v oblasti zdravotného poistenia, v oblasti práva, v oblasti finančného trhu alebo v oblasti poskytovania zdravotnej starostlivosti.

(5) Funkcia člena správnej rady je nezlučiteľná s funkciou prezidenta Slovenskej republiky, poslanca Národnej rady Slovenskej republiky, člena vlády, sudcu, prokurátora, s funkciou, povolaním alebo zamestnaním v štátnom orgáne, orgáne územnej samosprávy alebo v právnických osobách, ktorým bol zverený výkon verejnej moci, s funkciou v zdravotnej poisťovni alebo vo finančnej inštitúcii uvedenej v § 33 ods. 4. Nezlučiteľnosť funkcie člena správnej rady so zamestnaním v úrade neplatí pre členov správnej rady, ktorí sú zamestnancami úradu. Funkcia člena správnej rady je nezlučiteľná aj s funkciou predsedu úradu (§ 22 a 23) a s funkciou člena dozornej rady (§ 26 a 27).

(6) Ak člen správnej rady v čase jeho vymenovania do tejto funkcie vykonáva funkciu, povolanie alebo zamestnanie, ktoré je nezlučiteľné s funkciou člena správnej rady, je povinný bez zbytočného odkladu skončiť každú takúto funkciu, povolanie alebo zamestnanie.

(7) Člen správnej rady je povinný bez zbytočného odkladu po svojom vymenovaní doručiť predsedovi vlády písomné oznámenie, v ktorom uvedie, či spĺňa podmienky nezlučiteľnosti podľa odseku 5.

(8) Výkon funkcie člena správnej rady končí uplynutím jeho funkčného obdobia. Pred uplynutím funkčného obdobia výkon funkcie člena správnej rady zaniká

a) vzdaním sa funkcie na písomnú žiadosť člena správnej rady doručenú vláde; výkon funkcie v takom prípade zaniká dňom doručenia písomného oznámenia, ak v ňom nie je uvedený neskorší deň vzdania sa funkcie,

b) odvolaním z funkcie; na dôvody odvolania sa rovnako vzťahuje § 22 ods. 10,

c) smrťou alebo vyhlásením za mŕtveho.[44])

(9) Výkon funkcie člena správnej rady, ktorý je zamestnancom úradu, zaniká aj skončením pracovného pomeru k úradu.

§ 25

(1) Správna rada

a) schvaľuje správu o činnosti úradu,

b) navrhuje audítora na overenie ročnej účtovnej závierky úradu a návrh predkladá dozornej rade na schválenie,

c) vyjadruje sa k návrhu rozpočtu úradu,

d) vyjadruje sa k návrhu správy o hospodárení úradu,

e) prerokúva návrhy na vymenovanie a odvolanie zástupcu predsedu úradu a riaditeľa pobočky úradu,

f) rokuje o veciach predložených predsedom úradu a dozornou radou,

g) schvaľuje vnútorné predpisy úradu, najmä organizačný poriadok, pracovný poriadok, mzdový poriadok pre zamestnancov úradu a paušálnu náhradu predsedovi úradu, pravidlá financovania a hospodárenia úradu,

h) schvaľuje rokovací poriadok správnej rady.

(2) Predsedovi správnej rady patrí za výkon jeho funkcie mesačná odmena vo výške dvojnásobku priemernej mesačnej mzdy. Podpredsedovi správnej rady patrí za výkon jeho funkcie mesačná odmena vo výške 1,5-násobku priemernej mesačnej mzdy. Ostatným členom správnej rady patrí za výkon ich funkcie mesačná odmena vo výške 1,3-násobku priemernej mesačnej mzdy. Mesačné odmeny sa vyplácajú z finančných prostriedkov úradu.

(3) Správna rada zasadá pravidelne najmenej raz za štvrťrok. Rokovanie správnej rady zvoláva a vedie jej predseda, v jeho neprítomnosti podpredseda správnej rady.

(4) Predseda správnej rady je povinný zvolať mimoriadne rokovanie správnej rady na základe písomného návrhu ministra zdravotníctva, predsedu úradu, dozornej rady alebo najmenej troch ďalších členov správnej rady do siedmich dní od doručenia písomného návrhu; ak predseda správnej rady túto povinnosť nesplní, rokovanie správnej rady zvolá bez zbytočného odkladu podpredseda správnej rady.

(5) Na zasadaní správnej rady a na mimoriadnom zasadaní správnej rady sa zúčastňuje predseda úradu a predseda dozornej rady.

(6) Správna rada je schopná uznášať sa, ak sú na rokovaní prítomní najmenej piati jej členovia.

(7) Správna rada rozhoduje uznesením. Na prijatie uznesenia je potrebný súhlas nadpolovičnej väčšiny prítomných členov správnej rady. V prípade rovnosti hlasov je rozhodujúcim hlas predsedu. Každý člen správnej rady má právo, aby sa jeho nesúhlasné stanovisko s rozhodnutím správnej rady uviedlo na jeho žiadosť v zápisnici z rokovania správnej rady.

Dozorná rada

§ 26

(1) Dozorná rada je kontrolným orgánom úradu.

(2) Dozorná rada má päť členov. Členmi dozornej rady sú:

a) predseda dozornej rady,

b) podpredseda dozornej rady,

c) ďalší traja členovia dozornej rady.

(3) Členov dozornej rady volí a odvoláva Národná rada Slovenskej republiky na návrh vlády.

(4) Funkčné obdobie člena dozornej rady je päťročné; začína plynúť dňom zvolenia do funkcie. Členstvo v dozornej rade je obmedzené najviac na dve za sebou nasledujúce funkčné obdobia.

(5) Za člena dozornej rady môže byť zvolená fyzická osoba, ktorá spĺňa požiadavky podľa § 22 ods. 4 písm. a), d) a e) a ďalej má

a) diplom o absolvovaní vysokoškolského štúdia v študijných programoch druhého stupňa,[43])

b) najmenej trojročnú prax v oblasti zdravotného poistenia, v oblasti práva, v oblasti finančného trhu alebo v oblasti poskytovania zdravotnej starostlivosti.

(6) Funkcia člena dozornej rady je nezlučiteľná s funkciou prezidenta Slovenskej republiky, poslanca Národnej rady Slovenskej republiky, člena vlády, prokurátora, sudcu, štátnych tajomníkov ministerstiev, a s funkciou člena predstavenstva, člena dozornej rady, prokuristu zdravotnej poisťovne a zamestnaním v zdravotnej poisťovni. Členmi dozornej rady nesmú byť ani predseda úradu, členovia správnej rady a zamestnanci úradu. Ak člen dozornej rady v čase jeho zvolenia do tejto funkcie zastáva alebo vykonáva funkciu, povolanie, zamestnanie alebo činnosť, ktorá je nezlučiteľná s funkciou člena dozornej rady, je povinný bez zbytočného odkladu skončiť každú takú funkciu, povolanie, zamestnanie alebo činnosť.

(7) Členovia dozornej rady sú povinní bez zbytočného odkladu po svojom zvolení doručiť predsedovi Národnej rady Slovenskej republiky písomné oznámenie, v ktorom uvedú, či spĺňajú podmienky nezlučiteľnosti podľa odseku 6.

(8) Výkon funkcie člena dozornej rady sa končí uplynutím jeho funkčného obdobia. Pred uplynutím funkčného obdobia výkon funkcie člena dozornej rady zaniká

a) vzdaním sa funkcie na písomnú žiadosť člena dozornej rady doručenú Národnej rade Slovenskej republiky; výkon funkcie v takom prípade zaniká dňom doručenia písomného oznámenia, ak v ňom nie je uvedený neskorší deň vzdania sa funkcie,

b) odvolaním z funkcie,

c) smrťou alebo vyhlásením za mŕtveho.[44])

(9) Člena dozornej rady odvolá Národná rada Slovenskej republiky z jeho funkcie, ak

a) bol právoplatným rozsudkom súdu odsúdený za úmyselný trestný čin alebo bol právoplatne odsúdený za trestný čin a súd nerozhodol o podmienečnom odložení výkonu trestu odňatia slobody,

b) bol právoplatne pozbavený spôsobilosti na právne úkony alebo jeho spôsobilosť na právne úkony bola obmedzená,

c) nepriaznivý zdravotný stav mu dlhodobo nedovoľuje, najmenej počas jedného roka, vykonávať funkciu,

d) začal vykonávať funkciu, povolanie, zamestnanie alebo činnosť, ktorá je nezlučiteľná s funkciou člena dozornej rady, alebo ak nesplnil povinnosť podľa odseku 7.

(10) Člena dozornej rady môže Národná rada Slovenskej republiky odvolať z jeho funkcie aj z iných dôvodov, ako sú uvedené v odseku 9, na návrh vlády.

§ 27

(1) Dozorná rada

a) kontroluje hospodárenie úradu,

b) schvaľuje rozpočet úradu,

c) vyjadruje sa k správe o činnosti úradu a svoje stanovisko predkladá správnej rade,

d) schvaľuje správu o hospodárení úradu,

e) schvaľuje audítora na overenie ročnej účtovnej závierky na návrh správnej rady,

f) schvaľuje ročnú účtovnú závierku overenú audítorom,

g) predkladá predsedovi úradu správu o svojej kontrolnej činnosti,

h) schvaľuje rokovací poriadok dozornej rady.

(2) Predsedovi dozornej rady patrí za výkon jeho funkcie mesačná odmena vo výške dvojnásobku priemernej mesačnej mzdy. Podpredsedovi dozornej rady patrí za výkon jeho funkcie mesačná odmena vo výške 1,5-násobku priemernej mesačnej mzdy. Ostatným členom dozornej rady patrí za výkon ich funkcie mesačná odmena vo výške 1,3-násobku priemernej mesačnej mzdy. Mesačné odmeny sa vyplácajú z finančných prostriedkov úradu.

(3) Členovia dozornej rady sú oprávnení zisťovať stav a spôsob hospodárenia úradu, najmä nazerať do dokladov a záznamov týkajúcich sa hospodárenia úradu a požadovať potrebné vysvetlenia od zamestnancov úradu a od členov správnej rady.

(4) Ak dozorná rada pri svojej činnosti zistí porušenie právnych predpisov v činnosti úradu, bez zbytočného odkladu o tom informuje predsedu úradu.

(5) Rokovania dozornej rady sa konajú najmenej raz mesačne.

(6) Rokovanie dozornej rady zvoláva a vedie jej predseda, v jeho neprítomnosti podpredseda dozornej rady. Predseda dozornej rady je povinný tiež zvolať rokovanie dozornej rady na základe písomného návrhu podpredsedu dozornej rady spoločne najmenej s dvoma ďalšími členmi dozornej rady alebo na základe písomného návrhu predsedu úradu do siedmich dní od doručenia písomného návrhu; ak predseda dozornej rady túto povinnosť nesplní, rokovanie dozornej rady zvolá bez zbytočného odkladu podpredseda dozornej rady.

(7) Dozorná rada je schopná uznášať sa, ak je prítomný predseda dozornej rady alebo podpredseda dozornej rady a najmenej dvaja ďalší členovia dozornej rady. Na prijatie rozhodnutí dozornej rady je potrebná nadpolovičná väčšina všetkých členov dozornej rady; na prijatie rozhodnutí uvedených v odseku 1 písm. b) je potrebný súhlas najmenej štyroch členov dozornej rady. Každý člen dozornej rady má právo, aby jeho nesúhlasné stanovisko s rozhodnutím dozornej rady bolo na jeho žiadosť uvedené v zápisnici z rokovania dozornej rady.

(8) Rokovanie dozornej rady je neverejné. Na rokovaní dozornej rady sa môžu zúčastniť osoby, ktoré na rokovanie prizve dozorná rada.

Hospodárenie úradu

§ 28

(1) Úrad hospodári s majetkom úradu. Pri hospodárení s týmto majetkom je úrad povinný zachovávať hospodárnosť a efektívnosť jeho použitia.

(2) Majetok úradu tvorí súhrn majetkových hodnôt, a to nehnuteľných vecí, hnuteľných vecí, pohľadávok a iných práv a iných hodnôt oceniteľných peniazmi.

(3) Úrad hospodári podľa rozpočtu schváleného dozornou radou na príslušný kalendárny rok. Ak rozpočet na príslušný kalendárny rok nebol schválený do 31. decembra bežného roka, úrad hospodári v období od 1. januára nasledujúceho roka až do schválenia rozpočtu úradu podľa rozpočtového provizória, ktorým je rozpočet úradu schválený dozornou radou na predchádzajúci kalendárny rok.

(4) Rozpočet úradu schválený dozornou radou úrad predkladá vláde a na schválenie Národnej rade Slovenskej republiky súčasne s návrhom rozpočtu verejnej správy[30]) a zabezpečí jeho uverejnenie vo Vestníku úradu.

(5) Výsledkom hospodárenia úradu za účtovné obdobie je zisk alebo strata. O úhrade straty rozhoduje dozorná rada. Ak sa podľa účtovnej závierky skončí hospodárenie úradu ziskom, tento zisk je zdrojom financovania úradu v nasledujúcich účtovných obdobiach.

(6) Príjmami úradu sú

a) príspevky zdravotných poisťovní na činnosť úradu (§ 30),

b) úroky z omeškania (§ 30 ods. 4),

c) úhrady za činnosť úradu (§ 31 a 32),

d) úhrady za pitvu nariadenú podľa osobitného predpisu,[65])

e) úroky z peňažných prostriedkov na účtoch úradu,

f) iné príjmy v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi,

g) zisk z predchádzajúcich účtovných období,

h) iné úhrady zo štátneho rozpočtu na zabezpečenie činnosti úradu.

(7) Výdavkami úradu sú

a) splatné nároky na odmeny za výkon funkcie v úrade,

b) splatné nároky na mzdy zamestnancov úradu,

c) výdavky na činnosť úradu.

(8) Úrad nesmie vykonávať podnikateľskú činnosť ani prijímať a poskytovať úvery alebo pôžičky, uzatvárať zmluvy o tichom spoločenstve, vydávať cenné papiere, akceptovať alebo prijímať zmenky, ani vstupovať do úverových alebo pôžičkových vzťahov ako ručiteľ.

(9) Finančné prostriedky úradu sa vedú na účte v Štátnej pokladnici[45]) a môžu sa používať len na úhradu výdavkov úradu.

§ 29

(1) Úrad je povinný

a) viesť účtovníctvo podľa osobitného predpisu;[34]) účtovná závierka[28]) musí byť overená audítorom,

b) vyhotovovať priebežnú správu.[35])

(2) Úrad je povinný oznámiť ministerstvu zdravotníctva, ktorý audítor bol poverený overením účtovnej závierky, a to do 30. júna kalendárneho roka, za ktorý sa má audit vykonať. Ministerstvo zdravotníctva je oprávnené do 30 dní odo dňa doručenia tohto oznámenia odmietnuť výber audítora. Do dvoch mesiacov od doručenia rozhodnutia ministerstva zdravotníctva o odmietnutí audítora je úrad povinný oznámiť ministerstvu zdravotníctva nového audítora schváleného dozornou radou. Ak ministerstvo zdravotníctva odmietne aj výber ďalšieho audítora, ministerstvo zdravotníctva určí, ktorý audítor overí účtovnú závierku.

(3) Audítor, ktorý overuje účtovnú závierku úradu, je povinný informovať vládu o skutočnosti, ktorá

a) svedčí o porušení všeobecne záväzných právnych predpisov úradom,

b) môže ovplyvniť riadne vykonávanie verejného zdravotného poistenia,

c) môže viesť k vyjadreniu výhrad voči účtovnej závierke.

(4) Účtovnú závierku ukladá úrad do registra účtovných závierok po jej overení audítorom do šiestich mesiacov po skončení príslušného kalendárneho roka. Úrad ukladá do verejnej časti registra účtovných závierok v lehote podľa prvej vety aj výročnú správu o hospodárení.

§ 30

Príspevok na činnosť úradu

(1) Zdravotná poisťovňa poukazuje na účet úradu príspevok na činnosť úradu v štvrťročných splátkach. Štvrťročné splátky príspevku sa uhrádzajú v kalendárnom roku do 5. januára, 20. apríla, 20. júla a 20. októbra. Výška štvrťročnej splátky je 25 % z výšky príspevku a zaokrúhľuje sa na eurocent nahor.

(2) Výška príspevku podľa odseku 1 je 0,40 % zo základu na jej určenie. Základom na určenie výšky príspevku je celková suma z ročného prerozdeľovania poistného uvedená v rozhodnutí o ročnom prerozdeľovaní poistného podľa osobitného predpisu[27b]) zaslanom v predchádzajúcom kalendárnom roku.

(3) Ak zdravotná poisťovňa nepoukáže príspevok podľa odsekov 1 a 2 na účet úradu riadne a včas, je v omeškaní s plnením peňažného záväzku. Za riadne a včas poukázaný príspevok na

činnosť úradu sa považuje suma, ktorú banka odpíše z účtu zdravotnej poisťovne v správnej výške a v ustanovenej lehote.

(4) Ak je zdravotná poisťovňa v omeškaní s plnením peňažného záväzku podľa odseku 3, je povinná zaplatiť úradu úrok z omeškania vo výške 0,01 % z dlžnej sumy príspevku na činnosť úradu za každý deň omeškania.

Úhrada za činnosť úradu

§ 31

(1) Úrad vyberá úhradu za

a) podanie žiadosti o vydanie povolenia (§ 37),

b) podanie žiadosti o zmenu povolenia (§ 38),

c) podanie žiadosti o vydanie predchádzajúceho súhlasu (§ 41),

d) predloženie ozdravného plánu na schválenie (§ 51),

e) podanie návrhu postupu prevodu poistného kmeňa podľa § 61a,

f) vydanie náhradného rozhodnutia k žiadosti alebo k návrhu podľa písmen a) až e).

(2) Ak úhrada podľa odseku 1 písm. a) až c) a e) nebola zaplatená pri podaní žiadosti alebo návrhu a nebola zaplatená ani na základe písomnej výzvy úradu na jej úhradu podľa § 32 ods. 2, úrad konanie zastaví. Ak nebola úhrada podľa odseku 1 písm. d) zaplatená ani na základe písomnej výzvy úradu na jej úhradu (§ 32 ods. 2), úrad pristúpi k jej vymáhaniu.

(3) Výška úhrady sa ustanovuje pevnou sumou.

(4) Výšku úhrady za úkony podľa odseku 1 ustanoví všeobecne záväzný právny predpis, ktorý vydá ministerstvo zdravotníctva.

§ 32

(1) Ten, kto požaduje vykonanie úkonu, ktorý podlieha úhrade, je povinný úhradu vykonať.

(2) Úhrada za úkony podľa § 31 ods. 1 je splatná pri podaní žiadosti alebo návrhu; ak sa úhrada nezaplatila pri podaní žiadosti alebo návrhu, je splatná do ôsmich dní odo dňa doručenia písomnej výzvy úradu na jej zaplatenie.

(3) Úhrady podľa § 31 ods. 1 sú príjmom úradu.

(4) Ak úrad zistí, že úhradu vykonal ten, kto ju nebol povinný zaplatiť, alebo účastník konania zaplatil vyššiu úhradu, úrad úhradu alebo jej časť vráti do 30 dní od tohto zistenia.

(5) Úhradu alebo jej časť úrad nevráti, ak suma neprevyšuje tri eurá.

ŠTVRTÁ ČASŤ
POVOLENIE A PREDCHÁDZAJÚCI SÚHLAS ÚRADU

Podmienky na vydanie povolenia

§ 33

(1) Úrad vydá povolenie na základe žiadosti zakladateľa akciovej spoločnosti (ďalej len „žiadateľ“), ak

a) má splatené základné imanie vo výške najmenej 16 600 000 eur; základné imanie možno splatiť len peňažným vkladom,

b) základné imanie a ďalšie finančné zdroje majú prehľadný a dôveryhodný pôvod podľa osobitného predpisu,[45b])

c) osoby s kvalifikovanou účasťou na zdravotnej poisťovni sú vhodné, ich vzťahy s inými osobami a ich podiely na základnom imaní a na hlasovacích právach sú prehľadné, fyzické osoby s kvalifikovanou účasťou na zdravotnej poisťovni a fyzické osoby, ktoré sú spoločníkom, štatutárnym orgánom alebo členom štatutárneho orgánu právnickej osoby s kvalifikovanou účasťou na zdravotnej poisťovni, sú dôveryhodné,

d) členovia predstavenstva a členovia dozornej rady zdravotnej poisťovne, prokuristi zdravotnej poisťovne, vedúci zamestnanci v priamej riadiacej pôsobnosti predstavenstva zdravotnej poisťovne a osoby zodpovedné za výkon vnútornej kontroly sú dôveryhodné a odborne spôsobilé,

e) skupiny s úzkymi väzbami, ku ktorej patrí aj akcionár s kvalifikovanou účasťou na zdravotnej poisťovni, sú prehľadné,

f) výkonu dohľadu nad verejným zdravotným poistením neprekážajú úzke väzby v rámci skupiny podľa písmena e),

g) má vhodné a primerané technické systémy, zdroje a postupy na riadne vykonávanie verejného zdravotného poistenia a materiálno-technické zabezpečenie vykonávania verejného zdravotného poistenia,

h) má vhodné a primerané organizačné a personálne predpoklady na vykonávanie verejného zdravotného poistenia, funkčný riadiaci a kontrolný systém vrátane útvaru vnútornej kontroly,

i) preukáže finančnú schopnosť akcionárov zakladajúcich zdravotnú poisťovňu preklenúť prípadnú nepriaznivú finančnú situáciu zdravotnej poisťovne,

j) žiadateľ je bezúhonný,

k) akcionár žiadateľa je bezúhonný,

l) žiadateľ, ktorým je fyzická osoba, alebo členovia štatutárneho orgánu, členovia dozornej rady žiadateľa alebo spoločníci žiadateľa, ktorým je právnická osoba, nemajú konflikt záujmov podľa § 4 ods. 1.

(2) Za vhodnú osobu pri posudzovaní splnenia podmienok uvedených v odseku 1 písm. c) sa považuje právnická osoba alebo fyzická osoba,

a) ktorá hodnoverne preukáže splnenie podmienok uvedených v odseku 1 písm. b),

b) u ktorej možno dôvodne predpokladať, že zabezpečí riadne vykonávanie verejného zdravotného poistenia.

(3) Za dôveryhodnú osobu pri posudzovaní splnenia podmienok uvedených v odseku 1 písm. c) a d) sa považuje fyzická osoba, ktorá

a) nebola právoplatne odsúdená za trestný čin majetkovej povahy, za trestný čin hospodársky,[46]) za trestný čin spáchaný v súvislosti s výkonom riadiacej funkcie alebo za úmyselný trestný čin; tieto skutočnosti sa preukazujú výpisom z registra trestov;[47]) ak ide o cudzinca, tieto skutočnosti sa preukazujú dokladom, ktorý obsahom zodpovedá dokladom vydávaným v Slovenskej republike, nie starším ako tri mesiace, a musí byť predložený spolu s úradne osvedčeným prekladom do štátneho jazyka,

b) nepôsobila v posledných desiatich rokoch vo funkcii uvedenej v odseku 1 písm. d) v zdravotnej poisťovni, ktorej bolo povolenie zrušené (§ 39) alebo vo finančnej inštitúcii, ktorej bolo odňaté povolenie na vykonávanie činnosti podľa osobitného predpisu,[18]) a to kedykoľvek v období jedného roka pred zrušením alebo odňatím povolenia; to neplatí, ak z povahy veci vyplýva, že z hľadiska pôsobenia vo funkcii uvedenej v odseku 1 písm. d) táto osoba nemohla ovplyvniť činnosť zdravotnej poisťovne alebo finančnej inštitúcie a spôsobiť následky, ktoré viedli k zrušeniu alebo k odňatiu povolenia, a úrad v konaní o vydaní povolenia uznal túto osobu za dôveryhodnú,

c) nepôsobila v posledných desiatich rokoch vo funkcii uvedenej v odseku 1 písm. d) v zdravotnej poisťovni alebo vo finančnej inštitúcii, nad ktorou bola zavedená nútená správa, a to kedykoľvek v období jedného roka pred zavedením nútenej správy; to neplatí, ak z povahy veci vyplýva, že z hľadiska pôsobenia vo funkcii uvedenej v odseku 1 písm. d) nemohla táto osoba ovplyvniť činnosť zdravotnej poisťovne alebo finančnej inštitúcie a spôsobiť následky, ktoré viedli k zavedeniu nútenej správy, a úrad v konaní o vydaní povolenia uznal túto osobu za dôveryhodnú,

d) nepôsobila v posledných desiatich rokoch vo funkcii uvedenej v odseku 1 písm. d) v zdravotnej poisťovni, vo finančnej inštitúcii alebo v obchodnej spoločnosti, na ktorej majetok bol vyhlásený konkurz alebo zamietnutý návrh na vyhlásenie konkurzu pre nedostatok majetku,[48]) a to kedykoľvek v období jedného roka pred vyhlásením konkurzu alebo zamietnutím návrhu na vyhlásenie konkurzu pre nedostatok majetku; to neplatí, ak z povahy veci vyplýva, že z hľadiska pôsobenia vo funkcii uvedenej v odseku 1 písm. d) nemohla táto osoba ovplyvniť činnosť zdravotnej poisťovne, finančnej inštitúcie alebo obchodnej spoločnosti a spôsobiť následky, ktoré viedli k vyhláseniu konkurzu alebo zamietnutiu návrhu na vyhlásenie konkurzu pre nedostatok majetku, a úrad v konaní o vydaní povolenia uznal túto osobu za dôveryhodnú,

e) nebola samostatne zárobkovo činnou osobou, štatutárnym orgánom, členom štatutárneho orgánu alebo spoločníkom v obchodnej spoločnosti, ktorá má za obdobie, v ktorom táto osoba vykonávala funkciu štatutárneho orgánu, člena štatutárneho orgánu alebo spoločníka, alebo v ktorom nebola samostatne zárobkovo činnou osobou,

1. evidovaný nedoplatok voči daňovému úradu podľa osobitného predpisu[49]) vyšší ako 1 000 eur,

2. evidované nedoplatky na poistnom na sociálne poistenie a zdravotná poisťovňa neeviduje voči nej pohľadávky po splatnosti podľa osobitných predpisov[49a]) vyššie ako 1 000 eur,

f) nie je považovaná za nedôveryhodnú osobu podľa osobitných predpisov[50a]) v oblasti finančného trhu,

g) spoľahlivo, poctivo a bez porušenia všeobecne záväzných právnych predpisov vykonávala v posledných desiatich rokoch svoje funkcie alebo podnikala a so zreteľom na tieto skutočnosti poskytuje záruku, že bude spoľahlivo, poctivo a bez porušenia všeobecne záväzných právnych predpisov vykonávať funkciu vrátane plnenia povinností vyplývajúcich zo všeobecne záväzných právnych predpisov, zo stanov zdravotnej poisťovne, prípadne z ich vnútorných predpisov a aktov riadenia,

h) nebola v postavení dlžníka, na ktorého majetok bol vyhlásený konkurz, alebo zastavené konkurzné konanie pre nedostatok majetku, alebo vydané rozhodnutie o oddlžení podľa osobitného predpisu.[48])

(4) Finančnou inštitúciou uvedenou v odseku 3 písm. b) až d) sa rozumie banka a pobočka zahraničnej banky,[51]) obchodník s cennými papiermi a pobočka zahraničného obchodníka s cennými papiermi,[52]) správcovská spoločnosť,[53]) poisťovňa a pobočka zahraničnej poisťovne, zaisťovňa a pobočka zahraničnej zaisťovne,[54]) doplnková dôchodková spoločnosť,[55]) dôchodková správcovská spoločnosť[56]) a subjekty so sídlom mimo územia Slovenskej republiky s obdobným predmetom činnosti.

(5) Za odborne spôsobilého podľa odseku 1 písm. d) sa považuje

a) člen predstavenstva zdravotnej poisťovne, prokurista zdravotnej poisťovne, vedúci zamestnanec v priamej riadiacej pôsobnosti predstavenstva zdravotnej poisťovne a osoba zodpovedná za výkon vnútornej kontroly, ak majú ukončené vysokoškolské vzdelanie druhého stupňa, najmenej štvorročnú prax v oblasti zdravotného poistenia, zdravotnej starostlivosti, finančnej oblasti, v oblasti verejného obstarávania alebo v oblasti práva a najmenej dvojročné riadiace skúsenosti v oblasti zdravotného poistenia, zdravotnej starostlivosti, finančnej oblasti, v oblasti verejného obstarávania alebo v oblasti práva, ak písmeno b) neustanovuje inak,

b) člen predstavenstva zdravotnej poisťovne, ktorý je predsedom predstavenstva zdravotnej poisťovne s ukončeným vysokoškolským vzdelaním druhého stupňa, najmenej päťročnou praxou v oblasti zdravotného poistenia, zdravotnej starostlivosti, finančnej oblasti, v oblasti verejného obstarávania alebo v oblasti práva a najmenej trojročnými riadiacimi skúsenosťami v oblasti zdravotného poistenia, zdravotnej starostlivosti, finančnej oblasti, v oblasti verejného obstarávania alebo v oblasti práva,

c) člen dozornej rady zdravotnej poisťovne s ukončeným vysokoškolským vzdelaním druhého stupňa, najmenej dvojročnou praxou v oblasti zdravotného poistenia, zdravotnej starostlivosti, finančnej oblasti, v oblasti verejného obstarávania alebo v oblasti práva a okrem člena dozornej rady zdravotnej poisťovne za zamestnancov, najmenej dvojročnými riadiacimi skúsenosťami v oblasti zdravotného poistenia, zdravotnej starostlivosti, finančnej oblasti, v oblasti verejného obstarávania alebo v oblasti práva.

(6) Za skupinu s úzkymi väzbami pri posudzovaní splnenia podmienok uvedených v odseku 1 písm. e) sa považujú dve fyzické osoby alebo právnické osoby alebo viac fyzických osôb alebo právnických osôb, ak má jedna z právnických osôb alebo fyzických osôb na druhej právnickej osobe priamy alebo nepriamy podiel na základnom imaní alebo na hlasovacích právach najmenej 20 % alebo ak túto právnickú osobu priamo či nepriamo kontroluje, alebo akýkoľvek

vzťah dvoch alebo viacerých právnických osôb kontrolovaných tou istou právnickou osobou alebo fyzickou osobou alebo osobou im blízkou.[57])

(7) Za kvalifikovanú účasť na zdravotnej poisťovni pri posudzovaní podmienok uvedených v odseku 1 písm. c) sa považuje priamy podiel alebo nepriamy podiel, alebo ich súčet, ktorý predstavuje najmenej 10 % na základnom imaní právnickej osoby alebo na hlasovacích právach v právnickej osobe, alebo možnosť uplatňovania vplyvu na riadení tejto právnickej osoby porovnateľného s vkladom zodpovedajúcim tomuto podielu.

(8) Nepriamym podielom podľa odseku 7 sa rozumie podiel držaný sprostredkovane, a to prostredníctvom právnickej osoby alebo právnických osôb, nad ktorou alebo nad ktorými právnická osoba alebo fyzická osoba vykonáva kontrolu.

(9) Kontrolou podľa odseku 8 sa rozumie

a) priamy alebo nepriamy podiel najmenej 50 % na základnom imaní právnickej osoby alebo na hlasovacích právach právnickej osoby,

b) právo vymenúvať alebo odvolávať predstavenstvo, väčšinu členov predstavenstva, dozornej rady alebo riaditeľa právnickej osoby,

c) možnosť vykonávať vplyv na riadení právnickej osoby porovnateľný s vplyvom zodpovedajúcim podielu podľa písmena a), ktorej je iná fyzická osoba spoločníkom, akcionárom alebo členom, a to na základe zmluvy s právnickou osobou, stanov právnickej osoby alebo dohody s ostatnými spoločníkmi, akcionármi alebo členmi právnickej osoby, alebo

d) možnosť vykonávať priamo alebo nepriamo vplyv na riadení právnickej osoby porovnateľný s vplyvom zodpovedajúcim podielu podľa písmena a) iným spôsobom.

(10) Za bezúhonnú sa považuje právnická osoba, ktorá nebola právoplatne odsúdená pre trestný čin. Bezúhonnosť právnickej osoby sa preukazuje výpisom z registra trestov, a ak ide o právnickú osobu so sídlom mimo územia Slovenskej republiky, aj obdobným potvrdením o bezúhonnosti nie starším ako tri mesiace vydaným príslušným orgánom štátu, kde má sídlo s úradne osvedčeným prekladom do štátneho jazyka; úradne osvedčený preklad do štátneho jazyka sa nevyžaduje, ak je potvrdenie vydané v štátnom jazyku Českej republiky. Na účel preukázania bezúhonnosti právnická osoba poskytne údaje potrebné na vyžiadanie výpisu z registra trestov.[57aa]) Údaje podľa tretej vety úrad bezodkladne zašle v elektronickej podobe prostredníctvom elektronickej komunikácie Generálnej prokuratúre Slovenskej republiky na vydanie výpisu z registra trestov.

§ 34

(1) Zdravotná poisťovňa môže vydať akcie len v podobe zaknihovaných cenných papierov na meno; zmena podoby a formy akcií sa zakazuje.

(2) Výška základného imania zdravotnej poisťovne nesmie klesnúť pod 16 600 000 eur [§ 33 ods. 1 písm. a)].

(3) Podmienky ustanovené v odsekoch 1 a 2 a v § 33 musia byť splnené počas celej doby platnosti povolenia. Spôsob preukazovania plnenia týchto podmienok ustanoví všeobecne záväzný právny predpis, ktorý vydá ministerstvo zdravotníctva.

§ 34a

Zdravotná poisťovňa sa zapisuje do registra partnerov verejného sektora.[57a])

§ 35

Žiadosť o vydanie povolenia

(1) Žiadosť o vydanie povolenia obsahuje

a) obchodné meno a sídlo budúcej zdravotnej poisťovne,

b) výšku základného imania budúcej zdravotnej poisťovne,

c) zoznam osôb s kvalifikovanou účasťou (§ 33 ods. 7) na budúcej zdravotnej poisťovni a zoznam fyzických osôb, ktoré sú spoločníkom, štatutárnym orgánom alebo členom štatutárneho orgánu právnickej osoby s kvalifikovanou účasťou (§ 33 ods. 7) na budúcej zdravotnej poisťovni; v zozname sa uvedie meno, priezvisko, trvalý pobyt a rodné číslo fyzických osôb alebo obchodné meno, sídlo a identifikačné číslo organizácie právnických osôb a výška kvalifikovanej účasti,

d) vecné, personálne a organizačné predpoklady na vykonávanie verejného zdravotného poistenia,

e) meno a priezvisko, trvalý pobyt a rodné číslo členov predstavenstva a členov dozornej rady zdravotnej poisťovne, prokuristov zdravotnej poisťovne, vedúcich zamestnancov v priamej riadiacej pôsobnosti predstavenstva a osôb zodpovedných za výkon vnútornej kontroly a údaje o ich dôveryhodnosti a odbornej spôsobilosti (§ 33 ods. 3 a 5),

f) meno, priezvisko, trvalý pobyt, rodné číslo žiadateľa, jeho podpis alebo ak ide o právnickú osobu, jej obchodné meno, sídlo, identifikačné číslo organizácie, meno, priezvisko a funkciu štatutárneho orgánu a jeho podpis alebo členov štatutárneho orgánu a ich podpisy, prípadne meno, priezvisko, funkciu a podpis osoby oprávnenej konať za žiadateľa,

g) zoznam listín priložených k žiadosti podľa odseku 2,

h) vyhlásenie žiadateľa, že údaje v žiadosti o vydanie povolenia a listiny uvedené v prílohe podľa odseku 2 sú úplné a pravdivé,

i) dátum a miesto vyhotovenia žiadosti o vydanie povolenia.

(2) Žiadateľ o vydanie povolenia k žiadosti priloží

a) zakladateľskú listinu alebo zakladateľskú zmluvu,

b) stanovy zdravotnej poisťovne,

c) písomné vyhlásenie žiadateľa, že na jeho majetok nebol vyhlásený konkurz alebo zamietnutý návrh na vyhlásenie konkurzu pre nedostatok majetku[48]) a že osoby uvedené v § 33 ods. 1 písm. c) sú dôveryhodné; na posudzovanie dôveryhodnosti osôb uvedených v § 33 ods. 1 písm. c) sa použije § 33 ods. 3,

d) návrh organizačnej štruktúry zdravotnej poisťovne a vnútorných pravidiel jej činnosti,

e) stručné odborné životopisy, doklady o dosiahnutom vzdelaní a odbornej praxi osôb uvedených v odseku 1 písm. e),

f) údaje osôb uvedených v odseku 1 písm. e) potrebné na vyžiadanie výpisu z registra trestov,[57aa])

g) čestné vyhlásenia osôb uvedených v odseku 1 písm. e) o tom, že spĺňajú požiadavky ustanovené týmto zákonom,

h) návrh obchodno-finančného plánu budúcej zdravotnej poisťovne, ktorý musí obsahovať

1. predpokladaný počet poistencov,

2. predpokladaných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, najmenej v rozsahu verejnej minimálnej siete poskytovateľov,[19])

3. predpokladaný rozsah zriaďovacích nákladov a ich finančné krytie,

4. návrh zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s náležitosťami podľa § 7 ods. 9,

i) doklad o splatení základného imania podľa § 33 ods. 1 písm. a),

j) plnomocenstvo osoby oprávnenej konať za žiadateľa, ak je žiadateľ v konaní o vydanie povolenia zastúpený zástupcom,

k) údaje osôb uvedených v § 33 ods. 1 písm. j) a k) potrebné na vyžiadanie výpisu z registra trestov,[57aa])

l) výpis z registra partnerov verejného sektora.[57b])

(3) Doklad o emitovaní všetkých akcií v zaknihovanej podobe na meno podľa § 34 ods. 1 doručí zdravotná poisťovňa úradu do 90 dní od vzniku akciovej spoločnosti.

(4) Údaje podľa odseku 2 písm. f) a k) úrad bezodkladne zašle v elektronickej podobe prostredníctvom elektronickej komunikácie Generálnej prokuratúre Slovenskej republiky na vydanie výpisu z registra trestov.

§ 36

Rozhodnutie o žiadosti o vydanie povolenia

(1) Úrad rozhodne o žiadosti o vydanie povolenia na základe posúdenia žiadosti a vecných, personálnych a organizačných predpokladov na vykonávanie verejného zdravotného poistenia do troch mesiacov od doručenia žiadosti, ktorá obsahuje náležitosti podľa § 35 ods. 1 a 2.

(2) Úrad žiadosť o vydanie povolenia zamietne, ak

a) žiadosť neobsahuje predpísané náležitosti a žiadateľ ani napriek výzve úradu nedostatky žiadosti neodstráni v lehote určenej úradom; táto lehota nesmie byť kratšia ako 30 dní,

b) budúca zdravotná poisťovňa nespĺňa niektorú z podmienok ustanovených v § 33 alebo

c) žiadosť obsahuje nepravdivé údaje a listiny.

§ 37

Vydanie povolenia

(1) Úrad vydá povolenie, ak žiadateľ splnil podmienky ustanovené v § 33 a jeho žiadosť obsahuje všetky náležitosti podľa § 35 ods. 1 a 2.

(2) Povolenie sa vydáva na neurčitú dobu a nemožno ho previesť na inú právnickú osobu alebo fyzickú osobu.

(3) Rozhodnutie o vydaní povolenia okrem všeobecných náležitostí rozhodnutia[58]) obsahuje podmienky, ktoré zdravotná poisťovňa je povinná dodržiavať pri vykonávaní verejného zdravotného poistenia.

(4) Výrok právoplatného rozhodnutia o vydaní povolenia úrad uverejní vo Vestníku úradu; úrad môže zverejniť aj odôvodnenie výroku alebo jeho časti, ak to považuje za účelné.

(5) Predstavenstvo budúcej zdravotnej poisťovne je povinné

a) podať príslušnému súdu návrh na zápis do obchodného registra[36]) na základe povolenia najneskôr do 30 dní odo dňa nadobudnutia právoplatnosti povolenia,

b) predložiť úradu rovnopis návrhu na zápis do obchodného registra v lehote ustanovenej v písmene a).

(6) Predstavenstvo zdravotnej poisťovne je povinné bez zbytočného odkladu informovať úrad o začatí vykonávania činnosti.

§ 38

Zmena povolenia

(1) Úrad vyznačí na základe oznámenia zdravotnej poisťovne zmenu obchodného mena alebo sídla zdravotnej poisťovne v povolení.

(2) Predstavenstvo zdravotnej poisťovne je povinné podať príslušnému súdu návrh na zmenu zápisu v obchodnom registri[36]) na základe zmeny povolenia do 30 dní odo dňa vykonania zmeny povolenia.

(3) O zmene povolenia na vykonávanie verejného zdravotného poistenia rozhoduje úrad podľa Správneho poriadku.

§ 39

Zrušenie povolenia

(1) Úrad zruší povolenie, ak

a) zdravotná poisťovňa nezačne do šiestich mesiacov odo dňa nadobudnutia právoplatnosti rozhodnutia súdu o zápise do obchodného registra[36]) vykonávať verejné zdravotné poistenie alebo počas šiestich mesiacov nevykonáva verejné zdravotné poistenie,

b) zdravotná poisťovňa prestala spĺňať niektorú z podmienok ustanovených v § 33 a 34,

c) zdravotná poisťovňa získala povolenie na základe nepravdivých údajov a listín uvedených v žiadosti (§ 35 ods. 1 a 2),

d) zdravotná poisťovňa závažným spôsobom alebo opakovane porušuje tento zákon alebo iné všeobecne záväzné právne predpisy, v dôsledku čoho je ohrozená schopnosť zdravotnej poisťovne zabezpečovať riadne vykonávanie verejného zdravotného poistenia,

e) zdravotná poisťovňa neodstránila nedostatky v lehote určenej v rozhodnutí o dočasnom zastavení oprávnenia podľa § 62,

f) zdravotná poisťovňa nezabezpečuje platobnú schopnosť (§ 14 ods. 2) počas piatich za sebou nasledujúcich kalendárnych mesiacov,

g) zdravotná poisťovňa použila prostriedky z verejného zdravotného poistenia v rozpore s týmto zákonom,

h) zavedenie nútenej správy nad zdravotnou poisťovňou (§ 52 až 60) neviedlo k ekonomickému ozdraveniu zdravotnej poisťovne,

i) zdravotná poisťovňa po uplynutí dvoch rokov od vydania povolenia nemá v priemere za každý kalendárny mesiac podľa údajov v centrálnom registri poistencov najmenej 300 000 poistencov,

j) zdravotná poisťovňa prestala byť bezúhonná,

k) zdravotná poisťovňa nie je zapísaná v registri partnerov verejného sektora.[57a])

(2) Úrad môže zrušiť povolenie, ak zdravotná poisťovňa ani na výzvu nepreukázala úradu platobnú schopnosť (§ 14 ods. 2) v lehote určenej úradom.

(3) Konanie o zrušení povolenia sa zastaví, ak platnosť povolenia zdravotnej poisťovne zanikne (§ 40).

(4) Právoplatné rozhodnutie o zrušení povolenia sa zapisuje do obchodného registra.[36]) Návrh na zápis právoplatného rozhodnutia o zrušení povolenia do obchodného registra podá úrad do troch dní odo dňa nadobudnutia právoplatnosti tohto rozhodnutia.

(5) Úrad bez zbytočného odkladu po nadobudnutí právoplatnosti rozhodnutia o zrušení povolenia podá príslušnému súdu návrh na zrušenie zdravotnej poisťovne.[59]) Na prevod poistného kmeňa zdravotnej poisťovne a jej likvidáciu sa vzťahuje § 61b až 61h, 66 a 67.

(6) Rozhodnutie o zrušení povolenia podá úrad na uverejnenie v Obchodnom vestníku[60]) do troch dní od nadobudnutia právoplatnosti tohto rozhodnutia. Rozhodnutie o zrušení povolenia úrad uverejní vo Vestníku úradu.

§ 40

Zánik platnosti povolenia

(1) Platnosť povolenia zaniká dňom

a) márneho uplynutia lehoty na podanie návrhu na zápis zdravotnej poisťovne do obchodného registra [§ 37 ods. 5 písm. a)],

b) právoplatnosti rozhodnutia o vyhlásení konkurzu na majetok zdravotnej poisťovne alebo dňom právoplatnosti rozhodnutia o zamietnutí návrhu na vyhlásenie konkurzu na majetok zdravotnej poisťovne pre nedostatok majetku,[48])

c) vrátenia povolenia len po predchádzajúcom súhlase úradu [§ 13 ods. 1 písm. e)],

d) predaja podniku zdravotnej poisťovne len po predchádzajúcom súhlase úradu [§ 13 ods. 1 písm. f)].

(2) Ak zanikne platnosť povolenia podľa odseku 1 písm. b), c) a d), zdravotná poisťovňa sa zrušuje.[61]) Ak sa zdravotná poisťovňa zrušuje s likvidáciou, na prevod jej poistného kmeňa a na jej likvidáciu sa vzťahuje § 61b až 61h, 66, 66a a 67.

§ 41

Vydanie predchádzajúceho súhlasu úradu

(1) Na vydanie predchádzajúceho súhlasu úradu podľa

a) § 13 ods. 1 písm. a) platia podmienky ustanovené v § 33 ods. 1 písm. c) až f) pre nadobúdateľa podielu rovnako,

b) § 13 ods. 1 písm. c) platia podmienky ustanovené v § 33 ods. 1 písm. d),

c) § 13 ods. 1 písm. d) platia podmienky ustanovené v § 33 ods. 1 písm. c), e) a f),

d) § 13 ods. 1 písm. f) platia podmienky ustanovené v § 33 ods. 1 písm. a), c), e) až i).

(2) Na vydanie prechádzajúceho súhlasu podľa § 13 ods. 1 písm. a), d) a f) musí byť preukázaný aj prehľadný a dôveryhodný pôvod, dostatočný objem a vyhovujúca skladba finančných prostriedkov na vykonanie úkonu, na ktorý sa žiada vydanie predchádzajúceho súhlasu.

(3) Na vydanie predchádzajúceho súhlasu podľa § 13 ods. 1 písm. h) platia podmienky podľa odseku 2 rovnako.

(4) Úrad v rozhodnutí o vydaní predchádzajúceho súhlasu určí lehotu, v ktorej je zdravotná poisťovňa povinná vykonať úkon, na ktorý vydal predchádzajúci súhlas.

(5) Zdravotná poisťovňa je povinná

a) bez zbytočného odkladu informovať úrad o vykonaní úkonu, na ktorý vydal predchádzajúci súhlas,

b) podať príslušnému súdu návrh na zmenu zápisu v obchodnom registri[36]) na základe predchádzajúceho súhlasu úradu do 30 dní odo dňa úkonu, ktorý vyžaduje zmenu zápisu v obchodnom registri.

§ 42

Žiadosť o vydanie predchádzajúceho súhlasu úradu

(1) Žiadosť o vydanie predchádzajúceho súhlasu podľa

a) § 13 ods. 1 písm. a) podávajú právnické osoby alebo fyzické osoby, ktoré sa rozhodli nadobudnúť alebo prekročiť svoj podiel na základnom imaní zdravotnej poisťovne,

b) § 13 ods. 1 písm. b) a c) podáva zdravotná poisťovňa,

c) § 13 ods. 1 písm. d) podávajú zdravotné poisťovne, ktoré sa zlučujú alebo splývajú alebo zdravotná poisťovňa, ktorá sa rozdeľuje,

d) § 13 ods. 1 písm. e) podáva zdravotná poisťovňa,

e) § 13 ods. 1 písm. f) podáva spoločne zdravotná poisťovňa a fyzická osoba alebo právnická osoba, ktorá nadobúda zdravotnú poisťovňu alebo jej časť,

f) § 13 ods. 1 písm. g) podáva spoločne zdravotná poisťovňa a obchodná spoločnosť, do ktorej bude vložená zdravotná poisťovňa alebo jej časť,

g) § 13 ods. 1 písm. h) podáva zdravotná poisťovňa.

(2) Jednou žiadosťou o vydanie predchádzajúceho súhlasu podľa § 13 ods. 1 písm. c) môže zdravotná poisťovňa žiadať o vydanie predchádzajúceho súhlasu len vo vzťahu k jednej navrhovanej osobe.

(3) Náležitosti žiadosti o vydanie predchádzajúceho súhlasu úradu podľa odseku 1 ustanoví všeobecne záväzný právny predpis, ktorý vydá ministerstvo zdravotníctva.

PIATA ČASŤ
DOHĽAD NAD ZDRAVOTNOU STAROSTLIVOSŤOU

Výkon dohľadu nad zdravotnou starostlivosťou

§ 43

(1) Úrad v rámci výkonu dohľadu nad zdravotnou starostlivosťou [§ 1 písm. d)] (ďalej len „výkon dohľadu“) vykonáva

a) dohľad na diaľku nad zdravotnými poisťovňami, platiteľmi poistného, poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, poistencami a inými osobami, ktorým tento alebo osobitný predpis[37]) ukladá povinnosti,

b) dohľad na mieste nad zdravotnými poisťovňami, platiteľmi poistného a poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti (ďalej len „dohliadaný subjekt“).

(2) Dohľadom na diaľku sa rozumie získavanie a vyhodnocovanie informácií a dokumentov o dohliadanom subjekte inak ako dohľadom na mieste, napríklad získavaním a vyhodnocovaním informácií a dokumentov predložených úradu na základe písomnej žiadosti úradu a vyhodnocovaním informácií a dokumentov uvedených v hláseniach, výkazoch a iných podkladoch predkladaných úradu na základe tohto zákona alebo osobitných predpisov; dohľadom na diaľku nie je získavanie a vyhodnocovanie informácií a dokumentov na diaľku postupom úradu v konaní.

(3) Dohľadom na mieste sa rozumie získavanie informácií a dokumentov spravidla priamo u dohliadaného subjektu alebo od jeho zamestnancov a vyhodnocovanie takto získaných informácií a dokumentov.

(4) Dohľad podľa odsekov 2 a 3 vykonávajú zamestnanci úradu a prizvané osoby na základe písomného poverenia úradu (ďalej len „osoba oprávnená na výkon dohľadu“). Pri dohľade na diaľku nad verejným zdravotným poistením sa poverenie na výkon dohľadu pre zamestnancov úradu nevydáva.

(5) Osoba oprávnená na výkon dohľadu má pri plnení povinností podľa tohto zákona alebo v súvislosti s nimi postavenie verejného činiteľa.[61a])

(6) Prizvanou osobou môže byť

a) odborný konzultant,

b) znalec podľa osobitného predpisu.[61ab])

(7) Prizvanej osobe úrad určí k akej otázke sa má vyjadriť a aká skutočnosť má byť predmetom posúdenia.

(8) Úrad môže ustanoviť znalca[61ac]) na vypracovanie znaleckého posudku

a) v prípade hodného osobitného zreteľa pri výkone dohľadu nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti,

b) pri osobitne zložitom výkone dohľadu nad verejným zdravotným poistením vykonávanom z vlastného podnetu úradu.

(9) Odborný konzultant je fyzická osoba alebo právnická osoba, ktorá vykonáva pre úrad konzultačnú činnosť pri výkone dohľadu. Odborný konzultant, ktorý je právnickou osobou, je povinný vykonávať pre úrad konzultačnú činnosť prostredníctvom fyzickej osoby, ktorá je vo vzťahu k tejto právnickej osobe spoločníkom, štatutárnym orgánom alebo členom štatutárneho orgánu, zamestnancom v pracovnom pomere alebo v inom obdobnom pracovnoprávnom vzťahu. Odborný konzultant musí spĺňať podmienky podľa odseku 10 pri výkone dohľadu nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti. Odborný konzultant musí spĺňať podmienky podľa odseku 11 pri výkone dohľadu nad verejným zdravotným poistením.

(10) Najmenej jedna osoba oprávnená na výkon dohľadu nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti musí mať

a) odbornú spôsobilosť podľa osobitného predpisu[61b]) v tých pracovných činnostiach, v ktorých sa má vykonávať dohľad, a

b) najmenej päťročnú odbornú zdravotnícku prax[61c]) v oblasti poskytovania zdravotnej starostlivosti.

(11) Osoby oprávnené na výkon dohľadu nad verejným zdravotným poistením musia mať

a) doklad o získaní vysokoškolského vzdelania druhého stupňa a

b) najmenej päťročnú prax v oblasti zdravotného poistenia, v oblasti poskytovania zdravotnej starostlivosti, v oblasti práva alebo vo finančnej oblasti.

§ 43a

Podávateľ podnetu a podnet na výkon dohľadu

(1) Podávateľ podnetu je osoba, ktorá sa domnieva, že boli porušené jej práva alebo právom chránené záujmy pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti alebo pri vykonávaní verejného zdravotného poistenia (ďalej len „dotknutá osoba“), alebo jej zákonný zástupca.

(2) Podávateľ podnetu môže byť aj blízka osoba[57]) dotknutej osoby, ak

a) dotknutá osoba nežije,

b) zdravotný stav dotknutej osoby neumožňuje podať podnet a dotknutá osoba s podaním podnetu preukázateľne súhlasí.

(3) Súhlas podľa odseku 2 písm. b) sa nevyžaduje, ak zdravotný stav dotknutej osoby neumožňuje takýto súhlas vyjadriť. Ak má byť dohľad nad zdravotnou starostlivosťou vykonávaný podľa § 43b ods. 1 písm. c) alebo písm. d), úrad požiada dotknutú osobu o súhlas s vykonaním dohľadu; ak dotknutá osoba s výkonom dohľadu nesúhlasí, dohľad nad zdravotnou starostlivosťou sa nevykoná.

(4) Podnet na výkon dohľadu nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti musí mať písomnú formu a musí obsahovať

a) identifikačné údaje podávateľa podnetu a dotknutej osoby, ak nejde o tú istú osobu, v rozsahu meno, priezvisko, dátum narodenia, adresa trvalého pobytu alebo adresa prechodného pobytu; ak ide o cudzinca, uvádza sa aj identifikačné číslo cestovného dokladu alebo preukazu totožnosti, kontaktná adresa na území Slovenskej republiky alebo v cudzine,

b) vzťah podávateľa podnetu k dotknutej osobe, ak nejde o tú istú osobu,

c) údaje umožňujúce jednoznačnú identifikáciu poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, u ktorého má byť vykonaný dohľad nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti,

d) opis skutočností, ktorými malo dôjsť k porušeniu práva alebo právom chráneného záujmu, a obdobie, v ktorom malo dôjsť k porušeniu práva alebo právom chráneného záujmu,

e) súhlas dotknutej osoby podľa odseku 2 písm. b), ak v odseku 3 nie je ustanovené inak, a

f) podpis podávateľa podnetu.

(5) Podnet na výkon dohľadu nad verejným zdravotným poistením musí mať písomnú formu a musí obsahovať

a) identifikačné údaje podávateľa podnetu a dotknutej osoby, ak nejde o tú istú osobu, v rozsahu

1. meno, priezvisko, dátum narodenia, adresa trvalého pobytu alebo adresa prechodného pobytu, ak ide o fyzickú osobu; ak ide o cudzinca, uvádza sa aj adresa trvalého pobytu v cudzine a kontaktná adresa na území Slovenskej republiky,

2. názov, meno a priezvisko, ak je iné ako názov, miesto podnikania, identifikačné číslo organizácie, ak ide o fyzickú osobu – podnikateľa, alebo

3. názov, sídlo, právnu formu, identifikačné číslo organizácie, ak je pridelené, ak ide o právnickú osobu,

b) vzťah podávateľa podnetu k dotknutej osobe, ak nejde o tú istú osobu,

c) opis skutočností, ktorými malo dôjsť k porušeniu práva alebo právom chráneného záujmu, a označenie subjektu, ktorého konaním malo dôjsť k porušeniu práva alebo právom chráneného záujmu dotknutej osoby,

d) súhlas dotknutej osoby podľa odseku 2 písm. b), ak v odseku 3 nie je ustanovené inak, a

e) podpis podávateľa podnetu.

(6) Podávateľ podnetu môže v listinnej podobe s úradne osvedčeným podpisom alebo v elektronickej podobe,[62a]) splnomocniť inú osobu na podanie podnetu a na úkony súvisiace s prešetrením podnetu (ďalej len „splnomocnený zástupca“); úradné osvedčenie podpisu sa nevyžaduje, ak ide o splnomocnenie na zastupovanie advokátom.

(7) Podávateľ podnetu je povinný poskytnúť úradu súčinnosť v rozsahu potrebnom na výkon dohľadu.

(8) Ak podnet nemá všetky náležitosti podľa odseku 4 alebo odseku 5 a dohľad nad zdravotnou starostlivosťou z tohto dôvodu nemožno vykonať, úrad bezodkladne vyzve podávateľa podnetu, aby podnet doplnil v určenej lehote, ktorá nemôže byť kratšia ako desať pracovných dní. Vo výzve na doplnenie úrad podávateľa podnetu poučí o spôsobe, akým je potrebné podnet doplniť, a o skutočnosti, že ak podnet nedoplní, úrad podnet odmietne.

(9) Úrad podnet odmietne, ak

a) podávateľ podnetu napriek výzve úradu podľa odseku 8 podnet nedoplnil a dohľad nad zdravotnou starostlivosťou z tohto dôvodu nemožno vykonať,

b) v tej istej veci už bol dohľad nad zdravotnou starostlivosťou vykonaný a nie sú splnené podmienky na výkon následného dohľadu nad zdravotnou starostlivosťou v tej istej veci (ďalej len „následný dohľad“),

c) je z neho zrejmé, že ide o opakované alebo zjavne bezdôvodné uplatňovanie práva na prešetrenie správnosti poskytnutej zdravotnej starostlivosti, alebo zákonnosti postupu zdravotnej poisťovne,

d) obdobie, v ktorom malo dôjsť k porušeniu práva alebo právom chráneného záujmu pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, je viac ako päť rokov od doručenia podnetu úradu.

(10) Úrad bezodkladne písomne oboznámi podávateľa podnetu

a) s odmietnutím podnetu a s dôvodmi odmietnutia podnetu,

b) so začatím výkonu dohľadu,

c) so zastavením výkonu dohľadu a s dôvodmi zastavenia výkonu dohľadu,

d) so zistenými skutočnosťami pri výkone dohľadu,

e) s výsledkom výkonu dohľadu.

§ 43b

(1) Dohľad nad zdravotnou starostlivosťou úrad vykoná

a) z vlastného podnetu úradu,

b) na podnet podávateľa podnetu,

c) na základe poznatkov získaných z kontrolnej, dohľadovej a hodnotiacej činnosti Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky,

d) na základe poznatkov ministerstva zdravotníctva.

(2) Výkon dohľadu začína dňom uvedeným v poverení vydanom podľa § 43 ods. 4. Ak sa poverenie nevyhotovuje, výkon dohľadu začína doručením oznámenia o začatí výkonu dohľadu dohliadanému subjektu.

(3) Poverenie úradu na výkon dohľadu možno vydať v listinnej podobe alebo v elektronickej podobe. Poverenie úradu na výkon dohľadu musí byť autorizované podľa osobitného predpisu.[62a]) Poverenie úradu na výkon dohľadu obsahuje označenie dohliadaného subjektu, meno a priezvisko osoby oprávnenej na výkon dohľadu, predmet dohľadu, deň začatia výkonu dohľadu, dátum a miesto vyhotovenia poverenia, odtlačok pečiatky úradu, ak bolo poverenie vydané v listinnej podobe, a meno, priezvisko, funkciu a podpis zamestnanca úradu oprávneného na vydanie poverenia.

(4) Podkladom na výkon dohľadu nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti je zdravotná dokumentácia vedená podľa osobitného predpisu.[62aa])

(5) Úrad zastaví výkon dohľadu, ak

a) podávateľ podnetu, dotknutá osoba alebo jej zákonný zástupca, písomne požiada o zastavenie výkonu dohľadu; to neplatí, ak sa dohľad vykonáva podľa odseku 1 písm. a),

b) podávateľ podnetu neposkytne súčinnosť úradu v lehote určenej úradom a dohľad nad zdravotnou starostlivosťou preto nemožno vykonať; úrad podávateľa podnetu v žiadosti o súčinnosť poučí o tom, že neposkytnutie súčinnosti môže byť dôvodom na zastavenie výkonu dohľadu,

c) počas výkonu dohľadu sa zistili skutočnosti, pre ktoré dohľad nad zdravotnou starostlivosťou nemožno vykonať.

(6) Ak nastanú dôvody na zastavenie výkonu dohľadu podľa odseku 5, úrad písomne oznámi túto skutočnosť dohliadanému subjektu. V oznámení o zastavení výkonu dohľadu úrad uvedie dôvod zastavenia výkonu dohľadu. Proti oznámeniu o zastavení výkonu dohľadu nie je možné podať písomné námietky.

(7) Výkon dohľadu je skončený dňom

a) márneho uplynutia lehoty na podanie písomných námietok proti výsledku výkonu dohľadu,

b) určeným na oboznámenie sa s výsledkom vyhodnotenia námietok proti výsledku dohľadu, ak sa dohliadaný subjekt na oboznámenie bez náležitého ospravedlnenia nedostavil,

c) oboznámenia sa s výsledkom vyhodnotenia písomných námietok proti výsledku výkonu dohľadu,

d) doručenia oznámenia o zastavení výkonu dohľadu dohliadanému subjektu.

(8) Ak v odseku 9 nie je ustanovené inak, úrad je povinný skončiť výkon dohľadu do deviatich mesiacov od začatia výkonu dohľadu. Od vydania poverenia pre prizvanú osobu až do doručenia posudku, stanoviska alebo odborného vyjadrenia prizvanou osobou, lehota podľa prvej vety neplynie.

(9) Lehotu podľa odseku 8 prvej vety môže predseda úradu predĺžiť v prípadoch hodných osobitného zreteľa, najviac však o tri mesiace.

(10) Úrad zodpovedá za škodu, ktorú spôsobili osoby oprávnené na výkon dohľadu dohliadanému subjektu pri výkone svojich oprávnení.

(11) Na výkon dohľadu sa nevzťahuje Správny poriadok[62]) okrem ustanovenia znalca (§ 43 ods. 8).

§ 43c

Vylúčenie z výkonu dohľadu

(1) Osoba oprávnená na výkon dohľadu je vylúčená z výkonu dohľadu, ak so zreteľom na jej vzťah k veci, k dohliadanému subjektu alebo k jeho zamestnancom možno mať pochybnosť o jej nezaujatosti.

(2) Ak je osoba oprávnená na výkon dohľadu vylúčená z výkonu dohľadu podľa odseku 1, nemôže vykonávať dohľad ani úkony súvisiace s dohľadom; svoje vylúčenie z výkonu dohľadu a skutočnosti, pre ktoré je vylúčená z výkonu dohľadu, je povinná bezodkladne oznámiť úradu.

(3) Ak má dohliadaný subjekt pochybnosť o nezaujatosti osoby oprávnenej na výkon dohľadu, môže podať úradu písomné námietky s uvedením dôvodu v lehote do desiatich kalendárnych dní odo dňa, keď mu bola oznámená identita osoby oprávnenej na výkon dohľadu alebo odkedy sa o možnej zaujatosti dozvedel. Podanie písomných námietok nemá odkladný účinok.

(4) O oznámení podľa odseku 2 a námietkach podľa odseku 3 rozhodne úrad do desiatich dní odo dňa doručenia oznámenia a námietok.

(5) Na rozhodovanie podľa odseku 4 sa nevzťahuje Správny poriadok.[62])

§ 43d

Práva a povinnosti osoby oprávnenej na výkon dohľadu

(1) Osoba oprávnená na výkon dohľadu je oprávnená

a) vstupovať v sprievode dohliadaného subjektu alebo osoby poverenej dohliadaným subjektom na pozemky, do budov a iných priestorov vrátane dopravných prostriedkov, v ktorých dohliadaný subjekt zabezpečuje svoju činnosť; nedotknuteľnosť obydlia nemôže byť výkonom tohto oprávnenia dotknutá,

b) vyžadovať od dohliadaného subjektu a jeho zamestnancov, aby jej v určenej lehote poskytli

1. doklady vrátane ich rovnopisov, iné písomnosti a informácie vrátane informácií na elektronických nosičoch dát, ktoré sú potrebné na účel výkonu dohľadu,

2. vysvetlenia, vyjadrenia, ústne a písomné informácie k predmetu dohľadu nad zdravotnou starostlivosťou a k zisteným nedostatkom,

c) vyžadovať súčinnosť dohliadaného subjektu a jeho zamestnancov; súčinnosť nemožno vyžadovať, ak by tým bol ohrozený život alebo zdravie osôb alebo ak by tým bola porušená zákonom uložená povinnosť zachovávať mlčanlivosť, ak osoby poskytujúce súčinnosť neboli zbavené povinnosti zachovávať mlčanlivosť,

d) nahliadať do dokumentácie zdravotnej poisťovne (§ 16), účtovných dokladov a iných dokladov zdravotnej poisťovne týkajúcich sa činnosti zdravotnej poisťovne,

e) nahliadať do účtovných dokladov a iných dokladov platiteľov poistného týkajúcich sa platenia poistného, odvádzania poistného, ročného zúčtovania a vykazovania poistného,

f) nahliadať do zdravotnej dokumentácie[63]) a vyžadovať jej sprístupnenie formou zaslania kópie v rozsahu a lehote určenej osobou oprávnenou na výkon dohľadu.

(2) Osoba oprávnená na výkon dohľadu je povinná

a) preukázať sa dohliadanému subjektu najneskôr pri začatí výkonu dohľadu preukazom totožnosti a písomným poverením úradu na výkon dohľadu, ak sa poverenie vyhotovuje,

b) vydať dohliadanému subjektu potvrdenie o prevzatí dokladov, iných písomností a vecí premiestňovaných mimo priestorov dohliadaného subjektu a zabezpečiť ich ochranu pred stratou, zničením, poškodením a zneužitím; ak prevzaté doklady, iné písomnosti a veci už nie sú potrebné na ďalší výkon dohľadu, úrad je povinný ich bez zbytočného odkladu vrátiť dohliadanému subjektu,

c) umožniť dohliadanému subjektu na základe jeho žiadosti nahliadať do spisovej dokumentácie z výkonu dohľadu,

d) umožniť v prípade výkonu dohľadu nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti dohliadanému subjektu pred vyhotovením protokolu o výkone dohľadu (ďalej len „protokol“) vyjadriť sa k podkladom pre vyhotovenie protokolu, a to v lehote, ktorá nemôže byť kratšia ako desať pracovných dní,

e) vyhotoviť protokol, doručiť dohliadanému subjektu jedno vyhotovenie protokolu, určiť dohliadanému subjektu primeranú lehotu na predloženie písomných námietok proti výsledku výkonu dohľadu uvedenému v protokole, najmenej však desať pracovných dní, a vyhodnotiť opodstatnenosť písomných námietok dohliadaného subjektu,

f) oboznámiť dohliadaný subjekt s výsledkom vyhodnotenia písomných námietok proti výsledku výkonu dohľadu, vyhotoviť zápisnicu s výsledkom vyhodnotenia písomných námietok proti výsledku výkonu dohľadu (ďalej len „zápisnica“) a doručiť zápisnicu dohliadanému subjektu.

§ 43e

Práva a povinnosti dohliadaného subjektu

(1) Dohliadaný subjekt má právo

a) oboznámiť sa s obsahom podnetu v takom rozsahu a čase, aby nedošlo k mareniu výkonu dohľadu,

b) vyjadriť sa písomne

1. k obsahu podnetu počas výkonu dohľadu nad zdravotnou starostlivosťou,

2. v prípade výkonu dohľadu nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti k podkladom pre vyhotovenie protokolu pred jeho vyhotovením na základe výzvy osoby oprávnenej na výkon dohľadu, a to v lehote, ktorá nemôže byť kratšia ako desať pracovných dní,

c) nahliadať do spisovej dokumentácie z výkonu dohľadu,

d) podať písomné námietky proti výsledku výkonu dohľadu uvedenému v protokole, a to v lehote, ktorá nemôže byť kratšia ako desať pracovných dní; na námietky doručené po určenej lehote sa neprihliada,

e) zúčastniť sa oboznámenia s výsledkom vyhodnotenia písomných námietok proti výsledku dohľadu.

(2) Dohliadaný subjekt je povinný

a) umožniť osobe oprávnenej na výkon dohľadu výkon oprávnení podľa § 43d ods. 1,

b) zdržať sa konania, ktoré by mohlo mariť výkon dohľadu,

c) vytvárať vhodné materiálne a technické podmienky na výkon dohľadu,

d) plniť opatrenia na odstránenie zistených nedostatkov a ich príčin,

e) informovať svojich zamestnancov, ktorí sú zdravotníckymi pracovníkmi, o výkone dohľadu, o zistených skutočnostiach a výsledku výkonu dohľadu, o uložených a prijatých opatreniach na odstránenie zistených nedostatkov a o uložených pokutách,

f) písomne informovať úrad o prijatých opatreniach na odstránenie zistených nedostatkov, ak ich úrad uložil, a to v lehote určenej úradom, ktorá nemôže byť kratšia ako 30 dní.

§ 44

Súčinnosť tretích osôb

(1) Počas výkonu dohľadu je tretia osoba povinná osobe oprávnenej na výkon dohľadu na jej výzvu poskytnúť súčinnosť v rozsahu primeranom na účely výkonu dohľadu. Tretia osoba poskytne údaje potrebné na výkon dohľadu podľa tohto zákona; tým nie je dotknutá povinnosť zachovávať mlčanlivosť podľa § 76 a osobitných predpisov.[63aa])

(2) Súčinnosť podľa tohto zákona je tretia osoba povinná bezodplatne poskytnúť osobe oprávnenej na výkon dohľadu v lehote určenej vo výzve na poskytnutie súčinnosti, ktorá nemôže byť kratšia ako sedem pracovných dní odo dňa doručenia výzvy na poskytnutie súčinnosti.

(3) Treťou osobou na účely tohto zákona je každý, u koho je predpoklad, že disponuje takými informáciami alebo podkladmi, ktoré sú pre výkon dohľadu nevyhnutné.

(4) O úkonoch uvedených v odsekoch 1 a 2 vykoná osoba oprávnená na výkon dohľadu záznam v spisovej dokumentácii z výkonu dohľadu, a to na účel výkonu dohľadu.

§ 45

Protokol a zápisnica

(1) Protokol obsahuje
a) identifikačné údaje dohliadaného subjektu v rozsahu

1. meno, priezvisko, dátum narodenia, adresa trvalého pobytu, ak ide o fyzickú osobu,

2. názov, miesto podnikania a identifikačné číslo organizácie, ak ide o fyzickú osobu – podnikateľa, alebo

3. názov, sídlo, právnu formu a identifikačné číslo organizácie, ak ide o právnickú osobu,

b) miesto a dátum alebo obdobie výkonu dohľadu,

c) predmet výkonu dohľadu,

d) dohliadané obdobie,

e) zistené skutočnosti pri výkone dohľadu,

f) výsledok výkonu dohľadu; v prípade zistených nedostatkov výsledok obsahuje skutkové a právne vymedzenie s uvedením konkrétnych ustanovení všeobecne záväzných právnych predpisov, ktoré boli porušené, a s uvedením konkrétnych porušení vo vedení zdravotnej dokumentácie, ak sa výkon dohľadu týka nesprávneho vedenia zdravotnej dokumentácie,

g) dátum vypracovania protokolu,

h) meno, priezvisko a podpis zamestnanca úradu, ktorý dohľad nad zdravotnou starostlivosťou vykonal.

(2) Súčasťou protokolu môžu byť opatrenia na odstránenie zistených nedostatkov alebo povinnosť dohliadaného subjektu prijať opatrenia na odstránenie zistených nedostatkov a ich príčin.

(3) V protokole možno uviesť aj iné skutočnosti zistené výkonom dohľadu, ktoré nemajú vplyv na výsledok výkonu dohľadu, ale môžu zakladať dôvod na začatie kontrolnej, dozornej alebo sankčnej činnosti iného orgánu štátnej správy alebo verejnej správy.

(4) Ak dohliadaný subjekt podá písomné námietky proti výsledku výkonu dohľadu uvedenému v protokole, osoba oprávnená na výkon dohľadu je povinná vyhodnotiť opodstatnenosť písomných námietok a vyhotoviť zápisnicu.

(5) Zápisnica obsahuje
a) identifikačné údaje dohliadaného subjektu v rozsahu

1. meno, priezvisko, dátum narodenia, adresa trvalého pobytu, ak ide o fyzickú osobu,

2. názov, miesto podnikania a identifikačné číslo organizácie, ak ide o fyzickú osobu – podnikateľa, alebo

3. názov, sídlo, právnu formu a identifikačné číslo organizácie, ak ide o právnickú osobu,

b) miesto a dátum oboznámenia sa s výsledkom vyhodnotenia opodstatnenosti písomných námietok proti výsledku dohľadu,

c) námietky dohliadaného subjektu proti výsledku dohľadu uvedenému v protokole,

d) vyjadrenie úradu k námietkam dohliadaného subjektu,

e) nový výsledok výkonu dohľadu, ak sa na základe vyhodnotenia námietok mení výsledok výkonu dohľadu,

f) meno, priezvisko a podpis zamestnanca úradu, ktorý dohľad nad zdravotnou starostlivosťou vykonal,

g) meno, priezvisko a podpis dohliadaného subjektu alebo osoby oprávnenej konať za dohliadaný subjekt, ak sa oboznámenie s výsledkom vyhodnotenia námietok konalo za osobnej prítomnosti dohliadaného subjektu alebo osoby oprávnenej konať za dohliadaný subjekt.

(6) Spisovú dokumentáciu z výkonu dohľadu úrad uchováva desať rokov po skončení výkonu dohľadu.

(7) Po skončení výkonu dohľadu nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti úrad poskytne na základe písomnej žiadosti kópiu protokolu, písomných námietok dohliadaného subjektu a zápisnice dotknutej osobe, jej zákonnému zástupcovi alebo podávateľovi podnetu. Identifikačné údaje osôb, ktoré vykonali dohľad nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti a podklady pre vyhotovenie protokolu sa nesprístupňujú.

(8) Úrad je povinný zabezpečiť, aby sa postupom podľa odseku 7 a § 43a ods. 10 nesprístupnila utajovaná skutočnosť, bankové tajomstvo, daňové tajomstvo, obchodné tajomstvo alebo neporušila zákonom uložená povinnosť mlčanlivosti.

(9) Úrad je povinný zverejňovať do 31. marca na svojom webovom sídle údaje o všetkých podnetoch na výkon dohľadu za predchádzajúci kalendárny rok; formu a štruktúru údajov určí a zverejní ministerstvo zdravotníctva na svojom webovom sídle.

§ 46

Následný dohľad

(1) Úrad môže vykonať následný dohľad, ak vyjdú najavo nové skutočnosti alebo dôkazy, ktoré mohli mať podstatný vplyv na výsledok výkonu dohľadu a nemohli sa uplatniť počas výkonu dohľadu bez zavinenia dohliadaného subjektu, alebo ak výsledok výkonu dohľadu vychádza z nedostatočne zisteného skutkového stavu veci. Úrad je povinný informovať dohliadaný subjekt o dôvodoch začatia výkonu následného dohľadu.

(2) Úrad môže začať výkon následného dohľadu najneskôr do dvoch rokov od ukončenia predchádzajúceho výkonu dohľadu v tej istej veci.

(3) Následný dohľad nemôžu vykonávať zamestnanci úradu a prizvané osoby, ktoré vykonávali predchádzajúci dohľad nad zdravotnou starostlivosťou v tej istej veci, v prípade dohľadu nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti ani zamestnanci organizačného útvaru úradu, ktorí vykonávali predchádzajúci dohľad nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti.

(4) Dňom skončenia následného dohľadu nahrádza protokol, ktorý bol vydaný v rámci následného dohľadu v celom rozsahu, protokol, ktorý bol vydaný v rámci predchádzajúceho dohľadu v tej istej veci.

§ 46a

Doručovanie a lehoty pri výkone dohľadu

(1) Dôležité písomnosti sa adresátovi doručujú do vlastných rúk. Na doručovanie písomností v súvislosti s výkonom verejnej moci sa vzťahuje zákon o e-Governmente.[62a]) Ak nie je možné písomnosť doručiť podľa predchádzajúcej vety, úrad doručuje písomnosti podľa odsekov 2 až 4.

(2) Ak nebol adresát písomnosti, ktorá sa má doručiť do vlastných rúk, zastihnutý, hoci sa v mieste doručenia zdržiava, doručovateľ uloží písomnosť na pošte a adresáta o tom vhodným spôsobom upovedomí. Ak si adresát nevyzdvihne písomnosť počas doby jej uloženia na pošte, písomnosť sa považuje za doručenú dňom vrátenia nedoručenej zásielky úradu, aj keď sa adresát o tom nedozvie.

(3) Ak nemožno doručiť písomnosť fyzickej osobe – podnikateľovi alebo právnickej osobe na adresu, ktorú uviedla alebo na adresu jej sídla alebo miesta podnikania uvedenú v príslušnom registri, v ktorom je zapísaná, písomnosť sa považuje za doručenú dňom vrátenia nedoručenej zásielky úradu, aj keď sa adresát o tom nedozvedel.

(4) Ak adresát písomnosti bezdôvodne odoprel písomnosť prijať, písomnosť sa považuje za doručenú dňom, keď sa jej prijatie odoprelo.

(5) Ak je adresát zastúpený splnomocneným zástupcom podľa § 43a ods. 6, úrad doručuje písomnosti súvisiace s prešetrením podnetu len splnomocnenému zástupcovi. Ak má adresát v súvislosti s prešetrením podnetu osobne niečo vykonať pri výkone dohľadu, doručuje sa výzva úradu adresátovi aj jeho splnomocnenému zástupcovi.

(6) Ak nie je lehota na vykonanie úkonu ustanovená týmto zákonom, lehotu určí úrad; lehota nemôže byť kratšia ako päť pracovných dní.

(7) Do plynutia lehoty určenej počtom dní sa nezapočítava deň, keď nastala skutočnosť určujúca začiatok plynutia lehoty.

(8) Ak koniec lehoty pripadne na sobotu alebo deň pracovného pokoja, posledným dňom lehoty je najbližší nasledujúci pracovný deň. Lehota je zachovaná, ak je v posledný deň lehoty vykonaný úkon na úrade alebo ak je podanie odovzdané na poštovú prepravu alebo odoslané elektronickými prostriedkami podľa zákona o e-Governmente.[62a])

(9) V pochybnostiach sa považuje lehota za zachovanú, pokiaľ sa nepreukáže opak.

§ 46b

Ak úrad začne konanie voči poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti o uložení pokuty za nesprávne vedenie zdravotnej dokumentácie, je povinný bezodkladne o tom informovať orgán, ktorý poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti vydal povolenie na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia.[41bc])

§ 46c

Trovy výkonu dohľadu

Trovy spojené s výkonom dohľadu znáša subjekt, ktorému tieto trovy vznikli.

§ 47

(1) Na výkon dohľadu nad poskytovaním ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnej pomoci sa primerane vzťahujú ustanovenia § 43 až 46c.

(2) Na výkon dohľadu nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti v rámci osobitného liečebného režimu v detenčnom ústave a v detenčnom ústave pre mladistvých sa primerane použijú ustanovenia § 43 až 46c.

(3) Na výkon dohľadu nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti v škole[41aacb]) sa primerane použijú ustanovenia § 43 až 46c.

(4) Na výkon dohľadu nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti počas neodkladnej prepravy zabezpečovanej vojenským zdravotníctvom sa primerane použijú ustanovenia § 43 až 46c.

ŠIESTA ČASŤ
PREHLIADKA MŔTVEHO TELA A PITVA

§ 47b

Prehliadka mŕtveho tela

(1) Prehliadkou mŕtveho tela sa zisťuje čas a príčina úmrtia. Vykonávanie prehliadky mŕtveho tela je činnosť vo verejnom záujme.

(2) Prehliadku mŕtveho tela vykonáva prehliadajúci lekár. Za prehliadajúceho lekára sa považuje osoba, ktorá riadne skončila vysokoškolské štúdium v študijnom programe druhého stupňa[43]) v študijnom odbore všeobecné lekárstvo a ktorá má vydané oprávnenie na vykonávanie prehliadok mŕtvych tiel.

(3) Prehliadajúci lekár, ktorý vykonal prehliadku mŕtveho tela, je povinný bezodkladne po vykonaní prehliadky mŕtveho tela vyplniť elektronicky hlásenie o úmrtí a vystaviť potvrdenie o prehliadke mŕtveho tela. Každý, komu sú známe informácie o okolnostiach, za ktorých došlo k úmrtiu, je povinný poskytnúť tieto informácie prehliadajúcemu lekárovi, ktorý vykonal prehliadku mŕtveho tela. Správnosť vyplnenia hlásenia o úmrtí overuje úrad, ktorý v hlásení o úmrtí môže vykonať zmenu údajov na základe informácií dostupných z činnosti úradu.

(4) Prehliadajúci lekár ako aj každá osoba prítomná pri prehliadke mŕtveho tela je povinná zdržať sa akéhokoľvek konania smerujúceho k ponuke alebo propagácii pohrebných služieb alebo k poskytovaniu informácií o pohrebných službách s cieľom uprednostniť konkrétneho prevádzkovateľa pohrebnej služby.

(5) Pri podozrení, že úmrtie bolo spôsobené trestným činom, samovraždou alebo ak ide o úmrtie cudzieho štátneho príslušníka, prehliadajúci lekár bezodkladne oznámi tieto skutočnosti útvaru policajného zboru.

(6) Po prehliadke mŕtveho tela možno nariadiť pitvu len za podmienok podľa § 48.

§ 47c

Prehliadka mŕtveho tela v nemocnici

(1) Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti, ktorý má vydané povolenie na prevádzkovanie nemocnice,[63d]) v ktorej došlo k úmrtiu, je povinný zabezpečiť vykonanie prehliadky mŕtveho tela v nemocnici do piatich hodín od úmrtia prehliadajúcim lekárom, ktorý

a) nebol ošetrujúcim lekárom[63e]) zomrelej osoby počas jej poslednej hospitalizácie,

b) nebol lekárom oddelenia nemocnice, na ktorom došlo k úmrtiu osoby počas jej poslednej hospitalizácie a

c) má vydané oprávnenie na vykonávanie prehliadok mŕtvych tiel.

(2) Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti, ktorý má vydané povolenie na prevádzkovanie nemocnice, je povinný

a) zasielať úradu rozpis prehliadajúcich lekárov v nemocnici (ďalej len „rozpis poskytovateľa“) bezodkladne po jeho vyhotovení, pri každej jeho zmene a bezodkladne na základe žiadosti úradu,

b) zabezpečiť dostupnosť osoby zodpovednej za zabezpečenie prehliadok mŕtvych tiel v nemocnici,

c) vytvoriť podmienky na splnenie povinnosti prehliadajúceho lekára podľa § 47b v tejto nemocnici,

d) písomne oznámiť úradu ukončenie zaraďovania prehliadajúceho lekára do rozpisu poskytovateľa najneskôr nasledujúci pracovný deň po dni, v ktorom táto skutočnosť nastala.

(3) Rozpis poskytovateľa obsahuje najmä

a) obdobie, na ktoré sa rozpis poskytovateľa vyhotovuje,

b) zoznam prehliadajúcich lekárov s uvedením mena a priezviska, číselného kódu zdravotníckeho pracovníka, telefonického kontaktu, e-mailového kontaktu, dátumu a času, v ktorom budú vykonávať prehliadky mŕtvych tiel, a čísla oprávnenia na vykonávanie prehliadok mŕtvych tiel,

c) meno, priezvisko a telefonický kontakt osoby zabezpečujúcej prehliadky mŕtvych tiel v nemocnici.

§ 47da

Prehliadka mŕtveho tela mimo nemocnice

(1) Prehliadky mŕtvych tiel mimo nemocnice sa vykonávajú na základe rozpisu úradu, ak nie je v odseku 10 uvedené inak. Úrad vyhotoví rozpis úradu tak, aby úplne zabezpečil nepretržité vykonávanie prehliadok mŕtvych tiel na území okresu; úrad úplne zabezpečí vykonávanie prehliadok mŕtvych tiel, ak bude na každý deň rozpisu úradu zabezpečený dostatočný počet prehliadajúcich lekárov, aby bolo pokryté celé územie okresu, pre ktorý sa rozpis úradu vyhotovuje.

(2) Úrad zaradí do rozpisu úradu najprv na základe dobrovoľnosti prehliadajúcich lekárov, ktorí majú vydané oprávnenie na vykonávanie prehliadok mŕtvych tiel podľa § 47f ods. 1; úrad do rozpisu úradu nezaradí zdravotníckeho pracovníka v povolaní lekár, ktorý má vydané oprávnenie na vykonávanie prehliadok mŕtvych tiel podľa § 47f ods. 1 a ktorý vykonáva štátnu službu profesionálneho vojaka vo vojenskom zdravotníctve.

(3) Ak úrad nedokáže na území okresu úplne zabezpečiť vykonávanie prehliadok mŕtvych tiel podľa odseku 2 na základe dobrovoľnosti, doplní do rozpisu úradu lekára poskytovateľa všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti[63g]) alebo lekára poskytovateľa špecializovanej ambulantnej starostlivosti,[63h]) ktorý poskytuje zdravotnú starostlivosť na území okresu, pre ktorý nie je zabezpečené vykonávanie prehliadok mŕtvych tiel podľa odseku 2. Lekár poskytovateľa všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti alebo lekár poskytovateľa špecializovanej ambulantnej starostlivosti, ktorý je uvedený v rozpise úradu, sa považuje za prehliadajúceho lekára; oprávnenie na vykonávanie prehliadok mŕtvych tiel sa nevyžaduje.

(4) Úrad je povinný do rozpisu úradu zaraďovať prehliadajúcich lekárov podľa odseku 3 rovnomerne.

(5) Úrad zverejňuje rozpis úradu na svojom webovom sídle najneskôr k poslednému dňu kalendárneho mesiaca, ktorý o jeden mesiac predchádza kalendárnemu mesiacu, na ktorý sa rozpis úradu vyhotovuje; úrad zverejňuje rozpis v rozsahu uvedenom v odseku 6 okrem telefonického kontaktu. Ak má úrad k dispozícii e-mailovú adresu poskytovateľa všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti, poskytovateľa špecializovanej ambulantnej starostlivosti alebo lekára uvedeného v rozpise úradu, zašle rozpis úradu aj na túto e-mailovú adresu. Rozpis úradu sa považuje za doručený poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a lekárom dňom nasledujúcim po dni jeho zverejnenia na webovom sídle úradu. Úrad zašle rozpis úradu operačnému stredisku tiesňového volania záchrannej zdravotnej služby najneskôr desať pracovných dní pred začiatkom obdobia, na ktoré sa rozpis úradu vyhotovuje.

(6) Rozpis úradu zasielaný operačnému stredisku tiesňového volania záchrannej zdravotnej služby obsahuje najmä

a) obdobie, na ktoré sa rozpis úradu vyhotovuje,

b) určenie okresu, pre ktorý sa vykonávanie prehliadok mŕtvych tiel zabezpečuje,

c) zoznam prehliadajúcich lekárov s uvedením mena a priezviska, telefonického kontaktu a dátumu a času, v ktorom budú vykonávať prehliadky mŕtvych tiel.

(7) Prehliadajúci lekár je povinný

a) vykonávať prehliadky mŕtvych tiel na základe rozpisu úradu,

b) poskytnúť úradu kontaktné údaje vrátane telefonického kontaktu na účely vykonávania prehliadok mŕtvych tiel podľa rozpisu úradu,

c) bezodkladne po oznámení úmrtia operačným strediskom tiesňového volania záchrannej zdravotnej služby vykonať prehliadku mŕtveho tela,

d) nariaďovať pitvy podľa § 48.

(8) Prehliadka mŕtveho tela lekárom poskytovateľa všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti alebo lekárom poskytovateľa špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti, ktorý je uvedený v rozpise úradu, je vykonaná bezodkladne aj vtedy, ak k oznámeniu úmrtia operačným strediskom tiesňového volania záchrannej zdravotnej služby dôjde

a) počas jeho ordinačných hodín schválených podľa osobitného predpisu[63i]) a lekár vykoná prehliadku mŕtveho tela bezodkladne po ich skončení alebo

b) v čase, v ktorom je týmto lekárom poskytovaná pevná ambulantná pohotovostná služba podľa osobitného predpisu[63j]) a lekár vykoná prehliadku mŕtveho tela bezodkladne po ukončení času, v ktorom sa pevná ambulantná pohotovostná služba poskytuje.

(9) Ak prehliadajúci lekár zaradený v rozpise úradu podľa odseku 5 nemôže v čase určenom v rozpise úradu vykonávať prehliadky mŕtvych tiel, je povinný

a) vopred zabezpečiť svoje zastupovanie v rozsahu rozpisu zverejnenom na webovom sídle úradu podľa odseku 5 a

b) najneskôr v deň, keď má vykonávať prehliadky mŕtvych tiel podľa rozpisu zverejneného podľa odseku 5, oznámiť úradu a operačnému stredisku tiesňového volania záchrannej zdravotnej služby meno a priezvisko, telefonický kontakt na zastupujúceho lekára spoločne s dátumom a časom, v ktorom bude zastupujúci lekár vykonávať prehliadky mŕtvych tiel.

(10) Prehliadku mŕtveho tela mimo nemocnice môže vykonať aj lekár poskytovateľa, ktorý má vydané povolenie na prevádzkovanie ambulancie rýchlej lekárskej pomoci, a to v prípade, ak vykonaním prehliadky mŕtveho tela neohrozí poskytovanie neodkladnej zdravotnej starostlivosti inej osobe. Ak smrť osoby nastala až po začatí poskytovania zdravotnej starostlivosti tejto osobe lekárom podľa prvej vety, tento lekár je po vykonaní prehliadky mŕtveho tela povinný nariadiť pitvu podľa § 48.

§ 47e

Prehliadka mŕtveho tela profesionálneho vojaka zomrelého pri plnení úloh mimo územia Slovenskej republiky

Prehliadku mŕtveho tela profesionálneho vojaka zomrelého pri plnení úloh mimo územia Slovenskej republiky[63k]) vykonáva profesionálny vojak, ktorý vykonáva štátnu službu vo vojenskom zdravotníctve v zdravotníckom povolaní lekár[63c]) a ktorý má vydané oprávnenie na vykonávanie prehliadok mŕtvych tiel; to neplatí, ak bola prehliadka mŕtveho tela profesionálneho vojaka vykonaná na mieste úmrtia.

§ 47f

Oprávnenie na vykonávanie prehliadok mŕtvych tiel

(1) Úrad vydá oprávnenie na vykonávanie prehliadok mŕtvych tiel na základe žiadosti po absolvovaní školenia k prehliadkam mŕtvych tiel

a) zdravotníckemu pracovníkovi poskytovateľa zdravotnej starostlivosti v povolaní lekár,[63c])

b) zdravotníckemu pracovníkovi v povolaní lekár,[63c]) ktorý nie je poskytovateľom zdravotnej starostlivosti ani zdravotníckym pracovníkom poskytovateľa zdravotnej starostlivosti,

c) zamestnancovi úradu, ktorý je zdravotníckym pracovníkom v povolaní lekár,

d) osobe, ktorá riadne skončila vysokoškolské štúdium v študijnom programe druhého stupňa[43]) v študijnom odbore všeobecné lekárstvo.

(2) Oprávnenie na vykonávanie prehliadok mŕtvych tiel zaniká

a) smrťou oprávnenej fyzickej osoby alebo vyhlásením oprávnenej fyzickej osoby za mŕtvu alebo

b) vrátením oprávnenia na vykonávanie prehliadok mŕtvych tiel úradu,

c) zrušením oprávnenia na vykonávanie prehliadok mŕtvych tiel úradom pri opakovanom porušení alebo závažnom porušení povinnosti prehliadajúceho lekára ustanovenej týmto zákonom.

(3) Na vydávanie oprávnenia na vykonávanie prehliadok mŕtvych tiel sa nevzťahuje všeobecný predpis o správnom konaní.

(5) Oprávnenie na vykonávanie prehliadok mŕtvych tiel obsahuje aj údaje zo zoznamu prehliadajúcich lekárov podľa § 20 ods. 1 písm. e) desiateho bodu v rozsahu meno a priezvisko, titul, dátum narodenia, identifikátor priradený úradom prehliadajúcemu lekárovi v zozname a dátum zaradenia do zoznamu prehliadajúcich lekárov.

§ 48

Vykonávanie pitvy

(1) Pitvu možno vykonať len v prípadoch ustanovených týmto zákonom tak, aby ani po smrti nebola znížená dôstojnosť mŕtvej osoby.

(2) Pitvu nariadi úrad alebo prehliadajúci lekár na základe prehliadky mŕtveho tela podľa § 47b, ak je potrebné určiť, či bola zdravotná starostlivosť poskytnutá správne, alebo z iných dôvodov ustanovených v odseku 3. Úrad alebo prehliadajúci lekár môže nariadiť pitvu aj na žiadosť osoby, ktorá je blízkou osobou[57]) zomrelému.

(3) Úrad alebo prehliadajúci lekár za podmienok ustanovených týmto zákonom nariadi pitvu
a) pri úmrtí osoby v zdravotníckom zariadení

1. na účely overenia choroby alebo liečebného postupu,

2. v súvislosti s operačným zákrokom a s anestéziou (mors in tabula),

3. pri podozrení na iatrogénne poškodenie,

b) pri úmrtí osoby pri podozrení na prenosné ochorenie,

c) pri úmrtí osoby pri podozrení na kontamináciu mŕtveho tela rádioaktívnymi látkami,

d) pri úmrtí náhlom a neočakávanom, ak prehliadkou mŕtveho tela alebo iným spôsobom nie je možné určiť príčinu smrti,

e) po odbere orgánov alebo pred odberom ľudského tkaniva alebo ľudských buniek s výnimkou odberu očných rohoviek od mŕtveho darcu,

f) osoby zomrelej mimo zdravotníckeho zariadenia alebo osoby zomrelej v zdravotníckom zariadení pri podozrení z nesprávneho postupu pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti alebo výkone liečiteľských činností,

g) pri úmrtí spôsobenom priemyselnou otravou alebo inou otravou, v dôsledku choroby z povolania alebo ak je podozrenie na úmrtie z týchto príčin,

h) pri úmrtí v súvislosti s pracovným úrazom alebo s iným úrazom,

i) pri úmrtí v súvislosti s dopravnou nehodou,

j) pri násilnom úmrtí vrátane samovraždy,

k) pri úmrtí osoby v zariadení na výkon väzby, v zariadení na výkon trestu odňatia slobody alebo v detenčnom ústave,

l) pri úmrtí osoby po začatí poskytovania zdravotnej starostlivosti tejto osobe lekárom poskytovateľa, ktorý má vydané povolenie na prevádzkovanie ambulancie rýchlej lekárskej pomoci, ak prehliadku mŕtveho tela vykonal tento lekár.

(4) Pitvu nemožno vykonať, ak pitvu osoba alebo jej zákonný zástupca počas života osoby odmietli. Odmietnutie pitvy musí mať písomnú formu, musí obsahovať údaje, ktoré umožnia jednoznačne určiť osobu, ktorá pitvu odmietla, vlastnoručný podpis osoby, ktorá pitvu odmietla, a dátum vyhotovenia. Odmietnutie pitvy musí byť doručené úradu, ktorý ho eviduje a uchováva 10 rokov odo dňa úmrtia osoby. Úrad vedie zoznam osôb, ktoré počas života odmietli pitvu.

(5) Ak sa pitva odmietla podľa odseku 4, možno ju napriek tomu vykonať

a) pri podozrení, že mŕtva osoba bola chorá na prenosné ochorenie,

b) pri podozrení na kontamináciu mŕtveho tela rádioaktívnymi látkami,

c) pri náhlom úmrtí, ak príčina smrti nie je zjavná,

d) pri pochybnostiach lekára, ktorý vykonal prehliadku mŕtveho, o príčine smrti alebo o okolnostiach, za ktorých smrť nastala,

e) po odbere orgánov alebo pred odberom ľudského tkaniva alebo ľudských buniek od mŕtveho darcu,

f) v prípadoch násilnej smrti alebo v prípade dôvodného podozrenia na násilnú smrť,

g) z dôvodov ustanovených osobitným predpisom.[65])

(6) Pitva sa môže vykonať najskôr dve hodiny po tom, ako sa zistilo, že smrť nastala v dôsledku trvalého zastavenia dýchania a srdcovej činnosti,[66]) ak osoba neodmietla pitvu podľa odseku 4.

(7) Pred uplynutím dvoch hodín možno pitvu vykonať, ak sa zistilo, že smrť nastala v dôsledku nezvratného vyhasnutia všetkých funkcií celého mozgu,[67]) len ak ide o odobratie orgánov na účely transplantácie a osoba počas svojho života neodmietla odobratie orgánov.[68])

(8) O vykonaní pitvy sa vyhotoví pitevný protokol. Kópiu pitevného protokolu úrad elektronicky zašle národnému centru a poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti,[68aa]) ktorý vykonal odber ľudského tkaniva alebo ľudských buniek. K pitevnému protokolu sa pripojí správa o odbere orgánov alebo tkanív, ak sa takýto odber uskutočnil. Formu a náležitosti pitevného protokolu ustanoví všeobecne záväzný právny predpis, ktorý vydá ministerstvo zdravotníctva.

(9) Pitvu môže samostatne vykonať len lekár, ktorý skončil vysokoškolské štúdium v študijných programoch druhého stupňa[43]) v študijnom odbore všeobecné lekárstvo alebo pediatria so špecializáciou v špecializačnom odbore patologická anatómia alebo v špecializačnom odbore súdne lekárstvo.

(10) Pitvu nesmie vykonať lekár, ktorý

a) bol ošetrujúcim lekárom mŕtveho,

b) vykonal u mŕtveho odber orgánov,

c) vykonal u mŕtveho počas jeho života bioptické vyšetrenie.

(11) Pitva sa vykonáva na patologicko-anatomických pracoviskách a pracoviskách súdneho lekárstva, ktorých materiálno-technické vybavenie musí zodpovedať ustanoveným požiadavkám; zoznam pracovísk, na ktorých sa vykonávajú pitvy a požiadavky na materiálno-technické vybavenie pracovísk, na ktorých sa vykonávajú pitvy, ustanoví všeobecne záväzný právny predpis, ktorý vydá ministerstvo zdravotníctva.

(12) Na pracoviská ustanovené všeobecne záväzným právnym predpisom podľa odseku 11 sa na nakladanie s majetkom štátu ustanovenia o ponukovom konaní podľa osobitného predpisu[68a]) nepoužijú.

(13) Účasť študentov a iných osôb na pitve sa uskutočňuje na základe dohody uzatvorenej medzi úradom a príslušnou školou.

(14) Úrad v súvislosti s vykonaním pitvy odoberá z mŕtvych tiel biologický materiál na účely diagnostiky, výskumno-vývojové účely, na účely výučby a vzdelávania realizovaného lekárskymi fakultami vysokých škôl so sídlom na území Slovenskej republiky a na ďalšie účely určené zákonom.

(15) Trovy spojené s vykonaním pitvy nariadenej podľa osobitného predpisu[65]) alebo laboratórneho vyšetrenia nariadeného podľa osobitného predpisu[65]) znáša ten, kto pitvu alebo laboratórne vyšetrenie nariadil.

SIEDMA ČASŤ
SANKCIE

§ 50

Podmienky na uloženie sankcií a na podanie návrhu na uloženie sankcií

(1) Ak úrad zistí nedostatky v činnosti zdravotnej poisťovne, ktoré vyplývajú z nedodržiavania ustanovení tohto zákona, osobitného predpisu[37]) alebo podmienok určených v povolení (§ 37 ods. 3), môže podľa závažnosti a povahy zistených nedostatkov zdravotnej poisťovni

a) obmedziť alebo dočasne zastaviť voľné nakladanie s aktívami,

b) uložiť predbežné opatrenie,[69])

c) zrušiť povolenie z dôvodov ustanovených týmto zákonom (§ 39 ods. 2),

d) uložiť povinnosť predkladať osobitné výkazy, hlásenia a správy,

e) uložiť povinnosť vykonať opravu účtovných záznamov,

f) uložiť povinnosť skončiť nepovolenú činnosť,

g) uložiť povinnosť zúčtovať straty z hospodárenia so základným imaním po zúčtovaní strát s nerozdeleným ziskom z minulých rokov a s fondmi tvorenými zo zisku,

h) uložiť povinnosť krátiť výdavky na prevádzkové činnosti zdravotnej poisťovne (§ 6a) o prekročenú sumu v kalendárnom roku, v ktorom sa prekročenie zistilo,

i) uložiť pokutu (§ 64 ods. 1).

(2) Ak úrad pri výkone dohľadu nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti zistí, že zdravotná starostlivosť nebola poskytnutá správne,[40]) alebo ak zistí porušenie povinností ustanovených v § 43e ods. 2, podľa závažnosti zistených nedostatkov môže uložiť poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti pokutu (§ 64 ods. 2) alebo zákaz výkonu zdravotníckeho povolania najviac na jeden rok; ak poskytovateľom zdravotnej starostlivosti je právnická osoba, zákaz výkonu zdravotníckeho povolania môže uložiť jej odbornému zástupcovi.

(3) Ak v odseku 12 nie je ustanovené inak, ak úrad pri výkone dohľadu zistí iné nedostatky v činnosti poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, ktoré môžu zakladať dôvod na začatie kontrolnej, dozornej alebo sankčnej činnosti iného orgánu štátnej správy alebo orgánu verejnej správy, podľa závažnosti zistených nedostatkov môže podať na príslušnom orgáne[71]) návrh na

a) uloženie pokuty,

b) dočasné pozastavenie alebo zrušenie povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia,

c) dočasné pozastavenie alebo zrušenie licencie na výkon samostatnej zdravotníckej praxe alebo licencie na výkon zdravotníckeho povolania, a ak ide o právnickú osobu, licencie na výkon činnosti odborného zástupcu,

d) začatie disciplinárneho konania.

(4) Ak úrad pri výkone dohľadu nad poskytovaním ošetrovateľskej starostlivosti v zariadení sociálnej pomoci zistí

a) porušenie povinností podľa osobitného predpisu[40b]) alebo porušenie povinností ustanovených v § 43e ods. 2, alebo zistí, že ošetrovateľská starostlivosť nebola poskytnutá správne,[40a]) podľa závažnosti zistených nedostatkov môže uložiť zariadeniu sociálnej pomoci pokutu (§ 64 ods. 4),

b) iné nedostatky, ktoré môžu zakladať dôvod na začatie kontrolnej, dozornej alebo sankčnej činnosti iného orgánu štátnej správy alebo orgánu verejnej správy, podá návrh na začatie konania príslušnému orgánu[71aa]) alebo mu zašle informáciu o zistených nedostatkoch.

(5) Ak úrad pri výkone dohľadu nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti v rámci osobitného liečebného režimu v detenčnom ústave a v detenčnom ústave pre mladistvých zistí, že zdravotná starostlivosť v rámci osobitného liečebného režimu nebola poskytnutá správne,[40]) alebo ak úrad zistí porušenie povinností poskytovateľa zdravotnej starostlivosti v súvislosti s vedením zdravotnej dokumentácie,[40aaa]) alebo porušenie povinností ustanovených v § 43e ods. 2, podľa závažnosti zistených nedostatkov môže uložiť detenčnému ústavu pokutu (§ 64 ods. 7).

(6) Pokuty za porušenie povinností platiteľom poistného, poistencom a inou povinnou osobou upravuje osobitný predpis.[37])

(7) Ak úrad zistí porušenie povinností podľa § 47c alebo porušenie povinnosti ustanovenej osobitným predpisom,[71a]) podľa závažnosti zistených nedostatkov a ich následkov môže uložiť poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti pokutu (§ 64 ods. 5).

(8) Ak úrad zistí porušenie povinností podľa § 47b ods. 3 až 5, podľa závažnosti zistených nedostatkov a ich následkov môže uložiť lekárovi pokutu (§ 64 ods. 5).

(9) Ak úrad zistí porušenie povinností podľa § 47da ods. 7 a 9, podľa závažnosti zistených nedostatkov a ich následkov môže uložiť lekárovi pokutu (§ 64 ods. 6).

(10) Sankcie a opatrenia ustanovené v odseku 1 môže úrad podľa povahy veci uložiť opakovane. Úrad nemôže súčasne s rozhodnutím o zrušení povolenia uložiť zdravotnej poisťovni pokutu.

(11) Pokuty podľa odsekov 2, 4, 5 a 7 až 9 môže úrad podľa povahy veci uložiť opakovane; súčasne s uložením pokuty môže uložiť opatrenie na odstránenie zistených nedostatkov.

(12) Ak úrad pri výkone dohľadu nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti zistí porušenie povinnosti viesť zdravotnú dokumentáciu[40aaa]) podľa osobitného predpisu,[40aaa]) podľa závažnosti zistených nedostatkov môže uložiť poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti pokutu (§ 64 ods. 9).

(13) Ak úrad pri výkone dohľadu nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti u toho istého poskytovateľa zdravotnej starostlivosti opakovane zistí, že zdravotná starostlivosť nebola poskytnutá správne,[40]) môže podľa závažnosti zistených nedostatkov uložiť poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti pokutu až do výšky dvojnásobku pokuty uloženej podľa § 64 ods. 2 najviac do úhrnnej výšky dvojnásobku sumy uvedenej v § 64 ods. 2.

(14) Ak úrad pri výkone dohľadu nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti v škole zdravotníckym pracovníkom zistí, že táto starostlivosť nebola poskytnutá správne[71b]) alebo ak úrad zistí porušenie povinností ustanovených v § 43e ods. 2, podľa závažnosti zistených nedostatkov môže uložiť škole pokutu (§ 64 ods. 10).

(15) Ak úrad pri výkone dohľadu nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti počas neodkladnej prepravy zabezpečovanej vojenským zdravotníctvom zistí, že zdravotná starostlivosť nebola poskytnutá správne, alebo ak úrad zistí porušenie povinností ustanovených v § 43e ods. 2, podľa závažnosti zistených nedostatkov môže uložiť Ministerstvu obrany Slovenskej republiky pokutu (§ 64 ods. 15).

§ 51

Ozdravný plán

(1) Úrad nariadi zdravotnej poisťovni, aby predložila na schválenie ozdravný plán, ak zdravotná poisťovňa

a) závažným spôsobom neplní schválený obchodno-finančný plán alebo neplní povinnosti ustanovené zákonom a vzniknutá situácia môže ohroziť schopnosť zdravotnej poisťovne plniť záväzky vyplývajúce z vykonávania verejného zdravotného poistenia,

b) nezabezpečuje platobnú schopnosť (§ 14 ods. 1 až 3) počas troch kalendárnych mesiacov v priebehu uplynulých 12 kalendárnych mesiacov,

c) vykazuje straty, v dôsledku ktorých výška vlastného imania zdravotnej poisťovne klesla pod minimálnu hodnotu základného imania podľa § 33 ods. 1 písm. a).

(2) Ozdravný plán musí schváliť predstavenstvo zdravotnej poisťovne a dozorná rada zdravotnej poisťovne. Zdravotná poisťovňa je povinná predložiť tento ozdravný plán úradu v lehote ním určenej. Úrad je povinný do 10 dní od doručenia ozdravného plánu schváleného predstavenstvom zdravotnej poisťovne a dozornou radou zdravotnej poisťovne ozdravný plán schváliť alebo zamietnuť. Ak úrad v tejto lehote predložený ozdravný plán nezamietne, považuje sa ozdravný plán za schválený.

Nútená správa nad zdravotnou poisťovňou

§ 52

(1) Účelom zavedenia nútenej správy nad zdravotnou poisťovňou je najmä

a) dočasné zastavenie výkonu funkcií orgánom zdravotnej poisťovne zodpovedným za zhoršujúcu sa hospodársku situáciu zdravotnej poisťovne,

b) odstránenie najzávažnejších nedostatkov v riadení a činnosti zdravotnej poisťovne s cieľom zastaviť zhoršovanie sa hospodárskej situácie zdravotnej poisťovne,

c) zistenie skutočného stavu, v akom sa zdravotná poisťovňa nachádza vo všetkých oblastiach jej činnosti a hospodárenia,

d) ochrana práv poistencov zdravotnej poisťovne pred vznikom alebo narastaním škody,

e) prijatie ozdravného režimu, ak možno odôvodnene predpokladať, že jeho prijatím sa zabezpečí ekonomické ozdravenie zdravotnej poisťovne vrátane prijatia a vykonania organizačných opatrení na postupnú stabilizáciu zdravotnej poisťovne a obnovenie jej platobnej schopnosti, najmä v súčinnosti s akcionármi vykonávajúcimi kontrolu nad zdravotnou poisťovňou,

f) zabezpečenie podmienok na uplatnenie nárokov poistencov.

(2) Úrad môže zaviesť nútenú správu nad zdravotnou poisťovňou, ak zdravotná poisťovňa nesplnila opatrenia ozdravného plánu podľa § 51 alebo úrad ozdravný plán zamietol, alebo ak nedostatky v činnosti zdravotnej poisťovne ohrozujú bezpečné fungovanie verejného zdravotného poistenia a akcionári zdravotnej poisťovne neurobili potrebné kroky na odstránenie

týchto nedostatkov. Úrad môže zaviesť nútenú správu nad zdravotnou poisťovňou aj vtedy, ak bolo voči zdravotnej poisťovni začaté trestné stíhanie za trestný čin, za ktorý možno uložiť trest zrušenia právnickej osoby alebo trest prepadnutia majetku.

(3) Úrad zavedie nútenú správu nad zdravotnou poisťovňou, ak v konaní o nariadení prevodu poistného kmeňa podľa § 61 prevod poistného kmeňa nenariadil alebo konanie zastavil.

(4) Začatie konania o zavedení nútenej správy nad zdravotnou poisťovňou sa neoznamuje.

(5) Nútená správa nad zdravotnou poisťovňou sa zavádza okamihom doručenia rozhodnutia úradu o zavedení nútenej správy nad zdravotnou poisťovňou zdravotnej poisťovni; od toho dňa je zavedenie nútenej správy nad zdravotnou poisťovňou účinné voči zdravotnej poisťovni a voči každému.

(6) Výrok právoplatného rozhodnutia o zavedení nútenej správy nad zdravotnou poisťovňou úrad bezodkladne uverejní vo Vestníku úradu, najmenej v jednom denníku s celoštátnou pôsobnosťou a vo verejne prístupných priestoroch sídla zdravotnej poisťovne, nad ktorou bola zavedená nútená správa, a vo všetkých jej pobočkách. Subjekty, ktoré úrad o uverejnenie takého rozhodnutia požiada, sú povinné tejto žiadosti vyhovieť.

§ 53

(1) Nútenú správu nad zdravotnou poisťovňou vykonáva nútený správca a zástupca núteného správcu. Núteného správcu a najviac troch zástupcov núteného správcu vymenúva a odvoláva predseda úradu na návrh správnej rady. Nútený správca a zástupca núteného správcu môžu byť vymenovaní na dobu určitú.

(2) Núteným správcom a zástupcom núteného správcu môže byť len fyzická osoba, ktorá je odborne spôsobilá na vykonávanie tejto funkcie. Na posudzovanie odbornej spôsobilosti núteného správcu a zástupcu núteného správcu sa primerane vzťahuje ustanovenie § 33 ods. 5. Na posudzovanie dôveryhodnosti núteného správcu a zástupcu núteného správcu sa primerane vzťahuje ustanovenie § 33 ods. 3.

(3) Núteným správcom a zástupcom núteného správcu nesmie byť osoba, ktorá

a) je zamestnancom úradu alebo ktorá bola zamestnancom úradu kedykoľvek počas dvoch rokov pred zavedením nútenej správy nad zdravotnou poisťovňou,

b) bola právoplatne odsúdená za spáchanie trestného činu v súvislosti s výkonom riadiacej funkcie alebo za spáchanie úmyselného trestného činu; táto skutočnosť sa preukazuje výpisom z registra trestov,[47])

c) vykonávala v zdravotnej poisťovni, nad ktorou bola zavedená nútená správa, funkciu člena dozornej rady, člena predstavenstva, prokuristu alebo vedúceho zamestnanca, a to kedykoľvek v období troch rokov pred zavedením nútenej správy,

d) poskytovala zdravotnej poisťovni, nad ktorou bola zavedená nútená správa, audítorské služby bez vyslovenia výhrad k jej činnosti, a to kedykoľvek v období jedného roka pred zavedením nútenej správy,

e) má k zdravotnej poisťovni, nad ktorou bola zavedená nútená správa, osobitný vzťah podľa § 66 ods. 4,

f) je dlžníkom alebo veriteľom zdravotnej poisťovne, nad ktorou bola zavedená nútená správa,

g) je zamestnancom, členom predstavenstva alebo členom dozorného orgánu právnickej osoby, ktorá je dlžníkom alebo veriteľom zdravotnej poisťovne, nad ktorou bola zavedená nútená správa,

h) je členom predstavenstva, členom dozornej rady alebo zamestnancom inej zdravotnej poisťovne.

(4) Nútený správca je oprávnený riadiť zdravotnú poisťovňu a jej zamestnancov. Rozsah ďalšej právomoci núteného správcu vymedzuje tento zákon a zmluva uzatvorená podľa § 56 ods. 1. Nútený správca je viazaný obmedzeniami uvedenými v rozhodnutí úradu o zavedení nútenej správy a v zmluve uzatvorenej podľa § 56 ods. 1.

(5) Zástupca núteného správcu je zodpovedný za oblasť činnosti zdravotnej poisťovne zverenú nútenému správcovi; pri výkone nútenej správy nad zdravotnou poisťovňou podlieha nútenému správcovi. Právomoc zástupcu núteného správcu je vymedzená zmluvou uzatvorenou podľa § 56 ods. 1. Po predchádzajúcom súhlase dozornej rady úradu môže nútený správca splnomocniť niektorého svojho zástupcu vykonávaním úkonov vo svojom mene na základe písomného plnomocenstva s podpisom osvedčeným podľa osobitných predpisov;[72]) predchádzajúci súhlas môže byť vyjadrený priamo v zmluve uzatvorenej podľa § 56 ods. 1.

(6) V súvislosti s výkonom nútenej správy nad zdravotnou poisťovňou je nútený správca po predchádzajúcom súhlase dozornej rady úradu oprávnený v záujme urýchleného riešenia závažných problémov v zdravotnej poisťovni pribrať odborných poradcov; tento predchádzajúci súhlas môže byť vyjadrený priamo v zmluve uzatvorenej podľa § 56 ods. 1. Odborným poradcom môže byť len fyzická osoba, ktorá je odborne spôsobilá na výkon tejto funkcie. Na posudzovanie odbornej spôsobilosti odborného poradcu sa primerane vzťahuje ustanovenie § 33 ods. 5. Odborným poradcom nemôže byť osoba, ktorá nespĺňa podmienky podľa odseku 3.

(7) Výkon funkcie núteného správcu a jeho zástupcov sa skončí dňom skončenia nútenej správy nad zdravotnou poisťovňou, uplynutím doby, na ktorú boli vymenovaní alebo ich odvolaním z funkcie.

(8) Nútený správca a zástupcovia núteného správcu môžu byť odvolaní zo svojej funkcie, ak porušia tento zákon alebo iný všeobecne záväzný právny predpis v súvislosti s výkonom nútenej správy nad zdravotnou poisťovňou alebo ak porušia zmluvu uzatvorenú podľa § 56 ods. 1.

(9) Na účel preukázania bezúhonnosti podľa odseku 3 písm. b) poskytne fyzická osoba údaje potrebné na vyžiadanie výpisu z registra trestov.[57aa]) Údaje podľa prvej vety úrad bezodkladne zašle v elektronickej podobe prostredníctvom elektronickej komunikácie Generálnej prokuratúre Slovenskej republiky na vydanie výpisu z registra trestov.

§ 54

(1) Zavedením nútenej správy nad zdravotnou poisťovňou

a) sa zastavuje výkon funkcie všetkých orgánov zdravotnej poisťovne a vedúcich zamestnancov zdravotnej poisťovne v priamej riadiacej pôsobnosti predstavenstva zdravotnej poisťovne,

b) členom predstavenstva zdravotnej poisťovne a členom dozornej rady zdravotnej poisťovne sa prerušuje plynutie ich funkčného obdobia; plynutie ich funkčného obdobia pokračuje po skončení nútenej správy podľa § 59 ods. 1 písm. a) alebo b), a to až do ich odvolania podľa § 59 ods. 3,

c) pôsobnosť predstavenstva zdravotnej poisťovne a dozornej rady zdravotnej poisťovne prechádza na núteného správcu; pri výkone pôsobnosti predstavenstva zdravotnej poisťovne a dozornej rady zdravotnej poisťovne sa na núteného správcu nevzťahujú ustanovenia osobitného predpisu o likvidácii akciovej spoločnosti,[73]) právomoc zdravotnej poisťovne ako zamestnávateľa okamžite skončiť pracovný pomer[74]) s vedúcim zamestnancom a s vedúcim útvaru vnútornej kontroly zdravotnej poisťovne, dať im výpoveď z pracovného pomeru[75]) alebo ich preradiť na inú prácu[76]) prechádza na núteného správcu,

d) právo zdravotnej poisťovne odporovať právnym úkonom podľa osobitného predpisu[77]) prechádza na núteného správcu v rozsahu ustanovenom v § 58 ods. 2.

(2) Nútený správca je oprávnený

a) zvolať valné zhromaždenie zdravotnej poisťovne, riadiť jeho priebeh, predkladať valnému zhromaždeniu zdravotnej poisťovne návrhy; na účinnosť rozhodnutia valného zhromaždenia zdravotnej poisťovne je potrebný súhlas správnej rady,

b) urobiť nevyhnutné opatrenia na postupnú stabilizáciu zdravotnej poisťovne a obnovenie jej platobnej schopnosti, najmä nakladať s pohľadávkami a iným majetkom zdravotnej poisťovne,

c) čiastočne alebo úplne zastaviť nakladanie s prostriedkami zdravotnej poisťovne, ak to vyžaduje situácia v zdravotnej poisťovni, najdlhšie však na 30 kalendárnych dní a len po predchádzajúcom súhlase správnej rady,

d) uzavrieť pobočku zdravotnej poisťovne alebo inú organizačnú jednotku zdravotnej poisťovne,

e) podať návrh na reštrukturalizačné konanie podľa osobitného predpisu,[48]) ale len na základe predchádzajúceho súhlasu valného zhromaždenia zdravotnej poisťovne,

f) podať návrh na vyhlásenie konkurzu, ak je zdravotná poisťovňa v úpadku.[41ab])

(3) Nútený správca je povinný

a) predložiť správnej rade projekt ekonomického ozdravenia zdravotnej poisťovne, nad ktorou bola zavedená nútená správa, alebo iný návrh riešenia situácie v zdravotnej poisťovni, a to najneskôr do 30 dní od zavedenia nútenej správy nad zdravotnou poisťovňou,

b) podať úradu návrh na zrušenie povolenia, ak zistí skutočnosti uvedené v § 39 ods. 1 alebo 2.

(4) Ustanovením odseku 1 nie je dotknuté právo predstavenstva zdravotnej poisťovne podať opravné prostriedky proti rozhodnutiu úradu o zavedení nútenej správy nad zdravotnou poisťovňou; podanie opravného prostriedku nemá odkladný účinok.

(5) Súhlas valného zhromaždenia zdravotnej poisťovne na úkony núteného správcu uvedené v odseku 2 písm. a) až d) a písm. f) sa nevyžaduje.

(6) Členovia predstavenstva zdravotnej poisťovne, členovia dozornej rady zdravotnej poisťovne a vedúci zamestnanci priamo podriadení štatutárnemu orgánu zdravotnej poisťovne, nad ktorou bola zavedená nútená správa, sú povinní na požiadanie núteného správcu s ním spolupracovať, najmä poskytovať mu všetky doklady a ďalšie podklady ním vyžiadané v súvislosti s výkonom nútenej správy.

§ 55

(1) Nútený správca, zástupca núteného správcu a pribraný odborný poradca sú povinní vykonávať svoju činnosť s náležitou odbornou starostlivosťou a zodpovedajú za škodu spôsobenú svojou činnosťou. Nútený správca a ním poverený zástupca núteného správcu sú povinní pravidelne informovať dozornú radu úradu o úkonoch vykonaných počas nútenej správy nad zdravotnou poisťovňou.

(2) Nútený správca, zástupca núteného správcu a pribraný odborný poradca nesmú zneužívať informácie, ktoré získali pri výkone nútenej správy nad zdravotnou poisťovňou, vo svoj prospech ani v prospech iných osôb a nesmú nakladať s majetkom zdravotnej poisťovne vo svoj prospech alebo v prospech im blízkych osôb.[57])

(3) Nútený správca, zástupca núteného správcu a pribraný odborný poradca sú povinní zachovávať mlčanlivosť o všetkých skutočnostiach súvisiacich s vykonávaním nútenej správy nad zdravotnou poisťovňou voči všetkým osobám s výnimkou úradu v súvislosti s plnením jeho úloh podľa tohto zákona alebo iného všeobecne záväzného právneho predpisu; povinnosť zachovávať mlčanlivosť majú aj po skončení svojej činnosti súvisiacej s vykonávaním nútenej správy nad zdravotnou poisťovňou. Na povinnosť núteného správcu, zástupcu núteného správcu a pribraného odborníka sa primerane vzťahuje § 76.

§ 56

(1) Úrad uzatvorí s núteným správcom, ako aj so zástupcom núteného správcu mandátnu zmluvu,[80]) ktorá podrobnejšie vymedzí ich práva a povinnosti a upraví ich zodpovednosť za škodu spôsobenú v súvislosti s výkonom ich funkcie pri výkone nútenej správy nad zdravotnou poisťovňou.

(2) Pribranie odborných poradcov podľa § 53 ods. 6 nútený správca uskutoční na zmluvnom základe a za podmienok odsúhlasených dozornou radou.

(3) Výšku odmeny núteného správcu a zástupcu núteného správcu za výkon funkcie pri výkone nútenej správy nad zdravotnou poisťovňou určí správna rada.

(4) Náklady spojené s výkonom nútenej správy nad zdravotnou poisťovňou vrátane odmien núteného správcu, zástupcov núteného správcu a odborných poradcov sa uhrádzajú z majetku zdravotnej poisťovne, nad ktorou bola zavedená nútená správa.

§ 57

Členom predstavenstva zdravotnej poisťovne a členom dozornej rady zdravotnej poisťovne, nad ktorou bola zavedená nútená správa, nesmie byť vyplatená žiadna odmena v prípade skončenia členstva v orgánoch zdravotnej poisťovne vyplývajúca zo zmluvy medzi zdravotnou poisťovňou a medzi členom predstavenstva zdravotnej poisťovne alebo členom dozornej rady zdravotnej poisťovne alebo priznaná vnútornými predpismi zdravotnej poisťovne.

§ 58

(1) Od zavedenia nútenej správy nemožno počas šiestich mesiacov postupovať pohľadávky voči zdravotnej poisťovni, nad ktorou bola zavedená nútená správa.

(2) Nútený správca môže odporovať právnemu úkonu, ktorý bol urobený v posledných troch rokoch pred zavedením nútenej správy nad zdravotnou poisťovňou v úmysle ukrátiť zdravotnú poisťovňu alebo jej veriteľov, ak tento úmysel musel byť zdravotnej poisťovni známy; to neplatí, ak druhá strana preukáže, že nemohla ani pri náležitej starostlivosti poznať úmysel zdravotnej poisťovne ukrátiť jej veriteľa.

§ 59

(1) Nútená správa sa skončí

a) doručením rozhodnutia správnej rady o skončení nútenej správy zdravotnej poisťovni, nad ktorou bola zavedená nútená správa, ak pominú dôvody na jej trvanie,

b) uplynutím dvanásť mesiacov od zavedenia nútenej správy nad zdravotnou poisťovňou,

c) zrušením povolenia na vykonávanie verejného zdravotného poistenia,

d) vyhlásením konkurzu na majetok zdravotnej poisťovne, nad ktorou bola zavedená nútená správa.

(2) Oznámenie o skončení nútenej správy podľa odseku 1 úrad bez zbytočného odkladu uverejní vo Vestníku úradu, najmenej v jednom denníku s celoštátnou pôsobnosťou a vo verejne prístupných priestoroch sídla zdravotnej poisťovne, nad ktorou bola zavedená nútená správa, a vo všetkých jej pobočkách. Osoby, ktoré úrad o uverejnenie tejto skutočnosti požiada, sú povinné tejto žiadosti vyhovieť.

(3) Po skončení nútenej správy je zdravotná poisťovňa povinná bez zbytočného odkladu zvolať mimoriadne valné zhromaždenie tak, aby sa uskutočnilo do 30 dní od skončenia nútenej správy. Do programu mimoriadneho valného zhromaždenia je zdravotná poisťovňa povinná zaradiť odvolanie doterajších a voľbu nových členov predstavenstva zdravotnej poisťovne a dozornej rady zdravotnej poisťovne.

§ 60

Zavedenie nútenej správy, meno, priezvisko, rodné číslo, trvalý pobyt núteného správcu a jeho zástupcu, skončenie nútenej správy a zmeny týchto skutočností sa zapisujú do obchodného registra;[36]) návrh na zápis podáva úrad.

Prevod poistného kmeňa

§ 61

(1) Ak vznikli dôvody na zavedenie nútenej správy podľa § 52 ods. 2, úrad môže nariadiť zdravotnej poisťovni, aby previedla na inú zdravotnú poisťovňu alebo iné zdravotné poisťovne (ďalej len „preberajúca zdravotná poisťovňa“) všetky alebo časť potvrdených prihlášok na verejné zdravotné poistenie (ďalej len „poistný kmeň“).

(2) Zdravotná poisťovňa je povinná do 30 dní odo dňa doručenia oznámenia úradu o začatí konania o nariadení prevodu poistného kmeňa predložiť úradu na schválenie návrh postupu prevodu poistného kmeňa.

(3) V návrhu postupu prevodu poistného kmeňa zdravotná poisťovňa, voči ktorej úrad začal konanie o nariadení prevodu poistného kmeňa (ďalej len „odovzdávajúca zdravotná poisťovňa“),

a) uvedie dôvody prevodu poistného kmeňa,

b) uvedie opis prevádzaného poistného kmeňa; ak sa poistný kmeň prevádza na viaceré preberajúce zdravotné poisťovne, označí časť poistného kmeňa, ktorú jednotlivé preberajúce zdravotné poisťovne preberú,

c) označí preberajúcu zdravotnú poisťovňu,

d) uvedie predpokladané zmeny vo svojom hospodárení a v hospodárení preberajúcej zdravotnej poisťovne ako dôsledok prevodu poistného kmeňa,

e) uvedie spôsob a obsah oznámenia poistencom, ktorým prijala a potvrdila prihlášky na verejné zdravotné poistenie, a poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, s ktorými má uzatvorené zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti podľa § 7 a ktorých sa prevod poistného kmeňa týka,

f) uvedie výšku a spôsob určenia odplaty za prevod poistného kmeňa.

(4) Odplata za prevod poistného kmeňa podľa odseku 3 písm. f) sa vždy určuje aj s prihliadnutím na možné uplatnenie práva poistencov podľa § 61f ods. 3 a na splatné pohľadávky podľa § 61e ods. 2, ak sa odovzdávajúca zdravotná poisťovňa a preberajúca zdravotná poisťovňa nedohodnú inak.

(5) Odplata za prevod poistného kmeňa sa musí prednostne použiť na úhradu za poskytnutú zdravotnú starostlivosť, ktorú odovzdávajúca zdravotná poisťovňa neuhradila poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti v lehote splatnosti.

(6) K návrhu postupu prevodu poistného kmeňa odovzdávajúca zdravotná poisťovňa priloží

a) písomný súhlas preberajúcej zdravotnej poisťovne s prevodom poistného kmeňa,

b) zmluvu o odplatnom prevode poistného kmeňa s preberajúcou zdravotnou poisťovňou,

c) harmonogram prevodu poistného kmeňa s náležitosťami určenými úradom podľa § 20 ods. 2 písm. n).

(7) Zmluvu o prevode poistného kmeňa medzi odovzdávajúcou zdravotnou poisťovňou a preberajúcou zdravotnou poisťovňou nemožno vypovedať, od nej odstúpiť, ani inak ju zrušiť prejavom vôle strán.

(8) Prevod poistného kmeňa nesmie ohroziť

a) plnenie záväzkov vyplývajúcich z potvrdených prihlášok na verejné zdravotné poistenie a uzatvorených zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, ktoré sú predmetom prevodu poistného kmeňa,

b) predpokladanú mieru platobnej schopnosti preberajúcej zdravotnej poisťovne alebo odovzdávajúcej zdravotnej poisťovne podľa § 14 ods. 2 alebo

c) stabilitu preberajúcej zdravotnej poisťovne alebo odovzdávajúcej zdravotnej poisťovne.

(9) Ak návrh postupu prevodu poistného kmeňa nespĺňa náležitosti podľa odsekov 3 a 6, úrad vyzve odovzdávajúcu zdravotnú poisťovňu, aby v určenej lehote odstránila nedostatky návrhu; súčasne ju poučí, že inak konanie zastaví.

(10) Úrad konanie zastaví, ak

a) odovzdávajúca zdravotná poisťovňa v lehote určenej úradom neodstránila nedostatky návrhu napriek poučeniu podľa odseku 9 alebo

b) prevod poistného kmeňa nespĺňa požiadavky podľa odseku 8.

(11) Ak návrh postupu prevodu poistného kmeňa spĺňa náležitosti podľa odsekov 3 a 6 a sú splnené požiadavky podľa odseku 8, prevod poistného kmeňa sa uskutoční do 120 dní odo dňa právoplatnosti rozhodnutia o nariadení prevodu poistného kmeňa, ak v odseku 12 nie je ustanovené inak, vždy však k prvému dňu kalendárneho mesiaca.

(12) Ak prevod poistného kmeňa predstavuje koncentráciu podľa osobitného predpisu,[32]) prevod poistného kmeňa sa môže uskutočniť až po nadobudnutí právoplatnosti rozhodnutia, ktorým Protimonopolný úrad Slovenskej republiky súhlasil s takouto koncentráciou.

(13) Účastníkom konania o nariadení prevodu poistného kmeňa sú všetky zdravotné poisťovne.

§ 61a

(1) Úrad môže rozhodnúť o prevode poistného kmeňa aj v konaní o schválení návrhu postupu prevodu poistného kmeňa na základe žiadosti zdravotnej poisťovne; súčasťou žiadosti je návrh postupu prevodu poistného kmeňa.

(2) Žiadosť podľa odseku 1 môže podať zdravotná poisťovňa, ktorá

a) požiadala o predchádzajúci súhlas úradu podľa § 13 ods. 1 písm. d), e), f) alebo písm. g) alebo

b) nezabezpečuje platobnú schopnosť podľa § 14 počas jedného kalendárneho mesiaca v priebehu uplynulých 12 kalendárnych mesiacov.

(3) Na prevod poistného kmeňa podľa odseku 1 ustanovenia § 61 ods. 3 až 10 platia rovnako; odovzdávajúcou zdravotnou poisťovňou sa v konaní o schválení návrhu postupu prevodu poistného kmeňa rozumie zdravotná poisťovňa, ktorá požiadala o prevod poistného kmeňa.

(4) Ak návrh postupu prevodu poistného kmeňa spĺňa náležitosti podľa § 61 ods. 3 a 6 a sú splnené požiadavky podľa § 61 ods. 8, úrad návrh schváli a prevod poistného kmeňa sa uskutoční do 120 dní odo dňa právoplatnosti rozhodnutia o schválení návrhu postupu prevodu poistného kmeňa, vždy však k prvému dňu kalendárneho mesiaca.

(5) Účastníkom konania o schválení návrhu postupu prevodu poistného kmeňa je odovzdávajúca zdravotná poisťovňa a preberajúca zdravotná poisťovňa.

§ 61b

(1) Úrad nariadi pomerný a odplatný prevod poistného kmeňa zdravotnej poisťovni, ktorej bolo právoplatne a vykonateľne zrušené povolenie podľa § 39 alebo ktorej zanikla platnosť povolenia podľa § 40 ods. 1 písm. b) a c) (ďalej len „nariadenie núteného prevodu“).

(2) Účastníkmi konania o nariadení núteného prevodu sú všetky zdravotné poisťovne.

(3) V konaní o nariadení núteného prevodu úrad určí preberajúce zdravotné poisťovne; preberajúcou zdravotnou poisťovňou nesmie byť

a) zdravotná poisťovňa, ktorej úrad uložil povinnosť vypracovať ozdravný plán,

b) zdravotná poisťovňa, nad ktorou úrad zaviedol núteného správu,

c) zdravotná poisťovňa, ktorá nespĺňala niektoré z kritérií platobnej schopnosti podľa § 14 ods. 2 počas dvoch kalendárnych mesiacov za 12 kalendárnych mesiacov predchádzajúcich začatiu konania o nariadení núteného prevodu.

(4) Úrad rozhodne o nariadení núteného prevodu do ôsmich pracovných dní odo dňa, keď nastal dôvod núteného prevodu.

(5) Rozhodnutie o nariadení núteného prevodu okrem všeobecných náležitostí rozhodnutia[58]) obsahuje

a) preberajúce zdravotné poisťovne,

b) opis poistného kmeňa a jeho rozdelenie medzi preberajúce zdravotné poisťovne,

c) spôsob vysporiadania prípadných zmien v stave poistného kmeňa po vydaní rozhodnutia o nariadení núteného prevodu.

(6) Prílohová časť rozhodnutia o nariadení núteného prevodu obsahuje menné zoznamy poistencov rozdelených medzi preberajúce zdravotné poisťovne a podrobnosti určenia počtu prepočítaných poistencov[80a]) v jednotlivých častiach prevádzaného poistného kmeňa; prílohová časť sa nevyhotovuje v listinnej podobe, ale len v elektronickej podobe.

(7) Rozhodnutie o nariadení núteného prevodu podá úrad na zverejnenie v Obchodnom vestníku[60]) v deň jeho vydania. Rozhodnutie o nariadení núteného prevodu sa zverejňuje v Obchodnom vestníku bez ohľadu na jeho právoplatnosť a nadobúda vykonateľnosť dňom nasledujúcim po dni jeho zverejnenia v Obchodnom vestníku; jeho prílohová časť sa nezverejňuje.

(8) Účinnosť prevodu poistného kmeňa nastáva bez ohľadu na vykonateľnosť rozhodnutia o nariadení núteného prevodu dňom, keď nastal dôvod núteného prevodu.

(9) Na účely nariadenia núteného prevodu odplatným prevodom poistného kmeňa sa rozumie prevod poistného kmeňa alebo jeho častí za odplatu, ktorú určí úrad v rozhodnutí o odplate za prevod poistného kmeňa vo výške

a) uvedenej v písomnej dohode medzi odovzdávajúcou zdravotnou poisťovňou a preberajúcimi zdravotnými poisťovňami alebo

b) určenej znalcom ustanoveným úradom na návrh odovzdávajúcej zdravotnej poisťovne a preberajúcich zdravotných poisťovní alebo aj bez návrhu, ak zdravotné poisťovne nenavrhnú znalca do 15 dní odo dňa doručenia výzvy úradu; znalečné znáša odovzdávajúca zdravotná poisťovňa.

(10) Výška odplaty za prevod poistného kmeňa podľa odseku 9 písm. a) a b) sa vždy určí aj s prihliadnutím na možné uplatnenie práva poistencov podľa § 61f ods. 3. Na použitie odplaty ustanovenie § 61 ods. 5 platí rovnako.

(11) Úrad ustanoví znalca podľa odseku 9 písm. b), ak zdravotné poisťovne nepredložia úradu dohodu podľa odseku 9 písm. a) do 15 dní odo dňa začatia konania o nariadení núteného prevodu.

(12) Na účely nariadenia núteného prevodu pomerným prevodom poistného kmeňa sa rozumie prevod poistného kmeňa

a) v celosti na jednu preberajúcu zdravotnú poisťovňu alebo

b) na viac preberajúcich zdravotných poisťovní po častiach určených náhodným výberom poistencov s využitím programových prostriedkov a pri dohľade preberajúcich zdravotných poisťovní tak, aby jedna polovica poistného kmeňa bola rozdelená rovným dielom medzi preberajúce zdravotné poisťovne, ktorých podiel poistencov neprevyšuje hraničný podiel, a druhá polovica poistného kmeňa medzi všetky preberajúce zdravotné poisťovne pomerne podľa podielu poistencov preberajúcich zdravotných poisťovní za kalendárny mesiac, za ktorý sa vykonávalo posledné mesačné prerozdeľovanie preddavkov na poistné,[80b]) o ktorom úrad rozhodol podľa osobitného predpisu[39c]) pred vydaním rozhodnutia o nútenom prevode (ďalej len „rozhodujúce obdobie“); prípadné zaokrúhľovanie pri delení poistného kmeňa na časti sa vykoná podľa matematických pravidiel zaokrúhľovania s tým, že v pochybnostiach rozhodne úrad.

(13) Hraničný podiel podľa odseku 12 písm. b) je podiel 100 % a počtu zdravotných poisťovní okrem odovzdávajúcej zdravotnej poisťovne.

(14) Podiel poistencov preberajúcej zdravotnej poisťovne podľa odseku 12 písm. b) je pomer počtu prepočítaných poistencov[80a]) preberajúcej zdravotnej poisťovne k celkovému počtu prepočítaných poistencov v rozhodujúcom období.

(15) Úrad v rozhodnutí o odplate za prevod poistného kmeňa uvedie výšku a splatnosť odplaty za prevod poistného kmeňa. Úrad môže v rozhodnutí o odplate za prevod poistného kmeňa určiť zaplatenie odplaty v splátkach podľa splátkového kalendára po posúdení platobnej schopnosti preberajúcich zdravotných poisťovní tak, aby splácanie ceny poistného kmeňa alebo jeho častí neohrozovalo plnenie ich povinností podľa tohto zákona; úrad v povolení splátkového kalendára určí aj primeraný úrok splatný spolu s príslušnou splátkou.

§ 61c

(1) Odvolanie proti rozhodnutiu o nútenom prevode nemá odkladný účinok.

(2) Dôvody odvolania proti rozhodnutiu o nútenom prevode možno uviesť len v lehote na podanie odvolania; na neskôr uvedené dôvody sa neprihliada. Odvolanie proti rozhodnutiu o prevode poistného kmeňa môže odôvodniť

a) preberajúca zdravotná poisťovňa iba tým, že úrad nesprávne určil preberajúce zdravotné poisťovne, nedodržal zásady pomerného prevodu poistného kmeňa alebo nenastal dôvod núteného prevodu,

b) odovzdávajúca zdravotná poisťovňa iba tým, že rozhodnutie súdu alebo úradu, ktoré bolo dôvodom núteného prevodu, bolo zrušené alebo bola odložená jeho vykonateľnosť, alebo tým, že nenastal dôvod núteného prevodu.

(3) Úrad rozhodnutie o nútenom prevode zmení, ak sa preukáže, že nesprávne určil preberajúce zdravotné poisťovne alebo nedodržal zásady pomerného prevodu poistného kmeňa; ustanovenia § 61b ods. 5 platia rovnako. Súčasťou rozhodnutia je prílohová časť, na ktorej obsah a vyhotovenie sa vzťahuje § 61b ods. 6.

(4) Úrad rozhodnutie o nútenom prevode zruší a konanie zastaví, ak sa preukáže, že nevznikol dôvod núteného prevodu.

(5) Na vykonateľnosť a zverejňovanie rozhodnutí podľa odsekov 3 a 4 platí ustanovenie § 61b ods. 7 rovnako.

(6) Na konanie úradu podľa odsekov 3 a 4 a § 61b ods. 1 a sa nepoužije osobitný predpis.[32])

§ 61d

(1) Ak je právoplatné rozhodnutie o nariadení prevodu poistného kmeňa podľa § 61, právoplatné rozhodnutie o schválení návrhu postupu prevodu poistného kmeňa podľa § 61a alebo právoplatné rozhodnutie o nútenom prevode podľa § 61b zrušené súdom alebo ak je vykonateľné rozhodnutie úradu o nútenom prevode podľa § 61b zrušené úradom, poistný kmeň prevedený na základe takého zrušeného rozhodnutia prechádza k prvému dňu kalendárneho mesiaca nasledujúceho po mesiaci, počas ktorého nadobudlo rozhodnutie súdu alebo úradu vykonateľnosť, späť na odovzdávajúcu zdravotnú poisťovňu (ďalej len „spätný prevod poistného kmeňa“), ak v odsekoch 2 a 3 nie je ustanovené inak.

(2) Ak odovzdávajúca zdravotná poisťovňa nemá ku dňu spätného prevodu poistného kmeňa povolenie z dôvodu jeho zrušenia alebo zániku platnosti povolenia alebo ak požiadala pred týmto dňom o vydanie predchádzajúceho súhlasu úradu podľa § 13 ods. 1 písm. e), spätný prevod poistného kmeňa sa nevykoná a úrad nariadi nútený prevod podľa § 61b s účinnosťou ku dňu, ku ktorému by inak došlo k spätnému prevodu poistného kmeňa.

(3) Ak poistenec, ktorého potvrdená prihláška na verejné zdravotné poistenie bola predmetom prevodu poistného kmeňa, zmenil zdravotnú poisťovňu pred zrušením rozhodnutia podľa odseku 1, spätný prevod jeho potvrdenej prihlášky na verejné zdravotné poistenie sa nevykoná.

§ 61e

(1) Pri prevode poistného kmeňa sa prevedú

a) účty poistencov,

b) príslušná dokumentácia, najmä doklady o platiteľoch poistného vo forme mesačných výkazov.

(2) Pri prevode poistného kmeňa odovzdávajúca zdravotná poisťovňa postúpi na preberajúcu zdravotnú poisťovňu splatné pohľadávky na úhradu preddavkov na poistné[18f]) a úrokov z omeškania[18h]) za tie kalendárne mesiace kalendárneho roka, v ktorom došlo k prevodu poistného kmeňa (ďalej len „rok prevodu kmeňa“), ktoré predchádzajú kalendárnemu mesiacu, v ktorom nastal deň účinnosti prevodu poistného kmeňa (ďalej len „mesiac prevodu kmeňa“). Platiteľ poistného sa o postúpení pohľadávok neupovedomuje.

(3) Pri prevode časti poistného kmeňa sa postúpenie podľa odseku 2 týka len pohľadávok súvisiacich s poistným za poistencov, ktorých potvrdené prihlášky boli predmetom prevodu časti poistného kmeňa. Každá pohľadávka podľa odseku 2 sa postupuje na preberajúcu zdravotnú poisťovňu až dňom právoplatnosti rozhodnutia úradu o mesačnom prerozdeľovaní preddavkov na poistné[39c]) vykonávanom za kalendárny mesiac, za ktorý táto pohľadávka vznikla.

(4) S pohľadávkami podľa odseku 3 prevedie odovzdávajúca zdravotná poisťovňa preberajúcej zdravotnej poisťovni aj časť úhrad pohľadávok podľa odseku 3 zaplatených odovzdávajúcej zdravotnej poisťovni pred účinnosťou ich postúpenia určenú tak, aby odovzdávajúcej zdravotnej poisťovni ostala z pôvodnej výšky týchto pohľadávok za jednotlivé kalendárne mesiace, za ktoré vznikli, uhradená suma, ktorú odovzdávajúca zdravotná poisťovňa za tieto kalendárne mesiace zahrnula do sumy zaplatených preddavkov na poistné[80c]) v rámci mesačného prerozdeľovania preddavkov na poistné.[80b])

§ 61f

(1) Preberajúca zdravotná poisťovňa je povinná do 30 dní odo dňa právoplatnosti rozhodnutia o nariadení prevodu poistného kmeňa podľa § 61, do 30 dní odo dňa právoplatnosti rozhodnutia o schválení návrhu postupu prevodu poistného kmeňa podľa § 61a alebo do 30 dní odo dňa vykonateľnosti rozhodnutia o nútenom prevode podľa § 61b

a) oznámiť poistencom, ktorých potvrdené prihlášky na verejné zdravotné poistenie preberá, a poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, s ktorými má uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti podľa § 7 a ktorých sa prevod poistného kmeňa týka, svoje obchodné meno a sídlo a dátum účinnosti prevodu poistného kmeňa,

b) preukázateľne doručiť poistencom podľa písmena a) preukaz poistenca preberajúcej zdravotnej poisťovne a európsky preukaz, ak im bol odovzdávajúcou zdravotnou poisťovňou vydaný.

(2) Poistenec, ktorého potvrdená prihláška na verejné zdravotné poistenie sa stala predmetom prevodu poistného kmeňa,

a) má právo preukazovať sa u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti preukazom poistenca alebo európskym preukazom odovzdávajúcej zdravotnej poisťovne, ak mu bol vydaný, až do času doručenia preukazu poistenca a európskeho preukazu podľa odseku 1 písm. b),

b) je povinný preukázateľne vrátiť preukaz poistenca a európsky preukaz, ak mu bol vydaný, odovzdávajúcej zdravotnej poisťovni do 10 dní odo dňa doručenia preukazu podľa odseku 1 písm. b).

(3) Poistenec, ktorého potvrdená prihláška na verejné zdravotné poistenie sa stala predmetom prevodu poistného kmeňa na základe rozhodnutia o nariadení prevodu poistného kmeňa podľa § 61 alebo rozhodnutia o schválení návrhu postupu prevodu poistného kmeňa podľa § 61a, má

právo najneskôr do 30 dní od oznámenia podľa odseku 1 písm. a) písomne odmietnuť na úrade prevod svojej prihlášky na verejné zdravotné poistenie; lehota je zachovaná, ak poistenec odmietnutie prevodu prihlášky podal na úrade v posledný deň lehoty. Odmietnutie prevodu prihlášky na verejné zdravotné poistenie v ustanovenej lehote je účinné ku dňu účinnosti prevodu poistného kmeňa.

(4) Ustanovenie odseku 3 neplatí, ak odovzdávajúca zdravotná poisťovňa požiadala o predchádzajúci súhlas úradu podľa § 13 ods. 1 písm. e).

(5) Poistenec, ktorého potvrdená prihláška na verejné zdravotné poistenie sa stala predmetom prevodu časti poistného kmeňa podľa § 61b, má právo rozhodnúť, na ktorú preberajúcu zdravotnú poisťovňu bude jeho potvrdená prihláška na verejné zdravotné poistenie prevedená, ak do 30 dní od oznámenia podľa odseku 1 písm. a) písomne oznámi preberajúcu zdravotnú poisťovňu, ktorú si vybral, preberajúcej zdravotnej poisťovni, ktorá mala prevziať jeho prihlášku na verejné zdravotné poistenie, a súčasne aj preberajúcej zdravotnej poisťovni, ktorú si vybral. Písomné oznámenie v ustanovenej lehote je účinné ku dňu účinnosti prevodu poistného kmeňa.

(6) Platitelia poistného sú povinní odviesť preddavky na poistné[18f]) za poistencov, ktorých potvrdené prihlášky na verejné zdravotné poistenie sa stali predmetom prevodu poistného kmeňa,

a) odovzdávajúcej zdravotnej poisťovni za kalendárne mesiace roku prevodu kmeňa predchádzajúce mesiacu prevodu kmeňa,

b) preberajúcej zdravotnej poisťovni za mesiac prevodu kmeňa a nasledujúce kalendárne mesiace roku prevodu kmeňa.

(7) Ak platiteľ poistného preddavky na poistné podľa odseku 6 písm. b) alebo postúpené pohľadávky podľa § 61e ods. 2 zaplatí odovzdávajúcej zdravotnej poisťovni, odovzdávajúca zdravotná poisťovňa je povinná ich previesť na preberajúcu zdravotnú poisťovňu do piatich pracovných dní odo dňa ich zaplatenia. Deň pripísania platby na účet odovzdávajúcej zdravotnej poisťovne sa považuje za deň splnenia povinnosti platiteľa poistného podľa odseku 6 písm. b).

(8) Mesačné prerozdeľovanie preddavkov na poistné[80b]) vykonáva za kalendárne mesiace podľa odseku 6 písm. a) odovzdávajúca zdravotná poisťovňa a za kalendárne mesiace podľa odseku 6 písm. b) preberajúca zdravotná poisťovňa.

§ 61g

(1) Na ročné zúčtovanie poistného za poistencov, ktorých potvrdená prihláška na verejné zdravotné poistenie sa stala predmetom prevodu poistného kmeňa, je príslušná preberajúca zdravotná poisťovňa.

(2) Na ročné zúčtovanie poistného za fyzickú osobu, ktorej verejné zdravotné poistenie zaniklo podľa osobitného predpisu[80d]) po prevode jej prihlášky na verejné zdravotné poistenie, je príslušná zdravotná poisťovňa, ktorá naposledy vykonávala verejné zdravotné poistenie.

(3) Odovzdávajúca zdravotná poisťovňa, ktorá previedla celý poistný kmeň a jej povolenie bolo zrušené alebo zanikla jeho platnosť, je naposledy príslušná na ročné zúčtovanie poistného za kalendárny rok predchádzajúci roku prevodu kmeňa.

§ 61h

(1) Pri prevode celého poistného kmeňa odovzdávajúcej zdravotnej poisťovne jednej preberajúcej zdravotnej poisťovni sa výsledky mesačných prerozdeľovaní preddavkov na poistné[32b]) odovzdávajúcej zdravotnej poisťovne uskutočnených za kalendárne mesiace podľa § 61f ods. 6 písm. a) na účely ročného prerozdeľovania poistného[27aa]) za rok prevodu kmeňa pripočítajú k súčtu výsledkov mesačných prerozdeľovaní preddavkov na poistné preberajúcej zdravotnej poisťovne za tento rok.

(2) Pri prevode celého poistného kmeňa odovzdávajúcej zdravotnej poisťovne po častiach viacerým preberajúcim zdravotným poisťovniam sa výsledky mesačných prerozdeľovaní preddavkov na poistné[32b]) odovzdávajúcej zdravotnej poisťovne uskutočnených za kalendárne mesiace podľa § 61f ods. 6 písm. a) na účely ročného prerozdeľovania poistného[27aa]) za rok prevodu kmeňa pomerne rozdelia a ich pomerné časti sa pripočítajú k súčtu výsledkov mesačných prerozdeľovaní preddavkov na poistné preberajúcich zdravotných poisťovní za tento rok. Pomerné rozdelenie sa určí pomerom počtu prepočítaných poistencov[80a]) zahrnutých v príslušných prevádzaných častiach poistného kmeňa odovzdávajúcej zdravotnej poisťovne určených za kalendárny mesiac bezprostredne predchádzajúci mesiacu prevodu kmeňa.

(3) Pri prevode časti poistného kmeňa odovzdávajúcej zdravotnej poisťovne preberajúcej zdravotnej poisťovni sa pri ročnom prerozdeľovaní poistného za rok prevodu kmeňa, ak ide o preberajúcu zdravotnú poisťovňu, postupuje primerane podľa odseku 2.

(4) Ak odovzdávajúcej zdravotnej poisťovni v súvislosti s prevodom poistného kmeňa nebude zrušené povolenie alebo nezanikne jeho platnosť, zúčastní sa na ročnom prerozdeľovaní poistného aj za rok prevodu kmeňa. Do súčtu výsledkov mesačných prerozdeľovaní preddavkov na poistné[32b]) odovzdávajúcej zdravotnej poisťovne za rok prevodu kmeňa sa nezahrnú výsledky mesačných prerozdelení preddavkov na poistné alebo ich časti, ktoré sa zahrnú podľa odseku 2 alebo odseku 3 do súčtu výsledkov mesačných prerozdeľovaní preddavkov na poistné preberajúcej zdravotnej poisťovne alebo preberajúcich zdravotných poisťovní za tento rok.

(5) Ročné prerozdeľovanie poistného[27aa]) za rok prevodu kmeňa vykonáva za odovzdávajúcu zdravotnú poisťovňu preberajúca zdravotná poisťovňa v rozsahu podľa odseku 1 alebo preberajúce zdravotné poisťovne v čiastočnom rozsahu podľa odseku 2 alebo odseku 3. Ročné prerozdeľovanie za rok prevodu kmeňa vykonáva v čiastočnom rozsahu podľa odseku 4 aj odovzdávajúca zdravotná poisťovňa.

§ 62

Dočasné zastavenie oprávnenia prijímať a potvrdzovať prihlášky na verejné zdravotné poistenie a uzatvárať zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

(1) Úrad môže dočasne zastaviť zdravotnej poisťovni oprávnenie prijímať a potvrdzovať prihlášky na verejné zdravotné poistenie a uzatvárať zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, ak

a) je ohrozená schopnosť zdravotnej poisťovne plniť záväzky vyplývajúce z prijímaných a potvrdzovaných prihlášok na verejné zdravotné poistenie a uzatvorených zmlúv a sankcie a opatrenia uložené úradom neviedli k zlepšeniu hospodárskej situácie,

b) úrad začal konanie o zavedení nútenej správy nad zdravotnou poisťovňou.

(2) Dočasné zastavenie podľa odseku 1 oznámi úrad bez zbytočného odkladu vo Vestníku úradu a najmenej v jednom denníku s celoštátnou pôsobnosťou. Subjekty, ktoré úrad o uverejnenie tejto skutočnosti požiada, sú povinné tejto žiadosti vyhovieť.

§ 63

Dočasné zastavenie výkonu akcionárskych práv

(1) Úrad môže fyzickej osobe alebo právnickej osobe, ktorá si nevyžiadala predchádzajúci súhlas podľa § 13 ods. 1 písm. a) alebo ho získala na základe nepravdivých údajov, dočasne zastaviť výkon práva

a) zúčastniť sa a hlasovať na valnom zhromaždení zdravotnej poisťovne,

b) požiadať o zvolanie mimoriadneho valného zhromaždenia zdravotnej poisťovne.

(2) Ak tak rozhodne úrad, zdravotná poisťovňa je povinná

a) dať príkaz centrálnemu depozitárovi na registráciu dočasného zastavenia práva majiteľa nakladať so zaknihovanými cennými papiermi (akciami), ktoré vydala, a to päť dní pred dňom konania valného zhromaždenia zdravotnej poisťovne,

b) predložiť úradu výpis z jej registra emitenta cenných papierov, ktorý vedie centrálny depozitár podľa osobitného predpisu,[81]) vyhotovený v deň, keď bol vykonaný príkaz podľa písmena a),

c) predložiť úradu výpis zo svojho zoznamu akcionárov vyhotovený v deň, keď bol vykonaný príkaz podľa písmena a).

(3) Výpis podľa odseku 2 písm. c) sa nesmie vyhotoviť skôr, ako sa vykonala registrácia dočasného zastavenia výkonu práva majiteľa nakladať s akciami v zaknihovanej podobe na meno, ktoré vydala zdravotná poisťovňa. Výpis doručí zdravotná poisťovňa úradu v deň jeho vyhotovenia. Úrad bez zbytočného odkladu na doručenom výpise písomne označí osobu, ktorej dočasne zastavuje výkon práv uvedených v odseku 1, a doručí ho zdravotnej poisťovni najneskôr v deň predchádzajúci dňu konania valného zhromaždenia zdravotnej poisťovne.

(4) Konanie o dočasnom zastavení výkonu akcionárskych práv uvedených v odseku 1 je začaté, ak úrad na výpise podľa odseku 2 písm. c) písomne označí osobu, ktorej dočasne zastavuje výkon akcionárskych práv uvedených v odseku 1.

(5) Zdravotná poisťovňa nesmie na svojom valnom zhromaždení pripustiť účasť osoby označenej úradom podľa odseku 3 ani osôb splnomocnených takouto osobou na konanie v jej mene.

(6) Ak úrad vydal vo veci zastavenia výkonu akcionárskych práv uvedených v odseku 1 predbežné opatrenie [§ 50 ods. 1 písm. b)], doručí ho najneskôr v deň konania valného zhromaždenia zdravotnej poisťovne osobe, na ktorú sa predbežné opatrenie vzťahuje, a zdravotnej poisťovni. Rozhodnutím o uložení predbežného opatrenia je zdravotná poisťovňa viazaná. Za doručenie predbežného opatrenia sa považuje aj doručenie predbežného opatrenia zástupcovi splnomocnenému na zastupovanie osoby, na ktorú sa predbežné opatrenie vzťahuje, na valnom zhromaždení zdravotnej poisťovne.

(7) Akcie, s ktorými sú spojené zastavené akcionárske práva uvedené v odseku 1, sa počas zastavenia týchto práv nepovažujú za akcie s hlasovacím právom. Na tieto akcie sa neprihliada pri posudzovaní schopnosti valného zhromaždenia zdravotnej poisťovne uznášať sa ani pri rozhodovaní valného zhromaždenia zdravotnej poisťovne. Na takto vzniknuté zvýšenie podielu na hlasovacích právach ostatných osôb, ktoré sú uvedené vo výpise predloženom zdravotnou poisťovňou podľa odseku 3, sa nevyžaduje predchádzajúci súhlas úradu podľa § 13 ods. 1 písm. a).

(8) Ak pominú dôvody na zastavenie výkonu akcionárskych práv uvedených v odseku 1, úrad ich zastavenie bez zbytočného odkladu zruší. Subjekty, ktoré úrad o uverejnenie takého rozhodnutia požiada, sú povinné tejto žiadosti vyhovieť.

(9) Úrad je oprávnený podať súdu návrh na vyhlásenie rozhodnutia valného zhromaždenia zdravotnej poisťovne za neplatné pre rozpor so zákonmi, s inými všeobecne záväznými právnymi predpismi, rozhodnutím úradu alebo so stanovami zdravotnej poisťovne do troch mesiacov odo dňa, keď sa o tomto rozhodnutí valného zhromaždenia zdravotnej poisťovne dozvedel, najneskôr do jedného roka od prijatia tohto rozhodnutia.

§ 64

Pokuty za správne delikty

(1) Úrad môže uložiť zdravotnej poisťovni za porušenie

a) povinností ustanovených týmto zákonom pokutu vo výške najmenej 3 319 eur až do výšky 165 969 eur; pri opakovanom porušení tej istej povinnosti úrad môže uložiť pokutu až do výšky 331 938 eur, ak k opakovanému porušeniu povinnosti došlo do dvoch rokov od nadobudnutia právoplatnosti rozhodnutia o uložení pokuty,

b) niektorej z povinností ustanovených osobitným predpisom[81a]) pokutu až do výšky 80 000 eur.

(2) Úrad môže uložiť poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti za podmienok ustanovených v § 50 ods. 2 pokutu až do výšky

a) 3 319 eur, ak ide o fyzickú osobu,

b) 9 958 eur, ak ide o právnickú osobu.

(3) Ak úrad zistí, že právnická osoba vykonáva činnosť, na ktorú je potrebné povolenie úradu alebo predchádzajúci súhlas úradu, bez povolenia úradu alebo bez predchádzajúceho súhlasu úradu, uloží právnickej osobe podľa závažnosti spôsobených následkov pokutu až do výšky 33 193 eur.

(4) Úrad môže uložiť zariadeniu sociálnej pomoci za podmienok ustanovených v § 50 ods. 4 pokutu až do výšky 9 958 eur.

(5) Úrad môže uložiť poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti za porušenie povinností podľa § 47c alebo porušenie povinnosti ustanovenej osobitným predpisom[71a]) za podmienok uvedených v § 50 ods. 7 pokutu až do výšky 5 000 eur a lekárovi za porušenie povinností podľa § 47b ods. 3 až 5 za podmienok uvedených v § 50 ods. 8 pokutu až do výšky 1 000 eur.

(6) Úrad môže uložiť lekárovi za porušenie povinnosti podľa § 47da ods. 7 a 9 a za podmienok ustanovených v § 50 ods. 9 pokutu až do výšky 1 000 eur.

(7) Úrad môže uložiť detenčnému ústavu za podmienok ustanovených v § 50 ods. 5 pokutu až do výšky 9958 eur.

(8) Úrad môže uložiť tretej osobe za porušenie povinnosti poskytnúť potrebnú súčinnosť pokutu až do výšky 330 eur, a to aj opakovane.

(9) Úrad môže uložiť poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti za podmienok ustanovených v § 50 ods. 12 pokutu až do výšky 1 000 eur.

(10) Úrad môže uložiť škole za podmienok ustanovených v § 50 ods. 14 pokutu až do výšky 100 eur.

(11) Pokuty sú splatné do 30 dní od nadobudnutia právoplatnosti rozhodnutia úradu o uložení pokuty.

(12) Pokuty podľa odsekov 1 až 10 a 15 možno uložiť do troch rokov odo dňa zistenia porušenia povinnosti, najneskôr však do piatich rokov odo dňa porušenia povinnosti.

(13) Výnosy z pokút sú príjmom štátneho rozpočtu.

(14) Zodpovednosti za porušenie povinností, za ktoré je možné uložiť pokutu podľa tohto zákona, sa osoba zbaví, ak preukáže, že v dôsledku okolností hodných osobitného zreteľa, ktoré nemohla ovplyvniť svojím konaním, nemohla splniť povinnosti, za ktoré je možné uložiť pokutu podľa tohto zákona. Zbavením sa zodpovednosti za porušenie povinnosti nie je dotknutá povinnosť osôb túto povinnosť dodatočne splniť po odpadnutí dôvodov, na základe ktorých sa osoba zbaví tejto zodpovednosti.

(15) Úrad môže uložiť Ministerstvu obrany Slovenskej republiky za podmienok ustanovených v § 50 ods. 15 pokutu až do výšky 9 958 eur.

§ 65

Pokuty za priestupky

(1) Ak úrad zistí, že fyzická osoba vykonáva činnosť, na ktorú je potrebné povolenie úradu alebo predchádzajúci súhlas úradu, bez povolenia úradu alebo bez predchádzajúceho súhlasu úradu, uloží fyzickej osobe podľa závažnosti spôsobených následkov pokutu až do výšky 33 193 eur.

(2) Úrad môže osobe, ktorá poruší povinnosť uvedenú v § 47b ods. 4, uložiť pokutu do výšky 331 eur.

(3) Ustanovenia § 64 ods. 11 až 13 sa vzťahujú aj na pokuty uložené podľa odseku 1 alebo odseku 2.

ÔSMA ČASŤ
LIKVIDÁCIA ZDRAVOTNEJ POISŤOVNE

§ 66

(1) Na likvidáciu zdravotnej poisťovne sa použijú ustanovenia osobitného predpisu,[73]) ak tento zákon neustanovuje inak.

(2) Ak sa zdravotná poisťovňa zrušuje s likvidáciou, návrh na vymenovanie a odvolanie likvidátora je oprávnený podať úrad. Ak likvidátor nie je vymenovaný, likvidáciu zdravotnej poisťovne vykonáva až do vymenovania likvidátora jej štatutárny orgán.

(3) Likvidátorom nesmie byť osoba, ktorá má alebo mala osobitný vzťah k zdravotnej poisťovni.

(4) Za osoby, ktoré majú osobitný vzťah k zdravotnej poisťovni, sa na účely tohto zákona považujú

a) členovia predstavenstva zdravotnej poisťovne, vedúci zamestnanci zdravotnej poisťovne v priamej podriadenosti štatutárnemu orgánu, ďalší zamestnanci zdravotnej poisťovne určení stanovami zdravotnej poisťovne a prokurista zdravotnej poisťovne,

b) členovia dozornej rady zdravotnej poisťovne,

c) fyzické osoby majúce kontrolu nad zdravotnou poisťovňou, členovia predstavenstva právnických osôb majúcich kontrolu nad zdravotnou poisťovňou a ich vedúci zamestnanci,

d) osoby blízke[57]) členom predstavenstva zdravotnej poisťovne, členom dozornej rady zdravotnej poisťovne, vedúcim zamestnancom zdravotnej poisťovne alebo fyzickým osobám majúcim kontrolu nad zdravotnou poisťovňou,

e) akcionári, ak sú fyzickými osobami s významným vplyvom na zdravotnú poisťovňu,

f) fyzická osoba, ktorá v období piatich rokov pred podaním návrhu na likvidáciu bola audítorom zdravotnej poisťovne alebo sa na audite zdravotnej poisťovne podieľala bez vyslovenia výhrad k činnosti zdravotnej poisťovne,

g) členovia predstavenstva inej zdravotnej poisťovne.

(5) S prihliadnutím na rozsah činnosti likvidátora určí úrad výšku a splatnosť jeho odmeny.

(6) Ak úrad podá návrh na odvolanie likvidátora zdravotnej poisťovne v likvidácii, likvidátor je povinný do piatich dní od podania návrhu na odvolanie upozorniť úrad na opatrenia, ktoré treba urobiť na odvrátenie hroziacej škody.

§ 66a

(1) Likvidátor zdravotnej poisťovne v likvidácii prijíma úhradu pohľadávok na poistnom a jeho príslušenstve a úhradu iných pohľadávok, ktoré vznikli ku dňu vstupu zdravotnej poisťovne do likvidácie.

(2) Likvidátor zdravotnej poisťovne v likvidácii uplatňuje na úrade pohľadávky na poistnom vyplývajúce z neodvedených preddavkov na poistné alebo neodvedeného nedoplatku na poistnom podľa osobitného predpisu,[38]) úroky z omeškania[38a]) a pohľadávky vyplývajúce z nezaplatenej úhrady za neodkladnú zdravotnú starostlivosť podľa osobitného predpisu,[38b]) ak ide o pohľadávky, ktoré vznikli ku dňu vstupu zdravotnej poisťovne do likvidácie.

(3) Likvidátor zdravotnej poisťovne v likvidácii vymáha pohľadávky na poistnom vyplývajúce z neodvedených preddavkov na poistné alebo neodvedeného nedoplatku na poistnom podľa

osobitného predpisu,[38]) úroky z omeškania[38a]) a pohľadávky vyplývajúce z nezaplatenej úhrady za neodkladnú zdravotnú starostlivosť podľa osobitného predpisu,[38b]) ak ide o pohľadávky, ktoré vznikli ku dňu vstupu zdravotnej poisťovne do likvidácie, na základe právoplatného rozhodnutia úradu.

(4) Likvidátor zdravotnej poisťovne v likvidácii uhrádza pohľadávky poskytovateľov zdravotnej starostlivosti za poskytnutú zdravotnú starostlivosť poistencom zdravotnej poisťovne v likvidácii, ak bola zdravotná starostlivosť poskytnutá ku dňu vstupu zdravotnej poisťovne do likvidácie, vrátane pohľadávok za poskytnutú zdravotnú starostlivosť v cudzine podľa osobitného predpisu[81b]) a pohľadávky ďalších právnických osôb a fyzických osôb, s ktorými má zdravotná poisťovňa uzatvorené zmluvy o poskytovaní služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, ak tieto služby boli poskytnuté ku dňu vstupu zdravotnej poisťovne do likvidácie.

(5) Ak majetok zdravotnej poisťovne v likvidácii nestačí na úhradu pohľadávok podľa odseku 4 v celom rozsahu, uspokojujú sa pohľadávky pomerne.

(6) Likvidátor zdravotnej poisťovne v likvidácii môže so súhlasom úradu vykonať aj iné úkony nevyhnutné na účely likvidácie zdravotnej poisťovne, ako sú uvedené v odsekoch 1 až 5.

§ 67

(1) Osoby, ktoré sa podieľajú na likvidácii zdravotnej poisťovne, sú povinné zachovávať mlčanlivosť o všetkých skutočnostiach súvisiacich s vykonávaním likvidácie voči všetkým osobám s výnimkou úradu v súvislosti s plnením jeho úloh. Na ich povinnosť zachovávať mlčanlivosť sa primerane vzťahuje § 76.

(2) Likvidátor predkladá úradu bez zbytočného odkladu účtovné výkazy a doklady spracúvané v priebehu likvidácie[73]) a ďalšie podklady vyžadované úradom na účely posúdenia činnosti likvidátora a priebehu likvidácie.

(3) Ak bol podaný návrh na preskúmanie právoplatného rozhodnutia úradu o zrušení povolenia v lehote ustanovenej v osobitnom predpise,[82]) likvidátor nesmie skončiť likvidáciu zdravotnej poisťovne až do právoplatného rozhodnutia správneho súdu.

(4) Ak likvidátor zdravotnej poisťovne v likvidácii zistí predlženie[82a]) zdravotnej poisťovne v likvidácii, do piatich dní je povinný písomne o tom upovedomiť úrad.

(5) Ak je zdravotná poisťovňa v likvidácii v úpadku,[41ab]) návrh na vyhlásenie konkurzu podáva úrad.

(6) Na dohľad nad zdravotnou poisťovňou v likvidácii sa primerane vzťahujú príslušné ustanovenia tohto zákona.

DEVIATA ČASŤ
VÝKON ŠTÁTNEJ SPRÁVY

§ 67a

Ministerstvo zdravotníctva

(1) Ministerstvo zdravotníctva v rámci svojej pôsobnosti

a) vypracúva rozpočtovanie výdavkov podľa typov zdravotnej starostlivosti, štruktúru výdavkov na jednotlivé typy zdravotnej starostlivosti a percento určené pre jednotlivé typy zdravotnej starostlivosti z celkovej sumy výdavkov určenej na zdravotnú starostlivosť v rozpočte po prerokovaní so zdravotnými poisťovňami a poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti,

b) odborne usmerňuje vykonávanie verejného zdravotného poistenia a úhradu zdravotnej starostlivosti z verejného zdravotného poistenia,

c) stanovuje úhradové mechanizmy pri úhrade zdravotnej starostlivosti,

d) reguluje cenu zdravotnej starostlivosti podľa osobitného predpisu,[82aa])

e) na účely overenia správnosti zdravotného výkonu, ktorý odborne posúdila Komisia pre zdravotné výkony,[27eb]) pred jeho zaradením do zoznamu zdravotných výkonov a jeho vydaním podľa osobitného predpisu,[27ea]) zverejňuje takýto zdravotný výkon v číselníku zdravotných výkonov; číselník zdravotných výkonov môže byť zverejnený vcelku alebo čiastkovo po jednotlivých špecializáciách,

f) je Centrom pre klasifikačný systém,

g) na svojom webovom sídle uverejňuje rozsah, štruktúru a lehoty na odovzdávanie klinických údajov a ekonomických údajov poskytovateľov zdravotnej starostlivosti (§ 67b),

i) na svojom webovom sídle uverejňuje rozsah, štruktúru a lehoty na odovzdávanie údajov k regulácii cien,

j) vydáva všeobecne záväzný právny predpis, ktorým definuje podmienky úhrady a úhradu podľa klasifikačného systému pre definovanú časť diagnosticko-terapeutických skupín.

(2) Na účely určenia úhradových mechanizmov a regulácie cien zriaďuje ministerstvo zdravotníctva riadiaci výbor pre úhradové mechanizmy a reguláciu cien ako svoj poradný orgán, a to osobitne pre ústavnú zdravotnú starostlivosť a osobitne pre ambulantnú zdravotnú starostlivosť.

(3) Riadiaci výbor pre úhradové mechanizmy a reguláciu cien má 13 členov, ktorých vymenúva a odvoláva minister zdravotníctva, z toho troch členov na návrh ministerstva zdravotníctva, troch členov na návrh zdravotných poisťovní, troch členov na návrh združení zastupujúcich poskytovateľov zdravotnej starostlivosti pri uzatváraní zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, jedného člena na návrh úradu, jedného člena na návrh Slovenskej lekárskej komory, jedného člena na návrh neziskovej pacientskej organizácie združujúcej neziskové pacientske organizácie a jedného člena na návrh Lekárskeho odborového združenia. Minister zdravotníctva na návrh toho subjektu, ktorý člena podľa prvej vety navrhol, vymenúva a odvoláva aj jedného zástupcu za každého člena.

(4) Činnosť riadiaceho výboru pre úhradové mechanizmy a reguláciu cien upraví štatút, ktorý schvaľuje minister zdravotníctva. Riadiaci výbor pre úhradové mechanizmy a reguláciu cien si môže zriaďovať komisie, ktorých činnosť a štatút schvaľuje minister zdravotníctva.

(5) Návrh na zaradenie nového zdravotného výkonu do zoznamu zdravotných výkonov pre klasifikačný systém, návrh na vykonanie zmeny v zozname zdravotných výkonov pre klasifikačný systém, návrh na vykonanie zmeny v klasifikačnom systéme, návrh na úhradový

mechanizmus, návrh na zmenu úhradových mechanizmov, návrh na reguláciu cien alebo návrh na zmenu v regulácii cien (ďalej len „návrh na zmenu“) zasielajú zdravotné poisťovne, komory, odborné spoločnosti, združenia zastupujúce poskytovateľov zdravotnej starostlivosti pri uzatváraní zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, užívatelia klasifikačného systému alebo úrad ministerstvu zdravotníctva najneskôr do 31. marca kalendárneho roka v elektronicky spracovateľnej podobe podľa štruktúry zverejnenej ministerstvom zdravotníctva na webovom sídle ministerstva zdravotníctva.

(6) Ministerstvo zdravotníctva vyhodnotí údaje predložené podľa odseku 5 a pri zistení neúplnosti návrhu na zmenu vyzve navrhovateľa na doplnenie chýbajúcich údajov do 15 dní od doručenia výzvy na doplnenie. Ak navrhovateľ návrh na zmenu nedoplní, ministerstvo zdravotníctva návrh zamietne.

(7) Ministerstvo zdravotníctva doručí údaje podľa odseku 5 v elektronicky spracovateľnej podobe riadiacemu výboru na rozhodnutie najneskôr do 15. augusta kalendárneho roka.

(8) Na postup podľa odsekov 5 až 7 sa nevzťahuje správny poriadok.[62])

§ 67b

Centrum pre klasifikačný systém

(1) Centrum pre klasifikačný systém najmä

a) vykonáva prostredníctvom webového portálu zber medicínskych a ekonomických údajov súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti od užívateľov klasifikačného systému vždy za predchádzajúci kalendárny rok v termíne do 30. apríla,

b) definuje štruktúru zberu údajov podľa písmena a) a podľa potreby žiada doplňujúce údaje od užívateľov klasifikačného systému a štruktúru dát zverejňuje na webovom sídle ministerstva zdravotníctva,

c) analyzuje zozbierané údaje z hľadiska štatistiky, pravidiel kódovania, kalkulácií nákladov,

d) definuje štruktúru zberu ďalších ukazovateľov súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti na účel vykazovania kvality a efektivity poskytovanej zdravotnej starostlivosti,

e) je centrálnym referenčným pracoviskom pre klasifikačný systém,

f) zabezpečuje prevádzku, správu a vývoj referenčnej databázy,

g) zabezpečuje prevádzku a správu programového vybavenia určeného na vývoj systému,

h) zabezpečuje zber a spracovanie pripomienok užívateľov klasifikačného systému,

i) vykonáva pravidelný ročný vývoj nových verzií klasifikačného systému, vydáva a aktualizuje dokumenty podľa odseku 3,

j) zabezpečuje ochranu bezpečnosti údajov odovzdaných užívateľmi klasifikačného systému,

k) každoročne aktualizuje zoznam zdravotných výkonov pre klasifikačný systém,

l) vyjadruje sa k aktualizácii medzinárodnej klasifikácie chorôb,

m) vydáva osvedčenia o zhode počítačového programu (ďalej len „osvedčenie o zhode“) podľa § 67d,

n) dočasne pozastavuje platnosť osvedčenia o zhode § 67d ods. 9,

o) zrušuje platnosť osvedčenia o zhode podľa § 67d ods. 10,

p) overuje správnosť kódovania klasifikačného prípadu na žiadosť zdravotnej poisťovne alebo poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, ktorý je užívateľom klasifikačného systému,

q) ustanovuje parametre diagnosticko-terapeutických skupín a príslušné relatívne váhy.

(2) Užívateľmi klasifikačného systému sú poskytovatelia ústavnej zdravotnej starostlivosti, ktorí sú držiteľmi povolenia na prevádzkovanie všeobecnej nemocnice alebo povolenia na prevádzkovanie špecializovanej nemocnice, poskytovatelia jednodňovej zdravotnej starostlivosti (ďalej len „poskytovatelia užívajúci klasifikačný systém“), zdravotné poisťovne a ministerstvo zdravotníctva.

(3) Ministerstvo zdravotníctva uverejní na svojom webovom sídle

a) definičnú príručku pre nasledujúci kalendárny rok do 31. októbra,

b) katalóg prípadových paušálov pre nasledujúci kalendárny rok do 31. októbra,

c) základné sadzby pre nasledujúci kalendárny rok do 30. novembra,

d) pravidlá kódovania chorôb a pravidiel kódovania zdravotných výkonov pre nasledujúci kalendárny rok do 30. novembra,

e) pravidlá pre výpočet prípadových paušálov definujúce výpočet prípadového paušálu a pravidlá pre zlučovanie pre klasifikačné prípady, ktoré zahŕňajú zdravotnú starostlivosť poskytnutú poskytovateľmi užívajúcimi klasifikačný systém,

f) kalkulačnú príručku,

g) metodiku

1. výpočtu základných sadzieb vrátane úhrad za poskytnutú zdravotnú starostlivosť podľa klasifikačného systému zdravotnými poisťovňami za každého poskytovateľa užívajúceho klasifikačný systém, úhrad za pripočítateľné položky podľa klasifikačného systému zdravotnými poisťovňami za každého poskytovateľa užívajúceho klasifikačný systém a súčtu efektívnych relatívnych váh na každého poskytovateľa užívajúceho klasifikačný systém za predchádzajúci kalendárny rok,

2. pripočítateľných položiek, zdravotných výkonov, definičnej príručky a parametrov klasifikačného systému,

h) podrobnosti k procesu osvedčovania zhody,

i) metodiku výpočtu relatívnych váh,

j) zoznam zdravotných výkonov pre klasifikačný systém diagnosticko-terapeutických skupín a zoznam zdravotných výkonov odporúčaných pre jednodňovú zdravotnú starostlivosť,

k) číselník markerov.

(4) Ak po uplynutí lehoty podľa odseku 3 písm. a) až d) nastanú okolnosti vyžadujúce si úpravu uverejnených dokumentov, ministerstvo zdravotníctva uverejní na svojom webovom sídle ich aktualizáciu po prerokovaní s riadiacim výborom pre úhradové mechanizmy a reguláciu cien.

§ 67d

Osvedčovanie zhody

(1) Osvedčovanie zhody vykonáva centrum pre klasifikačný systém na základe žiadosti výrobcu počítačového programu (ďalej len „žiadateľ o osvedčenie zhody“). Centrum pre klasifikačný systém je povinné zverejniť výzvu na podávanie žiadostí na svojom webovom sídle do 31. októbra.

(2) Žiadosť podľa odseku 1 obsahuje

a) obchodné meno, sídlo alebo miesto podnikania, identifikačné číslo organizácie, e-mailovú adresu a telefónne číslo, a údaje o bankovom účte žiadateľa o osvedčenie zhody vrátane medzinárodného bankového čísla účtu a medzinárodného kódu banky žiadateľa o osvedčenie zhody,

b) titul, meno, priezvisko, názov funkcie, telefónne číslo a e-mailovú adresu povereného zástupcu žiadateľa o osvedčenie zhody,

c) dátum a podpis osoby alebo osôb, ktoré sú štatutárnym orgánom žiadateľa o osvedčenie zhody,

d) názov a označenie verzie počítačového programu.

(3) Žiadosť sa považuje za úplnú, ak obsahuje náležitosti podľa odseku 2. Ak žiadosť nie je úplná, centrum pre klasifikačný systém vyzve žiadateľa o osvedčenie zhody, aby žiadosť do 15 dní od doručenia výzvy doplnil, inak konanie zastaví.

(4) Centrum pre klasifikačný systém je oprávnené požiadať výrobcu počítačového programu o poskytnutie počítačového programu a príslušnej technickej dokumentácie, aby výstup z testovania mohlo overiť nezávisle. Osvedčovanie zhody prebieha v súlade s dokumentom „Podrobnosti k procesu osvedčovania zhody“ zverejneným ministerstvom zdravotníctva podľa § 67b ods. 3. Centrum pre klasifikačný systém do desiatich dní od začiatku procesu osvedčovania zhody, poskytne žiadateľovi o osvedčenie zhody, podklady na prípravu a vykonanie testovania.

(5) Pri testovaní počítačového programu centrum pre klasifikačný systém zisťuje, či počítačový program v súlade s prijatými podkladmi prijíma a odovzdáva súbory v predpísanom formáte a so správnym obsahom.

(6) Výstup z testovania vo výstupných parametroch musí byť najmenej v 99,50 percentnej zhode s definičnou príručkou podľa § 67b ods. 3 písm. a), inak sa žiadosť zamietne.

(7) Centrum pre klasifikačný systém vydá osvedčenie o zhode do 38 dní od prijatia úplnej žiadosti podľa odseku 1, ak počítačový program spĺňa požiadavky na osvedčenie zhody podľa odsekov 5 a 6, inak žiadosť zamietne. Ak centrum pre klasifikačný systém vyzve žiadateľa na

doplnenie žiadosti podľa odseku 3, čas medzi výzvou a doplnením žiadosti sa do tejto lehoty nezapočítava.

(8) Proti rozhodnutiu o zamietnutí žiadosti podľa odseku 7 má žiadateľ o osvedčenie zhody právo podať odvolanie do 21 dní od doručenia rozhodnutia o zamietnutí žiadosti o osvedčenie zhody. O odvolaní proti rozhodnutiu centra pre klasifikačný systém o zamietnutí žiadosti rozhoduje minister zdravotníctva.

(9) Centrum pre klasifikačný systém dočasne pozastaví platnosť osvedčenia o zhode počítačového programu, ak zistí, že počítačový program preukázateľne prestal spĺňať požiadavky na osvedčenie zhody, a v rozhodnutí o dočasnom pozastavení platnosti osvedčenia o zhode uloží výrobcovi počítačového programu, zdravotnej poisťovni alebo poskytovateľovi ústavnej zdravotnej starostlivosti povinnosť (ďalej len „držiteľ osvedčenia“) odstrániť zistené nedostatky. Odvolanie proti rozhodnutiu o dočasnom pozastavení platnosti osvedčenia o zhode nemá odkladný účinok.

(10) Centrum pre klasifikačný systém zruší platnosť osvedčenia o zhode, ak držiteľ osvedčenia v lehote určenej v rozhodnutí o dočasnom pozastavení platnosti osvedčenia o zhode podľa odseku 9 neodstráni zistené nedostatky. Odvolanie proti rozhodnutiu o zrušení platnosti osvedčenia o zhode nemá odkladný účinok.

(11) Centrum pre klasifikačný systém zverejňuje a aktualizuje na webovom sídle ministerstva zdravotníctva zoznam vydaných osvedčení o zhode, zoznam osvedčení o zhode, ktorých platnosť sa dočasne pozastavila, a zoznam osvedčení o zhode, ktorých platnosť sa zrušila.

(12) Na osvedčovanie zhody sa nevzťahujú ustanovenia všeobecného predpisu o posudzovaní zhody a o akreditácii orgánov posudzovania zhody.[82aa]) Na osvedčovanie zhody sa Správny poriadok nevzťahuje.

DESIATA ČASŤ
TRANSFORMÁCIA DOTERAJŠÍCH ZDRAVOTNÝCH POISŤOVNÍ

Vypracovanie transformačného projektu

§ 68

(1) Doterajšie zdravotné poisťovne sa môžu transformovať na akciové spoločnosti podľa tohto zákona (ďalej len „akciová spoločnosť“), ak nie je ustanovené inak. Založenie, vznik a právne postavenie akciovej spoločnosti a jej zápis do obchodného registra sa spravuje podľa osobitných predpisov,[83]) ak tento zákon neustanovuje inak.

(2) Transformácia doterajšej zdravotnej poisťovne sa vykoná podľa transformačného projektu, ktorého vypracovanie schvaľuje zhromaždenie zriaďovateľov doterajšej zdravotnej poisťovne uznesením. Zhromaždenie zriaďovateľov doterajšej zdravotnej poisťovne zvolá jej štatutárny orgán tak, aby sa uskutočnilo do 30 dní od účinnosti tohto zákona v sídle doterajšej zdravotnej poisťovne. Na takéto zhromaždenie pozve štatutárny orgán doterajšej zdravotnej poisťovne, všetkých zriaďovateľov doterajšej zdravotnej poisťovne.

(3) O rozhodnutí zhromaždenia zriaďovateľov doterajšej zdravotnej poisťovne sa vyhotoví notárska zápisnica osvedčujúca rozhodnutie o vypracovaní transformačného projektu, ktorá obsahuje aj menovitý zoznam zriaďovateľov, ktorí sa zúčastnili zhromaždenia zriaďovateľov

doterajšej zdravotnej poisťovne, s uvedením výsledku hlasovania o vypracovaní transformačného projektu.

(4) Na prijatie platného uznesenia o vypracovaní transformačného projektu sa vyžaduje súhlas nadpolovičnej väčšiny zriaďovateľov doterajšej zdravotnej poisťovne. Súhlas nadpolovičnej väčšiny zriaďovateľov doterajšej zdravotnej poisťovne sa dosiahne, ak za prijatie uznesenia o vypracovaní transformačného projektu hlasujú zriaďovatelia doterajšej zdravotnej poisťovne, ktorých súčet účelových vkladov (odsek 5) je vyšší ako 50 % všetkých účelových vkladov zriaďovateľov doterajšej zdravotnej poisťovne. Na zriaďovateľa, ktorý hlasoval proti prijatiu uznesenia o vypracovaní transformačného projektu, sa nevzťahuje povinnosť zvýšiť účelový vklad podľa § 72 ods. 3. Zriaďovateľ, ktorý hlasoval proti prijatiu uznesenia o vypracovaní transformačného projektu, má právo na majetkové vysporiadanie podľa § 70 ods. 2 písm. f).

(5) Na účely uznesenia o vypracovaní transformačného projektu sa účelovým vkladom zriaďovateľa doterajšej zdravotnej poisťovne rozumie účelový vklad zriaďovateľa do doterajšej zdravotnej poisťovne podľa doterajších predpisov alebo účelový vklad zriaďovateľa do právneho predchodcu doterajšej zdravotnej poisťovne. Právnym predchodcom doterajšej zdravotnej poisťovne sa rozumie len zdravotná poisťovňa, ktorá vznikla podľa doterajších predpisov a ktorá zanikla zlúčením s doterajšou zdravotnou poisťovňou alebo s iným právnym predchodcom doterajšej zdravotnej poisťovne alebo zanikla splynutím s doterajšou zdravotnou poisťovňou alebo s iným právnym predchodcom doterajšej zdravotnej poisťovne.

(6) Na účely transformácie Všeobecnej zdravotnej poisťovne sa za zriaďovateľa tejto zdravotnej poisťovne považuje ministerstvo zdravotníctva a za zriaďovateľov Spoločnej zdravotnej poisťovne sa považujú Ministerstvo obrany Slovenskej republiky, Ministerstvo vnútra Slovenskej republiky a Ministerstvo dopravy, pôšt a telekomunikácií Slovenskej republiky.

(7) Schválením uznesenia o vypracovaní transformačného projektu ďalší proces transformácie doterajšej zdravotnej poisťovne riadi zhromaždenie zriaďovateľov. Všetky právomoci a pôsobnosti správnej rady a dozornej rady doterajšej zdravotnej poisťovne týkajúce sa procesu transformácie prechádzajú na zhromaždenie zriaďovateľov. Na zhromaždenie zriaďovateľov prechádza aj právomoc voliť a odvolávať štatutárny orgán doterajšej zdravotnej poisťovne.

§ 68a

Od účinnosti tohto zákona prechádzajú na zhromaždenie zriaďovateľov aj právomoci a pôsobnosti správnej rady a dozornej rady doterajšej zdravotnej poisťovne, ktoré nie sú uvedené v § 68 ods. 7, ak nadpolovičná väčšina zriaďovateľov doterajšej zdravotnej poisťovne prijala platné uznesenie o vypracovaní transformačného projektu.

§ 69

(1) Za vypracovanie transformačného projektu je zodpovedná doterajšia zdravotná poisťovňa. Návrh transformačného projektu podpíše štatutárny orgán doterajšej zdravotnej poisťovne a predloží ho do 30 dní od uznesenia zhromaždenia zriaďovateľov o vypracovaní transformačného projektu na schválenie zhromaždeniu zriaďovateľov doterajšej zdravotnej poisťovne. Na hlasovanie o jeho schválení sa rovnako vzťahujú ustanovenia § 68.

(2) Schválený transformačný projekt spolu s notárskou zápisnicou osvedčujúcou schválenie transformačného projektu zo zhromaždenia zriaďovateľov doterajšej zdravotnej poisťovne je

dokument, ktorý sa povinne prikladá k žiadosti o vydanie povolenia úradom, a tiež dokument, ktorý sa na účely transformácie spolu s právoplatným povolením podľa tohto zákona ukladá do zbierky listín podľa osobitného predpisu.[84])

(3) Prvými akcionármi akciovej spoločnosti, ktorá vznikne transformáciou doterajšej zdravotnej poisťovne, sa stanú zriaďovatelia doterajšej zdravotnej poisťovne s podielom ustanoveným v transformačnom projekte.

§ 70

Transformačný projekt

(1) Transformačný projekt je dokument, ktorý za dodržania podmienok ustanovených týmto zákonom obsahuje podrobný postup transformácie doterajšej zdravotnej poisťovne na akciovú spoločnosť. Obsahuje údaje o doterajšej zdravotnej poisťovni a budúcej akciovej spoločnosti a jednotlivé činnosti pri transformácii usporiadané v časovom slede tak, aby boli dodržané všetky práva a právom chránené záujmy zriaďovateľov a poistencov doterajšej zdravotnej poisťovne.

(2) Transformačný projekt obsahuje najmä

a) názov, sídlo a identifikačné číslo organizácie doterajšej zdravotnej poisťovne,

b) obchodné meno a sídlo akciovej spoločnosti, na ktorú sa má doterajšia zdravotná poisťovňa transformovať,

c) výšku vlastného imania doterajšej zdravotnej poisťovne (§ 71 ods. 2) a všetky ďalšie dostupné a na účely transformácie potrebné údaje a informácie ekonomického a právneho charakteru vrátane účtovnej závierky doterajšej zdravotnej poisťovne overenej dvoma audítormi, nie staršej ako tri mesiace ku dňu založenia akciovej spoločnosti,

d) výšku základného, rezervného a účelového fondu spravovaného doterajšou zdravotnou poisťovňou podľa stavu ku dňu zostavenia účtovnej závierky podľa písmena c) spolu so špecifikáciou finančných prostriedkov a pohľadávok, ktoré tvoria každý z týchto fondov, a špecifikáciou záväzkov, ktoré sa majú uspokojiť z prostriedkov každého z týchto fondov,

e) určenie podielov zriaďovateľov doterajšej zdravotnej poisťovne na základnom imaní akciovej spoločnosti ako jej budúcich akcionárov,

f) prípadnú dohodu o vzájomnom majetkovom vysporiadaní zriaďovateľov doterajšej zdravotnej poisťovne,

g) navrhovanú výšku základného imania a rezervného fondu akciovej spoločnosti a určenie predmetu vkladu do základného imania,

h) pri nepeňažnom vklade opis tohto vkladu; ak ide o hnuteľný majetok, vyjadrenie jeho hodnoty na základe účtovníctva; ak ide o nehnuteľný majetok, vyjadrenie jeho hodnoty na základe znaleckého posudku,

i) emisnú hodnotu a počet akcií,

j) návrh stanov akciovej spoločnosti, ktoré budú platné po transformácii doterajšej zdravotnej poisťovne,

k) určenie osôb navrhovaných za členov predstavenstva a za členov dozornej rady akciovej spoločnosti,

l) súpis nehnuteľností, ktoré sú súčasťou nepeňažného vkladu, doložený dokladmi preukazujúcimi vlastnícke právo doterajšej zdravotnej poisťovne,

m) súpis nehnuteľností, ku ktorým právo správy prechádza na ministerstvo zdravotníctva podľa § 74 ods. 8,

n) časový a vecný harmonogram ďalšieho postupu transformácie, najmä predpokladaný termín založenia akciovej spoločnosti, podania žiadosti o vydanie povolenia, podania návrhu na zápis akciovej spoločnosti do obchodného registra a prípravy dokumentov potrebných v súvislosti so zánikom doterajšej zdravotnej poisťovne a vznikom akciovej spoločnosti.

(3) Podiely zriaďovateľov na základnom imaní akciovej spoločnosti ako jej budúcich akcionárov sa v transformačnom projekte určia pomerom účelového vkladu každého zriaďovateľa do doterajšej zdravotnej poisťovne k súčtu účelových vkladov všetkých zriaďovateľov. Zriaďovatelia sa môžu dohodnúť na inom podiele na základnom imaní akciovej spoločnosti, prípadne na tom, že niektorý zo zriaďovateľov nebude mať podiel na základnom imaní akciovej spoločnosti. Takáto dohoda, ako aj dohoda o vzájomnom majetkovom vysporiadaní zriaďovateľov doterajšej zdravotnej poisťovne musí byť súčasťou transformačného projektu.

§ 71

Vlastné imanie doterajšej zdravotnej poisťovne

(1) Doterajšia zdravotná poisťovňa je povinná na účely transformačného projektu zistiť výšku vlastného imania spôsobom podľa odseku 2.

(2) Vlastným imaním doterajšej zdravotnej poisťovne sa na účely transformačného projektu rozumie rozdiel medzi peňažným vyjadrením majetku doterajšej zdravotnej poisťovne a peňažným vyjadrením všetkých jej záväzkov. Peňažným vyjadrením majetku a záväzkov sa rozumie ich finančné vyjadrenie v účtovníctve doterajšej zdravotnej poisťovne podľa účtovnej závierky overenej dvoma audítormi zostavenej na základe údajov nie starších ako tri mesiace ku dňu založenia akciovej spoločnosti okrem nehnuteľností podľa § 70 ods. 2 písm. l), ktorých peňažné vyjadrenie sa určí znaleckým posudkom. Do vlastného imania doterajšej zdravotnej poisťovne sa nezapočítavajú peňažné zostatky, pohľadávky a záväzky základného, účelového a rezervného fondu doterajšej zdravotnej poisťovne.

(3) Súčet hodnoty základného imania a rezervného fondu akciovej spoločnosti nesmie byť vyšší ako vlastné imanie doterajšej zdravotnej poisťovne zistené podľa odseku 2.

§ 72

Založenie akciovej spoločnosti

(1) Doterajšia zdravotná poisťovňa založí na základe transformačného projektu ako jediný zakladateľ akciovú spoločnosť a vloží do tejto spoločnosti ako nepeňažný vklad doterajšiu zdravotnú poisťovňu, ktorá sa na účely tohto zákona považuje za podnik podľa § 5 a § 59 ods. 4 Obchodného zákonníka. Ustanovenia § 59 ods. 2 tretej vety, § 477 ods. 3 časti vety za čiarkou a § 478 Obchodného zákonníka sa nepoužijú.

(2) Hodnotu nepeňažného vkladu do akciovej spoločnosti tvorí výška vlastného imania doterajšej zdravotnej poisťovne zistená podľa § 71 ods. 2. Takto určená hodnota nepeňažného vkladu do akciovej spoločnosti je peňažným vyjadrením súčtu hodnoty vkladu do jej základného imania a hodnoty rezervného fondu vytvoreného dňom jej vzniku. Ustanovenie § 58 ods. 1 Obchodného zákonníka sa pri založení a vzniku akciovej spoločnosti nepoužije.

(3) Základné imanie akciovej spoločnosti musí byť najmenej 3 319 391 eur a rezervný fond akciovej spoločnosti pri jej vzniku musí byť 10 % z hodnoty jej základného imania, najmenej však 331 939 eur. Ak vlastné imanie doterajšej zdravotnej poisťovne nedosahuje výšku 3 651 331 eur, jej zriaďovatelia sú povinní do schválenia transformačného projektu zvýšiť svoje účelové vklady v doterajšej zdravotnej poisťovni v pomere ich podielu na základnom imaní akciovej spoločnosti tak, aby vlastné imanie doterajšej zdravotnej poisťovne dosiahlo minimálne hodnotu 3 651 331 eur.

(4) Na základe transformačného projektu zakladá akciovú spoločnosť doterajšia zdravotná poisťovňa bez výzvy na upisovanie akcií. O založení akciovej spoločnosti sa spíše zakladateľská listina formou notárskej zápisnice o právnom úkone.

(5) Zakladateľská listina okrem náležitostí ustanovených osobitným predpisom[85]) obsahuje údaje o podieloch zriaďovateľov doterajšej zdravotnej poisťovne na základnom imaní akciovej spoločnosti ako jej budúcich akcionárov.

(6) Akciová spoločnosť môže vydať akcie len ako zaknihované cenné papiere na meno.

§ 73

Vydanie povolenia

(1) Zakladateľ akciovej spoločnosti podáva žiadosť o vydanie povolenia pre akciovú spoločnosť na úrad. Žiadosť musí byť doložená všetkými potrebnými dokladmi podľa tohto zákona vrátane schváleného transformačného projektu.

(2) Na povolenie pre akciovú spoločnosť sa vzťahujú ustanovenia § 33 až 37 rovnako, s výnimkou ustanovenia § 33 ods. 1 písm. a).

(3) V konaní o žiadosti zakladateľa akciovej spoločnosti o vydanie povolenia podľa tohto zákona sa predpokladá, že

a) pôvod základného imania a ďalších finančných zdrojov akciovej spoločnosti pochádza z legálnych príjmov,

b) akciová spoločnosť je vecne, technicky, personálne a organizačne pripravená na vykonávanie verejného zdravotného poistenia podľa tohto zákona, ak úrad nepreukáže opak.

§ 74

Vznik akciovej spoločnosti

(1) Návrh na zápis akciovej spoločnosti do obchodného registra podáva jej predstavenstvo a podpisujú ho všetci členovia predstavenstva do 30 dní od vydania povolenia úradom podľa § 73. Akciová spoločnosť vzniká dňom zápisu do obchodného registra. Súčasťou návrhu na zápis akciovej spoločnosti do obchodného registra je schválený transformačný projekt a právoplatné

povolenie vydané úradom. K návrhu na zápis akciovej spoločnosti do obchodného registra sa neprikladá doklad o splatení nepeňažného vkladu pred vznikom akciovej spoločnosti.

(2) Dňom vzniku akciovej spoločnosti zaniká doterajšia zdravotná poisťovňa. Táto akciová spoločnosť je právnym nástupcom doterajšej zdravotnej poisťovne.

(3) Všetky práva a povinnosti doterajšej zdravotnej poisťovne ako zakladateľa a upisovateľa akcií akciovej spoločnosti prechádzajú dňom vzniku akciovej spoločnosti na zriaďovateľov doterajšej zdravotnej poisťovne v pomere určenom v schválenom transformačnom projekte a zakladateľskej listine.

(4) Dňom vzniku akciovej spoločnosti prechádzajú do majetku akciovej spoločnosti základný, účelový a rezervný fond, ktoré vznikli a boli spravované doterajšou zdravotnou poisťovňou podľa doterajších predpisov. Ku dňu vzniku akciovej spoločnosti sú zakladateľ akciovej spoločnosti a akciová spoločnosť povinní vyhotoviť zápisnicu, v ktorej sa uvedie výška každého z týchto fondov v členení na finančné prostriedky, pohľadávky a záväzky.

(5) Vlastnícke právo k nepeňažnému vkladu prechádza na akciovú spoločnosť dňom jej vzniku. Podkladom na vykonanie záznamu o prechode vlastníckeho práva k nehnuteľnostiam v katastri nehnuteľností je súpis nehnuteľností, ktorý tvorí neoddeliteľnú prílohu zakladateľskej listiny. Ku dňu vzniku akciovej spoločnosti je zakladateľ povinný odovzdať a akciová spoločnosť je povinná prevziať veci zahrnuté do nepeňažného vkladu. O odovzdaní a prevzatí vkladu sa spíše zápisnica podpísaná oboma stranami. Ustanovenia § 60 a § 483 ods. 3 Obchodného zákonníka sa nepoužijú.

(6) Dňom vzniku akciovej spoločnosti na ňu prechádzajú všetky práva a povinnosti vyplývajúce z pracovnoprávnych vzťahov[86]) k zamestnancom doterajšej zdravotnej poisťovne.

(7) Dňom vzniku akciovej spoločnosti prechádza na ňu poistný kmeň (§ 61) z doterajšej zdravotnej poisťovne vrátane účtov poistencov a príslušnej dokumentácie. Ku dňu vzniku akciovej spoločnosti sú zakladateľ a akciová spoločnosť povinní vyhotoviť zápisnicu, v ktorej sa uvedie opis poistného kmeňa a potvrdí sa odovzdanie a prevzatie účtov poistencov a príslušnej dokumentácie.

(8) Dňom vzniku akciových spoločností, ktoré sú právnymi nástupcami Všeobecnej zdravotnej poisťovne a Spoločnej zdravotnej poisťovne, prechádza správa majetku štátu, ktorú vykonávali Všeobecná zdravotná poisťovňa a Spoločná zdravotná poisťovňa, na ministerstvo zdravotníctva.

§ 75

Akciová spoločnosť je povinná doručiť úradu

a) potvrdenie o vykonaní zápisu[87]) akciovej spoločnosti do obchodného registra do siedmich dní odo dňa jeho vydania,

b) oznámenie o odmietnutí vykonania zápisu[88]) akciovej spoločnosti do obchodného registra, ak lehota na podanie námietok[89]) márne uplynula, a to do siedmich dní od uplynutia tejto lehoty,

c) právoplatné uznesenie o zamietnutí námietok proti odmietnutiu vykonania zápisu[90]) akciovej spoločnosti do obchodného registra do siedmich dní od nadobudnutia právoplatnosti tohto uznesenia.

JEDENÁSTA ČASŤ
SPOLOČNÉ, PRECHODNÉ A ZÁVEREČNÉ USTANOVENIA

§ 76

(1) Člen predstavenstva zdravotnej poisťovne, člen dozornej rady zdravotnej poisťovne, prokurista zdravotnej poisťovne a zamestnanec zdravotnej poisťovne, likvidátor, správca konkurznej podstaty, reštrukturalizačný správca, audítor a iné osoby podieľajúce sa na činnosti zdravotnej poisťovne sú povinné zachovávať mlčanlivosť o skutočnostiach, o ktorých sa dozvedeli pri výkone alebo v súvislosti s výkonom svojej funkcie alebo zamestnania, a to aj po skončení výkonu funkcie alebo zamestnania. Povinnosť zachovávať mlčanlivosť sa vzťahuje aj na spracovávané osobné údaje podľa tohto zákona alebo podľa osobitných predpisov.[90a])

(2) Ustanovenie odseku 1 sa vzťahuje aj na predsedu úradu, člena správnej rady, člena dozornej rady, zamestnanca úradu, audítora a iné osoby podieľajúce sa na činnosti úradu. Predseda úradu, člen správnej rady, člen dozornej rady, iné osoby podieľajúce sa na činnosti úradu a zamestnanec úradu sú povinní zachovávať mlčanlivosť o získaných informáciách podľa § 10 ods. 4 a informáciách získaných z dokumentov súvisiacich so skutočnosťami podľa § 10 ods. 3 a podkladov týkajúcich sa významných neistôt,[28aa]) ktoré audítor uviedol v správe audítora.

(3) Za porušenie povinnosti zachovávať mlčanlivosť osôb uvedených v odseku 1 sa nepovažuje, ak zdravotná poisťovňa informáciu poskytne na vyžiadanie

a) úradu pri výkone dohľadu nad zdravotnou starostlivosťou [§ 1 písm. d)],

b) súdu na účely civilného procesu,

c) orgánu činného v trestnom konaní[91]) a súdu na účely trestného konania,

d) daňových orgánov[92]), colných orgánov[92a]) a obcí ako správcov daní[92b]) vo veciach daňového konania,

e) Policajného zboru na účely plnenia úloh ustanovených osobitným predpisom,[93])

f) Národného bezpečnostného úradu, Slovenskej informačnej služby, Vojenského spravodajstva, Policajného zboru na účely vykonávania bezpečnostných previerok podľa osobitného predpisu,[93a])

g) súdneho exekútora povereného vykonaním exekúcie podľa osobitného predpisu[94]) na účely exekučného konania,

h) predbežného správcu, správcu konkurznej podstaty alebo reštrukturalizačného správcu[48]) na účely konkurzného konania alebo reštrukturalizačného konania,

i) inšpektorátu práce[95a]) a orgánov dozoru podľa osobitných predpisov[95b]) na účely vyšetrovania príčin vzniku pracovného úrazu, choroby z povolania, ohrozenia chorobou z povolania a profesionálnej otravy,

j) samosprávneho kraja na účely výkonu dozoru podľa osobitného predpisu[35aae]) [§ 15 ods. 1 písm. ac)],

k) Úradu pre verejné obstarávanie v rozsahu nevyhnutnom na plnenie jeho úloh podľa osobitného predpisu,[18ac])

l) orgánu, ktorý je príslušný na vydanie povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia podľa osobitného zákona,[41bc]) na účely kontroly informácií o výškach úväzkov zdravotníckych pracovníkov, ktoré eviduje u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, pre ktorého je daný orgán príslušný na vydanie povolenia,

m) Rade pre rozpočtovú zodpovednosť[95ba]) na účely monitorovania a hodnotenia vývoja hospodárenia Slovenskej republiky a hodnotenia plnenia pravidiel rozpočtovej zodpovednosti,

n) Úradu verejného zdravotníctva na účely plnenia úloh ustanovených osobitným predpisom,[95bb])

o) Ministerstvu hospodárstva Slovenskej republiky na účel adresnej energopomoci podľa osobitného predpisu,[95bc])

p) Národnej banke Slovenska na účely zabezpečenia vykonávania jej pôsobnosti, činností a úloh podľa osobitných predpisov.[95bd])

(4) Za porušenie povinnosti zachovávať mlčanlivosť osôb uvedených v odseku 2 sa nepovažuje, ak úrad informáciu poskytne na vyžiadanie orgánov uvedených v odseku 3 písm. b) až l), o) a p).

(5) Za porušenie povinnosti zachovávať mlčanlivosť sa ďalej nepovažuje výmena informácií
a) medzi zdravotnou poisťovňou a

1. úradom, ak ide o vzájomnú výmenu informácií týkajúcich sa vykonávania verejného zdravotného poistenia,

2. poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, ak ide o vzájomnú výmenu informácií týkajúcich sa vykonávania verejného zdravotného poistenia a poskytovania zdravotnej starostlivosti,

3. platiteľom poistného, ak ide o vzájomnú výmenu informácií týkajúcich sa poistného,

4. inou zdravotnou poisťovňou, ak ide o vzájomnú výmenu informácií týkajúcich sa vykonávania verejného zdravotného poistenia,

5. Sociálnou poisťovňou, ak ide o vykonávanie sociálneho poistenia,[50]) vrátane lekárskej posudkovej činnosti pri výkone sociálneho poistenia,[95c]) o vykonávanie činností pri určovaní uplatniteľného práva podľa osobitného predpisu[95ca]) alebo ak ide o informácie poskytované na účely konkurzného konania,[48])

6. orgánmi štátnej správy v oblasti sociálnych vecí, rodiny a služieb zamestnanosti,[95c]) ak ide o vedenie evidencie uchádzačov o zamestnanie a lekárskej posudkovej činnosti podľa osobitného zákona[95d]) pri plnení povinností na úseku sociálnych vecí, sociálnych dávok a poskytovania pomoci v hmotnej núdzi vykonávaných podľa osobitných predpisov,[95e])

7. zariadením sociálnej pomoci, ak ide o vzájomnú výmenu informácií týkajúcich sa vykonávania verejného zdravotného poistenia a poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti,

8. orgánmi podľa osobitného predpisu,[95f]) ktoré sú poskytované z informačných systémov zdravotnej poisťovne elektronicky prostredníctvom informačného systému verejnej správy alebo inou formou,

9. samosprávnym krajom na účely výkonu dozoru podľa osobitného predpisu[35aae]) [§ 15 ods. 1 písm. ac)] a na účely výkonu miestnej štátnej správy na úseku zdravotníctva,

10. národným centrom, ak ide o výmenu informácií prostredníctvom národného zdravotníckeho informačného systému a plnenie úloh, ktoré plní národné centrum podľa osobitného predpisu,[95fa])

11. orgánom, ktorý je príslušný na vydanie povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia podľa osobitného zákona,[41bc]) na účely kontroly informácií o výškach úväzkov zdravotníckych pracovníkov, ktoré eviduje u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, pre ktorého je daný orgán príslušný na vydanie povolenia,

12. ministerstvom zdravotníctva na účely vykonávania kategorizácie ústavnej zdravotnej starostlivosti, vyhodnotenia siete kategorizovaných nemocníc a rozhodovania o kategorizácií nemocníc, ak ide o poskytovanie údajov o spotrebe ústavnej zdravotnej starostlivosti, z registra poistencov a údajov zo zoznamu poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti podľa osobitného zákona,[95fb])

13. ministerstvom zdravotníctva na účel vypracovávania stanoviska k prijatým podnetom súvisiacich s výkonom verejného zdravotného poistenia, ktoré ministerstvu zdravotníctva zasielajú fyzické osoby, právnické osoby, orgány štátnej správy a iné ústredné orgány štátnej správy,

14. Policajným zborom na účel overovania pobytu cudzincov,[95fc])

b) medzi úradom a

1. poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, ak ide o vzájomnú výmenu informácií týkajúcich sa vykonávania verejného zdravotného poistenia a poskytovania zdravotnej starostlivosti,

2. platiteľom poistného, ak ide o vzájomnú výmenu informácií týkajúcich sa poistného,

3. zariadením sociálnej pomoci ak ide o vzájomnú výmenu informácií týkajúcich sa vykonávania verejného zdravotného poistenia a poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti,

4. detenčným ústavom alebo detenčným ústavom pre mladistvých, ak ide o vzájomnú výmenu informácií týkajúcich sa vykonávania verejného zdravotného poistenia a poskytovania zdravotnej starostlivosti v rámci osobitného liečebného režimu,[40aa])

5. ministerstvom zdravotníctva, zdravotnými poisťovňami a samosprávnym krajom, ak ide o vzájomnú výmenu údajov o vyhodnocovaní stavu verejnej minimálnej siete poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti, údajov z registrov poistencov zdravotných poisťovní o trvalom a prechodnom pobyte poistencov v jednotlivých obciach v pôsobnosti samosprávneho kraja podľa veku a pohlavia na úroveň ulice a súpisného a orientačného čísla a plnenie úloh podľa osobitného zákona.[41aaca])

(6) Za porušenie povinnosti zachovávať mlčanlivosť sa nepovažuje ani predkladanie údajov z účtovníctva a štatistickej evidencie a oznamovanie iných údajov ministerstvu zdravotníctva, ministerstvu financií a úradu podľa tohto zákona alebo podľa osobitného predpisu.[37])

(7) Za porušenie povinnosti zachovávať mlčanlivosť podľa odseku 1 sa nepovažuje ani zverejnenie informácie, ktorú sa člen predstavenstva zdravotnej poisťovne alebo člen dozornej rady zdravotnej poisťovne dozvedel pri výkone alebo v súvislosti s výkonom svojej funkcie, ak ju člen predstavenstva zdravotnej poisťovne alebo člen dozornej rady zdravotnej poisťovne zverejnil v rozsahu, v akom má zdravotná poisťovňa povinnosť sprístupňovať informácie podľa

osobitného predpisu,[95g]) alebo ak ju zverejnil s cieľom odvrátiť škodu priamo hroziacu zdravotnej poisťovni; to neplatí, ak je následok spôsobený týmto zverejnením zjavne závažnejší ako ten, ktorý hrozil.

(8) Ustanoveniami odsekov 1 a 2 nie je dotknutá povinnosť prekaziť alebo oznámiť spáchanie trestného činu.[96])

(9) Za porušenie povinnosti zachovávať mlčanlivosť sa nepovažuje zverejnenie informácií osobami podľa odseku 1, ktorými zdravotná poisťovňa verejne informuje o

a) svojej činnosti, výsledkoch hospodárenia a plnení zákonných povinností, ktoré vzišli z činnosti alebo údajov zdravotnej poisťovne, alebo

b) poistencovi, platiteľovi poistného a poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti s ich výslovným súhlasom.[35ca])

(10) Za porušenie povinnosti zachovávať mlčanlivosť sa nepovažuje zverejnenie informácií osobami podľa odseku 2, prostredníctvom ktorých úrad verejne informuje o výsledkoch hospodárenia a plnení zákonných povinností zdravotnej poisťovne, ani zverejnenie informácií v rozsahu, v akom má úrad povinnosť sprístupňovať informácie podľa osobitného predpisu.[17d])

§ 76a

Na účel preukázania bezúhonnosti podľa § 22 ods. 4 písm. d), § 24 ods. 4, § 26 ods. 5 a § 33 ods. 3 písm. a) poskytne fyzická osoba údaje potrebné na vyžiadanie výpisu z registra trestov.[57aa]) Údaje podľa prvej vety ministerstvo zdravotníctva bezodkladne zašle v elektronickej podobe prostredníctvom elektronickej komunikácie Generálnej prokuratúre Slovenskej republiky na vydanie výpisu z registra trestov.

§ 77

(1) Na konanie a rozhodovanie úradu sa vzťahujú všeobecné predpisy o správnom konaní,[62]) ak tento zákon neustanovuje inak.

(2) Zodpovednosť za škodu spôsobenú nesprávnym rozhodnutím alebo nesprávnym úradným postupom úradu upravuje osobitný predpis.[97])

§ 77a

Osobitné konanie

(1) Na konanie a rozhodovanie o pohľadávkach z verejného zdravotného poistenia sa vzťahuje Správny poriadok,[62]) ak osobitný zákon[18j]) neustanovuje inak.

(2) Odsek 1 sa použije rovnako na rozhodovanie o pohľadávkach na poistnom a poplatkoch z omeškania, ktoré bol platiteľ poistného povinný uhradiť podľa predpisov účinných do 31. decembra 2004.

(3) Úrad rozhoduje o námietkach poistenca alebo platiteľa poistného proti výkazu nedoplatkov rozhodnutím, ak im zdravotná poisťovňa nevyhovela podľa osobitného predpisu.[18j])

(4) Podkladom na rozhodovanie je námietka, napadnutý výkaz nedoplatkov, stanovisko zdravotnej poisťovne k námietkam a údaje o poistencovi alebo platiteľovi poistného získané podľa osobitného zákona.[97aa])

(5) Ak je to nevyhnutné, úrad doterajší obsah spisovej dokumentácie ku konaniu doplní a na tento účel úrad vyzve poistenca, platiteľa poistného alebo zdravotnú poisťovňu na predloženie dokladov, ktoré nie je možné získať podľa osobitného zákona,[97aa]) v lehote deviatich dní odo dňa doručenia výzvy. Poistenca alebo platiteľa poistného zároveň úrad upozorní, že ak na výzvu nepredloží požadované doklady, rozhodne podľa obsahu spisovej dokumentácie.

(6) Ak sú na to dôvody, úrad výkaz nedoplatkov zmení alebo zruší, inak námietky zamietne a výkaz nedoplatkov potvrdí. Pri zmene výkazu nedoplatkov odôvodnenie rozhodnutia obsahuje špecifikáciu pohľadávky podľa osobitného zákona.[18j])

(7) Poistenec alebo platiteľ poistného, ktorý podal námietky, môže tieto námietky vziať späť, pokým o nich úrad nerozhodne. Ak poistenec alebo platiteľ poistného vzal námietky späť, nemôže ich podať znovu.

(8) Ak poistenec alebo platiteľ poistného vzal námietky späť, úrad konanie zastaví.

(9) Rozhodnutie sa doručuje všetkým účastníkom konania. Na doručovanie sa primerane použije Správny poriadok.

(10) Chyby v písaní, počtoch a iné zrejmé nesprávnosti v písomnom vyhotovení rozhodnutia úrad aj bez návrhu opraví a upovedomí o tom účastníkov konania.

(11) Proti rozhodnutiu úradu nie je možné podať odvolanie. Rozhodnutie úradu je preskúmateľné správnym súdom.

(12) Doručené rozhodnutie úradu, proti ktorému sa nemožno odvolať, je právoplatné.

(13) Ak pohľadávka podľa odsekov 1 a 2 bola postúpená podľa § 85g, v konaní o takej pohľadávke je účastníkom konania platiteľ poistného alebo poistenec, zdravotná poisťovňa a osoba, na ktorú bola pohľadávka postúpená.

§ 77ab

Platobný výmer vo veciach uplatnených platiteľom poistného

(1) Nárok na pohľadávky vyplývajúce z neuhradeného preplatku na poistnom podľa osobitného predpisu,[39f]) si môže uplatniť platiteľ poistného na úrade.

(2) Konanie sa začína na návrh platiteľa poistného.

(3) Úrad rozhoduje o pohľadávke platiteľa poistného platobným výmerom. Platobný výmer sa doručuje všetkým účastníkom konania.

(4) Proti platobnému výmeru možno podať námietky na úrade do 15 dní odo dňa jeho doručenia.

(5) Na rozhodovanie o námietkach podľa odseku 4 sa primerane použijú ustanovenia § 77a.

§ 77b

Poskytovanie osobných údajov na účely vykonávania verejného zdravotného poistenia sa upraví dohodou, ktorú uzatvorí úrad s Daňovým riaditeľstvom Slovenskej republiky, Ústredím práce, sociálnych vecí a rodiny, Sociálnou poisťovňou, Ministerstvom vnútra Slovenskej republiky, Zborom väzenskej a justičnej stráže Slovenskej republiky, Policajným zborom a Ministerstvom obrany Slovenskej republiky. Úrad je povinný tieto údaje oznámiť príslušnej zdravotnej poisťovni do ôsmich dní odo dňa ich prijatia.

§ 77c

(1) Ministerstvo vnútra Slovenskej republiky poskytuje úradu elektronicky na účely vykonávania verejného zdravotného poistenia údaje o fyzickej osobe, ktorá je poberateľom invalidného výsluhového dôchodku, o fyzickej osobe, ktorá je poberateľom dôchodku z výsluhového zabezpečenia policajtov vo veku ustanovenom na vznik nároku na starobný dôchodok. Údaje sa poskytujú v rozsahu rodné číslo, meno a priezvisko, rodné priezvisko, dátum narodenia, štátna príslušnosť, adresa trvalého pobytu, adresa prechodného pobytu, druh dôchodku, dátum priznania a zániku nároku na výplatu dôchodku, bankové spojenie, kód a názov banky a výška dôchodku.

(2) Ministerstvo obrany Slovenskej republiky poskytuje úradu elektronicky na účely vykonávania verejného zdravotného poistenia údaje o fyzickej osobe, ktorá je poberateľom dôchodku z výsluhového zabezpečenia vojakov vo veku ustanovenom na vznik nároku na starobný dôchodok, starobného dôchodku, invalidného dôchodku alebo invalidného výsluhového dôchodku. Údaje sa poskytujú v rozsahu rodné číslo, meno a priezvisko, rodné priezvisko, dátum narodenia, štátna príslušnosť, adresa trvalého pobytu, adresa prechodného pobytu, druh dôchodku, dátum priznania a dátum zániku nároku na výplatu dôchodku, bankové spojenie, kód a názov banky a výška dôchodku.

(3) Ústredie práce, sociálnych vecí a rodiny poskytuje úradu elektronicky na účely vykonávania verejného zdravotného poistenia údaje o fyzickej osobe, ktorá je držiteľom ~~preukazu fyzickej osoby s ťažkým zdravotným postihnutím alebo držiteľom preukazu fyzickej osoby s ťažkým zdravotným postihnutím so sprievodcom~~ európskeho preukazu osoby so zdravotným postihnutím alebo európskeho preukazu osoby so zdravotným postihnutím so sprievodcom. Údaje sa poskytujú v rozsahu rodné číslo, meno a priezvisko, rodné priezvisko, dátum narodenia, pohlavie, štátna príslušnosť, adresa trvalého pobytu, adresa prechodného pobytu, kategória ťažkého zdravotného postihnutia, dátum priznania preukazu, dátum odobratia preukazu.

(4) Sociálna poisťovňa poskytuje úradu elektronicky na účely vykonávania verejného zdravotného poistenia údaje o fyzickej osobe, ktorá je poberateľom invalidného dôchodku, o fyzickej osobe, ktorá je poberateľom predčasného dôchodku, o fyzickej osobe, ktorá je poberateľom starobného dôchodku, údaje o invalidnej osobe a nevznikol jej nárok na invalidný dôchodok, a údaje o fyzickej osobe, ktorá dovŕšila dôchodkový vek a nevznikol jej nárok na starobný dôchodok. Údaje sa poskytujú v rozsahu rodné číslo, meno a priezvisko, dátum narodenia, adresa pobytu, dátum priznania dôchodku, dátum zamietnutia žiadosti o dôchodok, dátum zániku nároku na výplatu dôchodku, dôvod zániku nároku na výplatu dôchodku, druh dôchodku, bankové spojenie, kód a názov banky a výška dôchodku.

(5) Zbor väzenskej a justičnej stráže Slovenskej republiky poskytuje úradu elektronicky na účely vykonávania verejného zdravotného poistenia údaje o fyzickej osobe, ktorá je poberateľom invalidného výsluhového dôchodku, o fyzickej osobe, ktorá je poberateľom dôchodku z výsluhového zabezpečenia policajtov vo veku ustanovenom na vznik nároku na starobný dôchodok. Údaje sa poskytujú v rozsahu rodné číslo, meno a priezvisko, rodné priezvisko, dátum

narodenia, štátna príslušnosť, adresa trvalého pobytu, adresa prechodného pobytu, druh dôchodku, dátum priznania a dátum zániku nároku na výplatu dôchodku, bankové spojenie, kód a názov banky a výška dôchodku.

(6) Finančné riaditeľstvo Slovenskej republiky poskytuje úradu elektronicky na účely vykonávania verejného zdravotného poistenia údaje o fyzickej osobe, ktorá je poberateľom invalidného výsluhového dôchodku, o fyzickej osobe, ktorá je poberateľom dôchodku z výsluhového zabezpečenia ozbrojených príslušníkov finančnej správy vo veku ustanovenom na vznik nároku na starobný dôchodok. Údaje sa poskytujú v rozsahu rodné číslo, meno a priezvisko, rodné priezvisko, dátum narodenia, štátna príslušnosť, adresa trvalého pobytu, adresa prechodného pobytu, druh dôchodku, dátum priznania a dátum zániku nároku na výplatu dôchodku, bankové spojenie, kód a názov banky a výška dôchodku.

§ 77d

Na účely uplatňovania nároku zdravotnej poisťovne na úhradu nákladov za poskytnutú zdravotnú starostlivosť voči tretej osobe, ak k úrazu alebo inému poškodeniu zdravia u poistenca došlo jej zavineným protiprávnym konaním, je úrad povinný príslušnej zdravotnej poisťovni oznámiť údaje, ktoré mu poskytol Policajný zbor podľa osobitného predpisu,[97b]) do ôsmich dní odo dňa ich prijatia.

§ 77e

Ministerstvo vnútra Slovenskej republiky poskytuje národnému centru a zdravotnej poisťovni na účely vydávania preukazu poistenca podľa osobitného predpisu[11]) údaj, ktorá fyzická osoba je držiteľom občianskeho preukazu s elektronickým čipom podľa osobitného predpisu,[11aa]) a údaj, ktorá fyzická osoba je držiteľom dokladu o pobyte podľa osobitného predpisu.[11ab])

§ 78

(1) Všeobecná zdravotná poisťovňa a Spoločná zdravotná poisťovňa zriadené podľa doterajších predpisov sú povinné do 31. marca 2005 na základe schváleného transformačného projektu založiť akciovú spoločnosť a požiadať úrad o vydania povolenia podľa tohto zákona.

(2) Povolenie na vykonávanie zdravotného poistenia vydané pred 1. novembrom 2004 zostáva v platnosti najneskôr do 30. septembra 2005, ak zdravotná poisťovňa, ktorá vykonáva zdravotné poistenie na základe tohto povolenia, nezaloží akciovú spoločnosť a nezíska povolenie podľa tohto zákona do 30. júna 2005.

§ 79

Po transformácii Všeobecnej zdravotnej poisťovne a Spoločnej zdravotnej poisťovne na akciové spoločnosti nesmie klesnúť majetková účasť štátu na základnom imaní týchto spoločností pod 100 %.

§ 80

(1) Oprávnenie doterajšej zdravotnej poisťovne vykonávať zdravotné poistenie podľa doterajších predpisov zaniká 30. septembra 2005, ak doterajšia zdravotná poisťovňa nezaloží akciovú spoločnosť na základe schváleného transformačného projektu a nezíska povolenie podľa tohto zákona do 30. júna 2005.

(2) Oprávnenie doterajšej zdravotnej poisťovne vykonávať zdravotné poistenie podľa doterajších predpisov zaniká uplynutím 90 dní odo dňa právoplatnosti

a) rozhodnutia úradu, ktorým úrad zamietol včas podanú žiadosť doterajšej zdravotnej poisťovne o vydanie povolenia podľa tohto zákona pre akciovú spoločnosť,

b) oznámenia registrového súdu o odmietnutí vykonania zápisu[88]) akciovej spoločnosti do obchodného registra, ak lehota na podanie námietok[89]) márne uplynula,

c) uznesenia registrového súdu o zamietnutí námietok proti odmietnutiu vykonania zápisu[90]) akciovej spoločnosti do obchodného registra,

najneskôr však 30. septembra 2005.

(3) Dňom zániku oprávnenia doterajšej zdravotnej poisťovne podľa odsekov 1 a 2 sa doterajšia zdravotná poisťovňa zrušuje s likvidáciou. Na likvidáciu doterajšej zdravotnej poisťovne sa primerane použijú ustanovenia § 66 a 67 tohto zákona.

(4) Na prevod poistného kmeňa doterajšej zdravotnej poisťovne podľa odsekov 1 a 2 na inú zdravotnú poisťovňu sa primerane použijú ustanovenia § 61 a § 66 a 67, ak ďalej nie je ustanovené inak.

§ 81

Právne postavenie doterajšej zdravotnej poisťovne, jej vnútorné právne pomery a jej práva, povinnosti a zodpovednosť v súvislosti s vykonávaním zdravotného poistenia sa do jej zániku spravujú doterajšími predpismi, ak tento zákon neustanovuje inak (§ 68 ods. 7). Na doterajšie zdravotné poisťovne sa v procese transformácie nevzťahujú ustanovenia o nakladaní s majetkom podľa osobitného predpisu.[98])

§ 82

(1) Úrad nariadi prevod poistného kmeňa s účinnosťou najneskôr ku dňu zániku oprávnenia doterajšej zdravotnej poisťovne na vykonávanie verejného zdravotného poistenia podľa § 80 ods. 1 a 2. Úrad, doterajšia zdravotná poisťovňa a preberajúca zdravotná poisťovňa, ak s prevodom poistného kmeňa súhlasí, sú povinné urobiť opatrenia, aby sa tento prevod uskutočnil ku dňu zániku oprávnenia doterajšej zdravotnej poisťovne vykonávať zdravotné poistenie podľa doterajších predpisov.

(2) Ak doterajšia zdravotná poisťovňa nepredloží súhlas preberajúcej zdravotnej poisťovne podľa § 61 ods. 5 písm. f), vyžiada si úrad vyjadrenie sám. Úrad schváli postup prevodu poistného kmeňa a určí deň, ku ktorému nastanú právne účinky prevodu poistného kmeňa, na základe návrhu tohto postupu podľa § 61 ods. 3. Ak návrh tohto postupu doterajšia zdravotná poisťovňa včas nepredloží, úrad určí postup prevodu poistného kmeňa aj bez jej návrhu.

§ 83

Kauciu podľa doterajších predpisov vráti ministerstvo zdravotníctva do 60 dní po zániku doterajšej zdravotnej poisťovne bez likvidácie zriaďovateľovi, ktorý ju zložil, alebo jeho právnemu nástupcovi; ak bola doterajšia zdravotná poisťovňa zrušená s likvidáciou, ministerstvo zdravotníctva nakladá s kauciou obdobne ako v prípade kaucie pri zrušení rezortnej poisťovne podľa doterajších predpisov.

§ 84

Začaté správne konania doterajšej zdravotnej poisťovne právoplatne neskončené do dňa vydania právoplatného povolenia na základe tohto zákona dokončí úrad. Ak doterajšia zdravotná poisťovňa na základe schváleného transformačného projektu nezaloží akciovú spoločnosť do 31. marca 2005, začaté správne konania právoplatne neskončené do 30. septembra 2005 prechádzajú na úrad 1. októbrom 2005.

§ 84a

(1) O povolení alebo nariadení obnovy konania ukončeného právoplatným rozhodnutím vydaným doterajšou zdravotnou poisťovňou rozhoduje úrad. Ak úrad rozhodne o povolení alebo nariadení obnovy konania, je príslušný vykonať aj nové konanie.

(2) Preskúmanie rozhodnutia mimo odvolacieho konania vydaného doterajšou zdravotnou poisťovňou vykonáva úrad.

(3) Konanie o proteste prokurátora proti právoplatnému rozhodnutiu doterajšej zdravotnej poisťovne vykoná úrad.

§ 85

Zdravotná poisťovňa, ktorá získala povolenie podľa tohto zákona do 30. júna 2005, je povinná uhradiť príspevok na činnosť úradu na rok 2005 vo výške 0,5 % zo štvornásobku poistného po jeho prerozdelení za október, november a december 2004, a to najneskôr do 31. júla 2005.

§ 85a

(1) Poistenci zaradení do dispenzárnej starostlivosti podľa doterajších predpisov sa považujú za poistencov zaradených na dispenzarizáciu podľa tohto zákona najneskôr do 31. decembra 2005.

(2) Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti je povinný predložiť do 30. júna 2005 príslušnej zdravotnej poisťovni zoznam poistencov zaradených do dispenzárnej starostlivosti podľa doterajších predpisov a navrhnúť dĺžku dispenzarizácie.

(3) Zdravotná poisťovňa je povinná prehodnotiť dispenzarizáciu poistencov uvedených v zozname podľa odseku 2 a oznámiť príslušnému poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti, ktorých poistencov zaradila na dispenzarizáciu najneskôr do 31. decembra 2005.

§ 85b

V roku 2005 je zdravotná poisťovňa povinná uhradiť pomernú časť príspevku podľa § 8a.

§ 85c

(1) Zoznam poistencov čakajúcich na poskytnutie zdravotnej starostlivosti vytvorený do 31. decembra 2005 sa považuje za zoznam poistencov čakajúcich na poskytnutie zdravotnej starostlivosti vytvorený podľa tohto zákona.

(2) Zoznam plánovaných zdravotných výkonov podľa § 6a vytvorený do 31. decembra 2005 sa považuje za zoznam vytvorený podľa tohto zákona. Zdravotná poisťovňa uvedie zoznam podľa prvej vety do súladu s týmto zákonom do jedného mesiaca odo dňa účinnosti tohto zákona.

§ 85d

(1) Zdravotná poisťovňa môže so súhlasom ministerstva zdravotníctva uzatvoriť s treťou osobou písomnú zmluvu o mandátnej správe pohľadávky, ktorá vznikla po 1. januári 2006 voči dlžníkovi, na ktorého bol vyhlásený konkurz, alebo voči dlžníkovi, ktorý je v likvidácii. V zmluve o mandátnej správe pohľadávky zdravotnej poisťovne sa určí výška odplaty za výkon mandátnej správy pohľadávky zdravotnej poisťovne.

(2) Treťou osobou môže byť len právnická osoba so 100 % majetkovou účasťou štátu; táto osoba je povinná vykonávať mandátnu správu pohľadávky zdravotnej poisťovne osobne.

(3) Ak tento zákon neustanovuje inak, na mandátnu správu pohľadávky zdravotnej poisťovne sa vzťahuje Obchodný zákonník.[98a])

§ 85e

Týmto zákonom sa preberajú právne záväzné akty Európskej únie uvedené v prílohe č. 2.

§ 85f

Za minulé obdobia [§ 6a ods. 5 písm. c)] sa nepovažujú kalendárne roky predchádzajúce dňu nadobudnutia účinnosti tohto zákona.

§ 85g

(1) Pohľadávku na poistnom môže zdravotná poisťovňa za podmienok ustanovených týmto zákonom postúpiť záujemcovi za odplatu na základe výberového konania. Pohľadávku na poistnom môže zdravotná poisťovňa postúpiť aj právnickej osobe so 100 % majetkovou účasťou štátu určenej ministerstvom financií po dohode s ministerstvom zdravotníctva, a to za odplatu určenú na základe dohody medzi zdravotnou poisťovňou, ministerstvom financií a ministerstvom zdravotníctva; tým nie sú dotknuté ustanovenia osobitného predpisu.[98b])

(2) Pohľadávkou na poistnom je na účely jej postúpenia

a) pohľadávka na poistnom vyplývajúca z neodvedených preddavkov na poistné alebo neodvedeného nedoplatku na poistnom[38]) a pohľadávka na úrokoch z omeškania,[38a])

b) pohľadávka na poistnom, pohľadávka na poplatku za nesplnenie oznamovacej povinnosti, pohľadávka na pokute a pohľadávka na poplatku z omeškania z neodvedeného alebo oneskorene odvedeného poistného na zdravotné poistenie, na ktoré mala zdravotná poisťovňa nárok podľa predpisov účinných do 31. decembra 2004.

(3) Predmetom postúpenia pohľadávok na poistnom podľa odseku 2 môže byť len pohľadávka priznaná právoplatným platobným výmerom alebo právoplatným výkazom nedoplatkov. Pohľadávky na poistnom podľa odseku 2 písm. a) môžu byť predmetom postúpenia najskôr po uplynutí 18 mesiacov odo dňa právoplatnosti rozhodnutia úradu o ročnom prerozdeľovaní poistného,[39d]) ktoré sa týchto pohľadávok týka.

(4) Odplata za postúpenie pohľadávok na poistnom nepodlieha mesačnému prerozdeľovaniu preddavkov na poistné[80b]) a ročnému prerozdeľovaniu poistného.[27aa])

(5) Vyhlásenie výberového konania je zdravotná poisťovňa povinná zverejniť v Obchodnom vestníku a v periodickej tlači s celoštátnou pôsobnosťou uverejňujúcej burzové správy.

(6) Podmienkou výberového konania je registrácia záujemcu a zaplatenie finančnej zábezpeky; pri registrácii sa podpisuje dohoda o mlčanlivosti. Víťazom výberového konania je predkladateľ ponuky s najvýhodnejšími finančnými podmienkami pre zdravotnú poisťovňu (ďalej len „najvýhodnejšia cenová ponuka“). Výhodnosť ponúk predložených vo výberovom konaní sa posudzuje podľa ponúknutých finančných podmienok; konečnú ponuku vo výberovom konaní predkladá záujemca formou návrhu na uzavretie zmluvy o postúpení pohľadávok, ktoré sú predmetom výberového konania (ďalej len „návrh zmluvy“). Zdravotná poisťovňa predloží vo výberovom konaní zaregistrovaným záujemcom najneskôr pred predložením ich konečných ponúk vzor návrhu zmluvy s nevyplnenými finančnými podmienkami, ktoré vyplnia zaregistrovaní záujemcovia.

(7) Postúpenie pohľadávky na poistnom sa považuje za oznámené dlžníkovi dňom doručenia oznámenia alebo neskorším dňom uvedeným v oznámení.

(8) Na doručenie oznámenia o postúpení pohľadávky podľa odseku 7 sa vzťahujú ustanovenia o doručovaní výkazov nedoplatkov[97a]) rovnako. Zdravotná poisťovňa môže oznámenie o postúpení pohľadávky doručiť dlžníkovi aj spolu s výkazom nedoplatkov.

(9) Zdravotná poisťovňa nesmie postúpiť pohľadávku na poistnom, ak povolila jej zaplatenie v splátkach podľa osobitného predpisu;[98c]) to neplatí, ak nebol dodržaný termín splátky alebo sa zaplatila nižšia suma jednotlivej splátky, ako to určila príslušná zdravotná poisťovňa.

(10) Pohľadávku podľa odseku 2 voči fyzickej osobe alebo právnickej osobe povinnej odvádzať poistné,[37]) na ktorej majetok bol vyhlásený konkurz alebo ktorá je v likvidácii, môže zdravotná poisťovňa postúpiť len na právnickú osobu so 100 % majetkovou účasťou štátu určenú ministerstvom zdravotníctva po dohode s ministerstvom financií. Právnická osoba so 100 % majetkovou účasťou štátu určená ministerstvom zdravotníctva po dohode s ministerstvom financií takto postúpenú pohľadávku môže postúpiť len inej právnickej osobe so 100 % majetkovou účasťou štátu alebo právnickej osobe zriadenej zákonom.

(11) Na postupovanie pohľadávok zdravotnej poisťovne sa vzťahuje Občiansky zákonník,[98d]) ak tento zákon neustanovuje inak.

(12) Pohľadávku zdravotnej poisťovne na poistnom alebo za neoprávnene vyúčtované a uhradené výkony zdravotnej starostlivosti a pohľadávku štátu v správe poskytovateľa zdravotnej starostlivosti za neuhradené zmluvne dohodnuté výkony zdravotnej starostlivosti alebo za neuhradené výkony neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, s ktorým nemá zdravotná poisťovňa uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti podľa § 7, možno vzájomne započítať. Na také započítanie pohľadávok sa ustanovenia osobitného predpisu[98e]) nepoužijú.

§ 85h

(1) Zdravotná poisťovňa uplatňuje výkazom nedoplatkov nárok na dlžné poistné, nárok na poplatok z omeškania z neodvedeného alebo oneskorene odvedeného poistného na zdravotné poistenie, na ktoré mala zdravotná poisťovňa nárok podľa predpisov účinných do 31. decembra 2004.

(2) Zdravotná poisťovňa vymáha pohľadávky na poistnom vrátane poplatku z omeškania z neodvedeného alebo oneskorene odvedeného poistného na zdravotné poistenie, na ktoré mala

zdravotná poisťovňa nárok podľa predpisov účinných do 31. decembra 2004, na základe právoplatného rozhodnutia úradu alebo právoplatného výkazu nedoplatkov.

(3) Zdravotná poisťovňa vydáva výkaz nedoplatkov vo veciach poplatkov z omeškania, ak ide o pohľadávky na poistnom vyplývajúce z neodvedeného alebo oneskorene odvedeného poistného na zdravotné poistenie, na ktoré mala zdravotná poisťovňa nárok podľa predpisov účinných do 31. decembra 2004.

§ 86

Úrad najneskôr do 15. júna 2005 uverejní v troch denníkoch s celoštátnou pôsobnosťou zoznam zdravotných poisťovní, ktorým do 31. mája 2005 vydal povolenie podľa tohto zákona.

§ 86a

Z exekúcií a výkonu rozhodnutia podľa osobitných predpisov[99]) sa do vzniku akciovej spoločnosti podľa tohto zákona (§ 74 ods. 1), najneskôr však do 31. decembra 2005, vylučuje

a) majetok doterajšej zdravotnej poisťovne, ak je obstaraný z prostriedkov poistného, z poplatku z omeškania, z pokút a z poplatku za nesplnenie oznamovacej povinnosti, a

b) finančné prostriedky doterajšej zdravotnej poisťovne, ktoré sú určené na úhradu za poskytnutú zdravotnú starostlivosť a na úhradu platieb za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti.

§ 86b

Povinnosť podľa § 7 ods. 4 písm. a) tretieho bodu je zdravotná poisťovňa povinná prvýkrát splniť najneskôr 1. januára 2007.

§ 86c

Na zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, ktoré uzatvára zdravotná poisťovňa s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti podľa § 7 ods. 1 až 3, sa nevzťahujú osobitné predpisy o verejnom obstarávaní.[99])

§ 86d

Povinnosť použiť kladný výsledok hospodárenia pri verejnom zdravotnom poistení na úhradu zdravotnej starostlivosti podľa § 15 ods. 6 je zdravotná poisťovňa povinná prvýkrát splniť v roku 2009 za hospodársky rok 2008.

Zlúčenie Spoločnej zdravotnej poisťovne, a. s. a Všeobecnej zdravotnej poisťovne, a. s.

§ 86e

(1) Spoločná zdravotná poisťovňa, a. s. sa zlučuje so Všeobecnou zdravotnou poisťovňou, a. s. 1. januára 2010.

(2) Všeobecná zdravotná poisťovňa, a. s. sa stáva právnym nástupcom Spoločnej zdravotnej poisťovne, a. s.

(3) Platnosť povolenia Spoločnej zdravotnej poisťovne, a. s. zaniká 1. januára 2010.

(4) Všeobecná zdravotná poisťovňa, a. s. podá bezodkladne návrh na zápis zlúčenia Spoločnej zdravotnej poisťovne, a. s. so Všeobecnou zdravotnou poisťovňou, a. s. do obchodného registra[36]) k 1. januáru 2010 a návrh na výmaz Spoločnej zdravotnej poisťovne, a. s. z obchodného registra[36]) k 1. januáru 2010.

(5) Poistný kmeň Spoločnej zdravotnej poisťovne, a. s. sa prevádza na Všeobecnú zdravotnú poisťovňu, a. s. 1. januára 2010.

(6) Všetky práva a povinnosti vyplývajúce z pracovnoprávnych vzťahov[86]) k zamestnancom Spoločnej zdravotnej poisťovne, a. s. prechádzajú k 1. januáru 2010 na Všeobecnú zdravotnú poisťovňu, a. s.

(7) Všetky práva a povinnosti zo vzťahov súvisiacich s vykonávaním verejného zdravotného poistenia prechádzajú k 1. januáru 2010 zo Spoločnej zdravotnej poisťovne, a. s. na Všeobecnú zdravotnú poisťovňu, a. s.

(8) Na zlúčenie sa nepoužijú ustanovenia § 13 ods. 1 písm. d) a e), § 61 tohto zákona, § 69 ods. 1, 4 až 10, § 218a až 218p Obchodného zákonníka a osobitný predpis.[32])

§ 86f

(1) Jediným akcionárom Všeobecnej zdravotnej poisťovne, a. s. po zlúčení je Slovenská republika. Správu akcií od 1. januára 2010 vykonáva ministerstvo zdravotníctva.

(2) Pri zlúčení nebudú poskytnuté žiadne osobitné výhody audítorom, členom predstavenstva ani členom dozorných rád Spoločnej zdravotnej poisťovne, a. s. a Všeobecnej zdravotnej poisťovne, a. s.

(3) Pri výmene akcií Spoločnej zdravotnej poisťovne, a. s. za akcie Všeobecnej zdravotnej poisťovne, a. s. nebude vyplatený doplatok v peniazoch. Na bezodplatný prevod správy akcií[100]) sa nepoužije osobitný predpis.[32])

§ 86g

Prechodné ustanovenie k úprave účinnej od 1. mája 2010

(1) Úrad uhradí náklady na zdravotnú starostlivosť poskytnutú poistencovi v inom členskom štáte Európskej únie, Nórsku, Lichtenštajnsku, Islande a vo Švajčiarsku za zdravotnú poisťovňu, ktorej zanikla platnosť povolenia z iného dôvodu ako pre zrušenie povolenia, ak majetok zdravotnej poisťovne nestačí na ich úhradu.

(2) Lehota ustanovená v § 64 ods. 5 sa uplatní na prípady zistenia porušenia povinnosti od 1. mája 2010.

§ 86h

Prechodné ustanovenie k úprave účinnej od 1. apríla 2011

(1) Zdravotná poisťovňa je povinná po prvýkrát predložiť zoznam podľa § 14 ods. 8 za mesiac apríl 2011 v máji 2011.

(2) Dohodu podľa § 77b úrad uzatvorí najneskôr do 31. júla 2011.

§ 86i

Ustanovenia § 14 ods. 2 písm. a) a b) a ods. 9 a § 52 ods. 2 sa do 30. júna 2012 neuplatňujú.

§ 86j

Prechodné ustanovenia k úprave účinnej od 1. augusta 2011

(1) Zdravotná poisťovňa je povinná vytvárať a používať technické rezervy podľa § 6 ods. 9 písm. c) od 1. januára 2012.

(2) Technické rezervy podľa § 6 ods. 9 písm. c) môže zdravotná poisťovňa vytvárať a používať od 1. augusta 2011, ak sa tak rozhodla.

(3) Konanie podľa § 77a začaté pred 1. augustom 2011 sa dokončí podľa predpisov účinných do 31. júla 2011.

§ 86k

Prechodné ustanovenie k úpravám účinným od 1. januára 2014

Poistenci zaradení do dispenzarizácie podľa doterajších predpisov sa považujú za poistencov zaradených do dispenzarizácie podľa tohto zákona. Zdravotná poisťovňa vyradí zo zoznamu poistencov zaradených na dispenzarizáciu poistenca, ak ide o chorobu, ktorá nie je uvedená v zozname chorôb podľa § 6 ods. 12, a potvrdenie o vyradení doručí poistencovi a poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti najneskôr do 30. júna 2014.

§ 86l

Prechodné ustanovenia k úpravám účinným od 1. júla 2013

(1) Zdravotná poisťovňa prvýkrát poskytne národnému centru údaje z účtu poistenca v rozsahu § 16 ods. 2 písm. a) až h) a k) až o) do 31. augusta 2013 za predchádzajúci kalendárny mesiac.

(2) Zdravotná poisťovňa prvýkrát poskytne úradu údaje o dohodách o poskytovaní všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti uzavretých medzi poistencom a poskytovateľom zdravotnej starostlivosti podľa § 15 ods. 1 písm. w) do 31. augusta 2013 za predchádzajúci kalendárny mesiac.

(3) Úrad prvýkrát poskytne národnému centru údaje z registrov podľa § 20 ods. 1 písm. e) prvého a štvrtého bodu do 31. júla 2013 okrem údajov o dohodách o poskytovaní všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti uzavretých medzi poistencom a poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v rozsahu podľa § 15 ods. 1 písm. w), ktoré úrad poskytne do 30. septembra 2013.

(4) Zdravotná poisťovňa prvýkrát poukáže na účet ministerstva zdravotníctva príspevok na správu národného zdravotníckeho informačného systému na rok 2013 najneskôr do 20. júla 2013. Výška príspevku je 0,135 % zo základu na jej určenie. Základom na určenie výšky príspevku je celková suma z ročného prerozdeľovania poistného[27aa]) uvedená v rozhodnutí o ročnom prerozdeľovaní poistného za rok 2011 podľa osobitného prepisu.[27b]) Výška príspevku sa zaokrúhľuje na eurocent nahor.

(5) Centrálny register poistencov podľa predpisov účinných do 30. júna 2013 sa považuje za centrálny register poistencov podľa tohto zákona. Zoznamy podľa § 20 ods. 1 písm. e) druhom až ôsmom bode sa považujú za registre podľa tohto zákona. Úrad je povinný zosúladiť centrálny register poistencov a zoznamy podľa § 20 ods. 1 písm. e) druhého až ôsmeho bodu vedené podľa doterajších predpisov s týmto zákonom do 31. augusta 2013.

§ 86m

Prechodné ustanovenia k úpravám účinným od 1. mája 2015

(1) Úrad je povinný zosúladiť centrálny register poistencov a register poskytovateľov zdravotnej starostlivosti vedené podľa tohto zákona v znení účinnom do 30. apríla 2015 s týmto zákonom v znení účinnom od 1. mája 2015 najneskôr do 30. júna 2015.

(2) Zdravotná poisťovňa je povinná splniť podmienky podľa § 33 ods. 1 písm. a), b), g), h), i), ods. 3 písm. a), f), g) a § 34 ods. 2 v znení účinnom od 1. mája 2015 najneskôr do 31. decembra 2015.

(3) Osoby s kvalifikovanou účasťou na zdravotnej poisťovni, ktorej bolo vydané povolenie do 30. apríla 2015, ktoré spĺňali podmienky uvedené v § 33 ods. 1 písm. c) podľa predpisov účinných do 30. apríla 2015, sa považujú za osoby s kvalifikovanou účasťou na zdravotnej poisťovni, ktoré spĺňajú podmienky uvedené v § 33 ods. 1 písm. c) podľa tohto zákona v znení účinnom od 1. mája 2015.

(4) Členovia predstavenstva a členovia dozornej rady zdravotnej poisťovne, prokuristi zdravotnej poisťovne, vedúci zamestnanci v priamej riadiacej pôsobnosti predstavenstva zdravotnej poisťovne a osoby zodpovedné za výkon vnútornej kontroly, ktorí spĺňali podmienky uvedené v § 33 ods. 5 podľa predpisov účinných do 30. apríla 2015, sa považujú za osoby, ktoré spĺňajú podmienky uvedené v § 33 ods. 5 podľa tohto zákona v znení účinnom od 1. mája 2015.

(5) Na konania o vydanie povolenia (§ 33 až 37) začaté a právoplatne neskončené do 30. apríla 2015 sa použijú ustanovenia tohto zákona v znení účinnom od 1. mája 2015. Ak žiadosť žiadateľa o vydanie povolenia nespĺňa podmienky podľa § 33 a 34 v znení účinnom od 1. mája 2015, úrad vyzve žiadateľa na doplnenie žiadosti tak, aby žiadateľ preukázal splnenie podmienok podľa § 33 a 34 v znení účinnom od 1. mája 2015; úrad na splnenie týchto podmienok poskytne žiadateľovi lehotu šesť mesiacov. Ak žiadateľ žiadosť v lehote ustanovenej úradom nedoplní, úrad žiadosť zamietne podľa § 36 ods. 2.

(6) Zdravotná poisťovňa je povinná získať počet poistencov podľa § 39 ods. 1 písm. i) najneskôr do 31. decembra 2017.

§ 86n

Prechodné ustanovenie k úpravám účinným od 1. novembra 2015

Limit spoluúčasti podľa osobitného predpisu[16c]) v znení účinnom od 1. novembra 2015 zdravotná poisťovňa prvýkrát použije na účely úhrady čiastky, o ktorú bol limit spoluúčasti prekročený, za tretí štvrťrok 2015.

§ 86o

Prechodné ustanovenie k úpravám účinným od 1. júla 2016

V konaní začatom pred 1. júlom 2016, ktoré nebolo právoplatne skončené, sa postupuje podľa predpisov účinných do 30. júna 2016.

§ 86p

Prechodné ustanovenie k úpravám účinným od 1. februára 2017

Zdravotná poisťovňa, ktorej bolo vydané povolenie podľa predpisov účinných pred 1. februárom 2017, je povinná zapísať sa do registra partnerov verejného sektora najneskôr do 31. júla 2017.

§ 86r

Prechodné ustanovenia k úpravám účinným od 1. januára 2017

(1) V roku 2017 je zdravotná poisťovňa povinná uhrádzať poskytovateľovi ústavnej zdravotnej starostlivosti najmenej 20 % úhrady za poskytnutú ústavnú zdravotnú starostlivosť podľa klasifikačného systému, ak sa v zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti dohodli na úhrade ústavnej zdravotnej starostlivosti podľa klasifikačného systému.

(2) Podmienku podľa § 8c ods. 2 písm. b) musí zdravotná poisťovňa splniť najneskôr do 30. júna 2017.

§ 86s

Prechodné ustanovenie k úpravám účinným od 1. júna 2017

Do 31. decembra 2017 zdravotná poisťovňa vydá preukaz poistenca aj poistencovi, ktorý má vydaný občiansky preukaz s elektronickým čipom alebo doklad o pobyte s elektronickým čipom.

§ 86t

Prechodné ustanovenia k úpravám účinným od 1. novembra 2017

(1) Zdravotná poisťovňa uhrádza do 30. júna 2018 poskytovateľovi lekárskej služby prvej pomoci, ktorému bolo vydané povolenie na prevádzkovanie ambulancie lekárskej služby prvej pomoci podľa právnych predpisov účinných do 31. októbra 2017, úhradu za zdravotnú starostlivosť podľa tohto zákona v znení účinnom do 31. októbra 2017. Vykonávací právny predpis vydaný podľa § 8 ods. 6 v znení účinnom do 31. októbra 2017 zostáva platný a účinný do 30. júna 2018.

(2) Výška príspevku na správu a rozvoj národného zdravotníckeho informačného systému (§ 8b) na kalendárny rok 2018 je 0,3 % zo základu na jej určenie.

§ 86u

Prechodné ustanovenie k úprave účinnej od 1. januára 2018

Úrad a zdravotná poisťovňa sú povinné v období do zavedenia elektronickej výmeny dát medzi inštitúciami členských štátov v rozsahu sociálneho zabezpečenia podľa osobitného predpisu[101]) predkladať ministerstvu správu o stave implementácie elektronickej výmeny dát. Správa sa predkladá vždy k poslednému dňu kalendárneho štvrťroka.

§ 86v

Prechodné ustanovenia k úpravám účinným od 1. januára 2018

(1) Poverenie na vykonávanie prehliadok mŕtvych tiel vydané podľa predpisov účinných do 31. decembra 2017 sa do 1. júla 2019 považuje za oprávnenie na vykonávanie prehliadok mŕtvych tiel vydané podľa predpisov účinných od 1. januára 2018 a stráca platnosť najneskôr 1. júla 2019.

(2) Poverenie na vykonávanie prehliadky mŕtveho tela vydané podľa predpisov účinných do 31. decembra 2017 zaniká, ak bolo osobe, ktorej bolo vydané poverenie na vykonávanie prehliadky mŕtveho tela podľa predpisov účinných do 31. decembra 2017, vydané oprávnenie na vykonávanie prehliadok mŕtvych tiel podľa predpisov účinných od 1. januára 2018.

(3) Úrad vyhlási pre každý samosprávny kraj samostatné verejné obstarávanie na uzatvorenie zmluvy o zabezpečení vykonávania prehliadok mŕtvych tiel najneskôr do 31. marca 2018.

(4) Zmluvy o poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti podľa § 7a, ktoré zdravotná poisťovňa uzatvorila do 31. decembra 2017, ostávajú v platnosti najneskôr do dátumu uvedeného v zmluve.

(5) Zmluva o zabezpečení vykonávania prehliadok mŕtvych tiel nemôže byť z dôvodu zaujatosti uzavretá s fyzickou osobou alebo právnickou osobou,

a) ktorá je v pracovnom pomere alebo v obdobnom pracovnom vzťahu s fyzickou osobou - podnikateľom alebo právnickou osobou, ktorá prevádzkuje pohrebnú službu (ďalej len „prevádzkovateľ pohrebnej služby“),

b) ktorá je alebo odo dňa nadobudnutia účinnosti tohto zákona bola spoločníkom, štatutárnym orgánom, členom štatutárneho orgánu alebo členom kontrolného orgánu prevádzkovateľa pohrebnej služby,

c) u ktorej možno mať pochybnosť o jej nezaujatosti so zreteľom na jej pomer k veci,

d) ktorá je zamestnancom ministerstva zdravotníctva alebo úradu.

(6) Fyzická osoba alebo právnická osoba, ktorá sa zúčastní verejného obstarávania na uzatvorenie zmluvy o zabezpečení vykonávania prehliadok mŕtvych tiel, predloží úradu čestné vyhlásenie, že neexistuje dôvod zaujatosti podľa odseku 5. Ak sa vyskytne niektorý z dôvodov zaujatosti podľa odseku 5 po začatí verejného obstarávania na uzatvorenie zmluvy o zabezpečení vykonávania prehliadok mŕtvych tiel, fyzická osoba alebo právnická osoba je povinná bezodkladne o tom upovedomiť úrad; úrad zaujatú fyzickú osobu alebo právnickú osobu vylúči z verejného obstarávania na uzatvorenie zmluvy o zabezpečení vykonávania prehliadok mŕtvych tiel.

§ 86w

Prechodné ustanovenie účinné od 1. mája 2018

Ustanovenia § 6 ods. 1 písm. aa), § 7 ods. 9 písm. g) a § 15 ods. 1 písm. ad) sa do 1. januára 2019 neuplatňujú.

§ 86x

Prechodné ustanovenia k úpravám účinným od 1. apríla 2018

(1) Ustanovenia § 47d ods. 2 a 3 sa uplatňujú od 1. apríla 2018.

(2) Ustanovenia § 47d ods. 4 a 5 sa do 1. januára 2020 neuplatňujú.

(3) Verejné obstarávanie na uzatvorenie zmluvy o zabezpečení vykonávania prehliadok mŕtvych tiel začaté a neukončené do 31. marca 2018 sa dokončí podľa tohto zákona v znení účinnom od 1. apríla 2018.

(4) Ustanovenie § 47d ods. 9 sa do 1. júla 2018 neuplatňuje.

(5) Ak úrad nedokáže na území samosprávneho kraja, pre ktorý nie je uzatvorená zmluva o zabezpečení vykonávania prehliadok mŕtvych tiel, úplne zabezpečiť vykonávanie prehliadok mŕtvych tiel podľa § 47d ods. 7 prostredníctvom lekárov podľa §47d ods. 8, doplní v období od 1. apríla 2018 do 30. júna 2018 do rozpisu úradu lekára poskytovateľa všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti[63g]) na území samosprávneho kraja, pre ktorý úrad úplne nezabezpečil vykonávanie prehliadok mŕtvych tiel.

§ 86y

Prechodné ustanovenia k úpravám účinným od 15. júna 2018

(1) Ustanovenie § 47da ods. 3 písm. b) sa do 1. januára 2020 neuplatňuje.

(2) Ustanovenie § 47da ods. 3 písm. e) sa uplatňuje do 1. januára 2020.

(3) Verejné obstarávanie na uzatvorenie zmluvy o zabezpečení vykonávania prehliadok mŕtvych tiel začaté a neukončené do 14. júna 2018 sa dokončí podľa tohto zákona v znení účinnom od 15. júna 2018.

(4) Ak úrad nedokáže na území samosprávneho kraja, pre ktorý nie je uzatvorená zmluva o zabezpečení vykonávania prehliadok mŕtvych tiel, úplne zabezpečiť vykonávanie prehliadok mŕtvych tiel podľa § 47da ods. 6 prostredníctvom lekárov podľa § 47da ods. 7, doplní v období od 15. júna 2018 do 30. júna 2018 do rozpisu úradu lekára poskytovateľa všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti,[63g]) ktorý poskytuje zdravotnú starostlivosť na území samosprávneho kraja, pre ktorý úrad úplne nezabezpečil vykonávanie prehliadok mŕtvych tiel; osvedčenie o absolvovaní školenia k prehliadkam mŕtvych tiel a oprávnenie na vykonávanie prehliadok mŕtvych tiel sa nevyžaduje.

§ 86z

Prechodné ustanovenia k úpravám účinným od 30. decembra 2018

(1) Konania o žiadostiach o osvedčenie zhody, ktoré boli začaté pred 30. decembrom 2018, sa dokončia podľa tohto zákona v znení účinnom od 30. decembra 2018.

(2) Osoby ustanovené do funkcie podľa § 4 ods. 1 až 3 do 30. decembra 2018 sú povinné preukázať neexistenciu konfliktu záujmov do 15. februára 2019 spôsobom podľa § 4 ods. 4.

§ 86za

Prechodné ustanovenie k úpravám účinným od 1. januára 2019

Poistenci zaradení do dispenzarizácie podľa doterajších predpisov sa považujú za poistencov zaradených do dispenzarizácie podľa tohto zákona v znení účinnom od 1. januára 2019.

§ 86zb

Prechodné ustanovenia k úpravám účinným od 1. marca 2019

(1) Konania podľa § 77a v znení účinnom do 28. februára 2019 začaté a právoplatne neukončené pred 1. marcom 2019 sa dokončia podľa tohto zákona v znení účinnom od 1. marca 2019.

(2) Za prehliadky mŕtvych tiel, ktoré boli vykonané pred 1. marcom 2019, sú poskytovatelia zdravotnej starostlivosti oprávnení účtovať úhrady za prehliadky mŕtvych tiel vykonané ich zamestnancami podľa predpisov platných a účinných v čase vystavenia faktúry.

§ 86zc

Prechodné ustanovenia počas trvania mimoriadnej situácie, núdzového stavu alebo výnimočného stavu vyhláseného v súvislosti s ochorením COVID-19

(1) Vlastnoručný podpis na zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti podľa § 7 ods. 10 môže byť nahradený mechanickými prostriedkami.

(2) Zmluva o poskytovaní zdravotnej starostlivosti obsahuje dohodu o vzájomnom poskytovaní údajov o poistencovi na účely overenia totožnosti a poistného vzťahu poistenca pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti formou konzultácie prostredníctvom elektronických komunikácií podľa osobitného predpisu[102]) a na účel úhrady tohto výkonu. Zdravotná poisťovňa a poskytovateľ zdravotnej starostlivosti upravia dohodu podľa prvej vety v zmluvách uzatvorených do dňa účinnosti tohto zákona do 15. júna 2020.

(3) Počas mimoriadnej situácie, núdzového stavu alebo výnimočného stavu vyhláseného v súvislosti s ochorením COVID-19 (ďalej len „krízová situácia“)“ môže zdravotná poisťovňa poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti, s ktorým má uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti a ktorému uhrádza poskytnutú zdravotnú starostlivosť podľa § 8 ods. 1, uhrádzať paušálnu úhradu alebo preddavok. Podrobnosti o paušálnej úhrade alebo preddavku, výške paušálnej úhrady alebo výške preddavku, spôsobe určenia výšky paušálnej úhrady alebo preddavku a splatnosti paušálnej úhrady alebo preddavku si poskytovateľ zdravotnej starostlivosti a zdravotná poisťovňa dohodnú v zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Ustanovenie § 8 ods. 1 druhá veta sa uplatňuje podľa dohody s poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

(4) Počas krízovej situácie

a) výška paušálnej úhrady zdravotnej poisťovne za poskytovanie zdravotnej starostlivosti v epidemiologickej ambulancii a v ambulancii pevnej ambulantnej pohotovostnej služby, ktorej bolo vydané rozhodnutie o dočasnej zmene povolenia na prevádzkovanie ambulancie pevnej ambulantnej pohotovostnej služby, je 11 836 eur mesačne na jednu ambulanciu, pričom podiel zdravotnej poisťovne na paušálnej úhrade zodpovedá podielu poistencov zdravotnej poisťovne na celkovom počte poistencov k 1. januáru 2020; ak sa v epidemiologickej ambulancii poskytuje zdravotná starostlivosť aj po odvolaní krízovej situácie, výšku paušálnej úhrady za poskytovanie zdravotnej starostlivosti v epidemiologickej ambulancii po odvolaní krízovej situácie, výšku úhrad za poskytnutú zdravotnú starostlivosť v epidemiologickej ambulancii, spôsob výpočtu a pravidlá výpočtu týchto úhrad ustanoví vláda nariadením,

b) výška úhrady zdravotnej poisťovne za jeden kilometer jazdy poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti, ktorý je držiteľom povolenia na prevádzkovanie ambulancie dopravnej zdravotnej

služby, za prepravu zdravotníckeho pracovníka za účelom odberu biologického materiálu na zistenie ochorenia COVID-19 spôsobeným koronavírusom SARS-CoV-2 (ďalej len „odber biologického materiálu“) alebo prepravu osoby na miesto určené operačným strediskom tiesňového volania záchrannej zdravotnej služby je 0,70 eura,

c) výška úhrady zdravotnej poisťovne za jeden kilometer jazdy poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti, ktorý je držiteľom povolenia na prevádzkovanie mobilného odberového miesta, ktorý vykonáva odber biologického materiálu formou výjazdovej služby osobe, ktorej národné centrum vydalo jednoznačný identifikátor potvrdzujúci indikáciu zo zdravotných dôvodov, je 0,903 eura,

d) výška úhrady zdravotnej poisťovne za odber biologického materiálu poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti je tri eurá, ak odberový set dodá regionálny úrad verejného zdravotníctva, pričom cena nezahŕňa odberový set; ak odberový set dodá zariadenie spoločných zložiek, odber biologického materiálu uhrádza poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti zariadenie spoločných zložiek,

e) výška úhrady zdravotnej poisťovne poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti, ktorý je držiteľom povolenia na prevádzkovanie agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti, poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti, ktorý je držiteľom povolenia na prevádzkovanie mobilného odberového miesta, alebo zariadeniu sociálnych služieb, ktoré má zmluvu so zdravotnou poisťovňou, za vyhodnotenie COVID-19 IgM/IgG rýchleho diagnostického kazetového imunochromatografického testu je 2,20 eura za vyhodnotenie testu.

(5) Počas krízovej situácie sa za porušenie povinnosti zachovávať mlčanlivosť osôb uvedených v § 76 ods. 1 nepovažuje, ak zdravotná poisťovňa na účely očkovania poistencov proti ochoreniu COVID-19 poskytuje informácie na vyžiadanie

a) národnému centru v rozsahu rodné číslo, ak ho má poistenec pridelené, alebo bezvýznamové identifikačné číslo, meno, priezvisko poistenca, telefonický kontakt, ak ho zdravotná poisťovňa spracúva,

b) samosprávnemu kraju v rozsahu rodné číslo, ak ho má poistenec pridelené, alebo bezvýznamové identifikačné číslo, meno, priezvisko poistenca, dátum a čas očkovania, telefónne číslo, ak ho zdravotná poisťovňa spracúva.

(6) Zdravotná poisťovňa je povinná údaje podľa odseku 5 poskytnúť národnému centru a samosprávnemu kraju najneskôr do siedmich dní od vyžiadania.

(7) Ak počas krízovej situácie samosprávny kraj alebo poskytovateľ zdravotnej starostlivosti, ktorý vykonáva očkovanie proti ochoreniu COVID-19, požiada zdravotnú poisťovňu, zdravotná poisťovňa telefonicky alebo prostredníctvom elektronickej komunikácie informuje, pozýva a ak je to technicky možné, aj registruje svojich poistencov s ich súhlasom na očkovanie proti ochoreniu COVID-19 na termín určený príslušným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, podľa poradia stanoveného osobitným predpisom.[103])

§ 86zd

Príspevky poukazované zdravotnou poisťovňou v roku 2020

(1) Zdravotná poisťovňa uhrádza v roku 2020 príspevok podľa § 8a, § 8b a § 30 vo forme preddavku na príspevok vo výške podľa prílohy č. 3; preddavok na príspevok poukazuje zdravotná poisťovňa najneskôr do 20. decembra 2020.

(2) Po doručení rozhodnutia o ročnom prerozdeľovaní poistného za rok 2020 sa výška príspevku

a) na činnosti operačných stredísk tiesňového volania záchrannej zdravotnej služby[27a]) prepočíta zo základu podľa § 8a,

b) na správu a rozvoj národného zdravotníckeho informačného systému[27c]) prepočíta zo základu podľa § 8b,

c) na činnosť úradu prepočíta zo základu podľa § 30.

(3) Ak je rozdiel medzi výškou príspevku podľa § 8a alebo § 8b a výškou preddavku na daný príspevok určenou podľa prílohy č. 3 kladný, zdravotná poisťovňa poukáže rozdiel na účet ministerstva zdravotníctva najneskôr do 20. marca 2021. Ak je rozdiel medzi výškou príspevku podľa § 8a alebo § 8b a výškou preddavku na daný príspevok určenou podľa prílohy č. 3 záporný, ministerstvo zdravotníctva poukáže rozdiel na účet zdravotnej poisťovne najneskôr do 20. marca 2021.

(4) Ak je rozdiel medzi výškou príspevku na činnosť úradu podľa § 30 a výškou preddavku na tento príspevok určenou podľa prílohy č. 3 kladný, zdravotná poisťovňa poukáže rozdiel na účet úradu najneskôr do 20. marca 2021. Ak je rozdiel medzi výškou príspevku na činnosť úradu podľa § 30 a výškou preddavku na tento príspevok určenou podľa prílohy č. 3 záporný, úrad poukáže rozdiel na účet zdravotnej poisťovne najneskôr do 20. marca 2021.

§ 86ze

Prechodné ustanovenia k úpravám účinným od 1. januára 2021

(1) Zdravotná poisťovňa prvýkrát poskytne národnému centru údaje z účtu poistenca v rozsahu § 16 ods. 2 písm. p) až r) do 31. marca 2021 za predchádzajúci kalendárny rok.

(2) Prostriedky z rezervného fondu tvoreného podľa zákona v znení účinnom do 31. decembra 2020 možno do 31. decembra 2021 použiť podľa zákona v znení účinnom do 31. decembra 2020.

(3) Zdravotná poisťovňa je povinná uviesť do súladu s § 6a ods. 2 vzťahy vyplývajúce z prijatých úverov najneskôr do ôsmich mesiacov od účinnosti tohto zákona.

(4) Úrad ako centrum pre klasifikačný systém podľa právnych predpisov účinných do 31. decembra 2020 je povinný ministerstvu zdravotníctva odovzdať najneskôr do 30 dní od účinnosti tohto zákona všetky údaje, dáta, informačné systémy, softvérové vybavenie, špecifikácie klasifikačného systému verzie 2011, kde sú obsiahnuté a definované zoznamy diagnóz a postupov, konceptuálna logika, skratky a dátové materiály, nástroje na údržbu a ďalší vývoj klasifikácie klasifikačného systému vrátane nástroja na údržbu klasifikačného systému, vývojového groupera, porovnávacieho nástroja R^2,nástroja na dopytovania prípadov a prehliadača kalkulácií a ďalšie podklady potrebné pre činnosť centra pre klasifikačný systém.

(5) Úrad je povinný ministerstvu zdravotníctva odovzdať do 30 dní odo dňa účinnosti tohto zákona zoznam odborne spôsobilých osôb, zoznam vydaných osvedčení o zhode, zoznam

osvedčení o zhode, ktorých platnosť sa dočasne pozastavila, a zoznam osvedčení o zhode, ktorých platnosť sa zrušila.

(6) Konania súvisiace s osvedčovaním zhody začaté a právoplatne neukončené do 31. decembra 2020 sa dokončia podľa zákona v znení účinnom do 31. decembra 2020.

§ 86zf

Prechodné ustanovenia k úpravám účinným od 1. mája 2021

(1) Konania o udelení pokuty začaté a právoplatne neukončené do 30. apríla 2021 sa dokončia podľa zákona v znení účinnom do 30. apríla 2021.

(2) Výkon dohľadu nad zdravotnou starostlivosťou, ktorý začal a nebol právoplatne ukončený do 30. apríla 2021 sa dokončí podľa zákona v znení účinnom do 30. apríla 2021.

§ 86zg

Prechodné ustanovenie k úpravám účinným od 1. apríla 2021

Úrad uzatvorí o poskytovaní údajov o výške dôchodku podľa § 77c v znení účinnom od 1. apríla 2021 dodatok k dohode uzatvorenej podľa § 77b so Sociálnou poisťovňou, Ministerstvom vnútra Slovenskej republiky, Zborom väzenskej a justičnej stráže Slovenskej republiky, Ministerstvom obrany Slovenskej republiky a Finančným riaditeľstvom Slovenskej republiky najneskôr do 15. mája 2021. Úrad je povinný tieto údaje oznámiť príslušnej zdravotnej poisťovni do ôsmich dní odo dňa ich prijatia.

§ 86zh

Prechodné ustanovenia k úpravám účinným od 15. júla 2021

(1) Výkon dohľadu nad zdravotnou starostlivosťou, ktorý začal a nebol právoplatne ukončený do 14. júla 2021, sa dokončí podľa zákona v znení účinnom do 14. júla 2021.

(2) Konania o udelení pokuty začaté a právoplatne neukončené do 14. júla 2021 sa dokončia podľa zákona v znení účinnom od 15. júla 2021.

§ 86zi

Prechodné ustanovenie k úpravám účinným od 1. októbra 2021

Oprávnenia na vykonávanie prehliadok mŕtvych tiel vydané úradom do 30. septembra 2021 sa považujú za oprávnenie na vykonávanie prehliadok mŕtvych tiel podľa § 47f účinného od 1. októbra 2021.

§ 86zj

Prechodné ustanovenia k úpravám účinným od 1. januára 2022

(1) Zdravotná poisťovňa prvýkrát poskytne príspevok na činnosť inštitútu podľa § 15a ods. 1 najneskôr do 15. januára 2022.

(2) Na kalendárny rok 2022 je výška príspevku na činnosť inštitútu podľa § 15a ods. 1 0,026 % zo základu na jej určenie podľa § 15a ods. 2 druhej vety; výška príspevku na činnosť inštitútu sa zaokrúhľuje na eurocent nahor.

(3) Na kalendárne roky 2023 a 2024 je ročná výška príspevku na činnosť inštitútu podľa § 15a ods. 1 0,032 % zo základu na jej určenie podľa § 15a ods. 2 druhej vety; výška príspevku na činnosť inštitútu sa zaokrúhľuje na eurocent nahor.

§ 86zk

Prechodné ustanovenia k úpravám účinným od 1. januára 2022

(1) Predseda úradu vymenovaný do funkcie podľa zákona v znení účinnom do 31. decembra 2021 sa považuje za predsedu úradu, ktorý je vymenovaný do funkcie podľa tohto zákona v znení účinnom od 1. januára 2022.

(2) Konanie o uložení pokuty, ktoré sa začalo a právoplatne neskončilo podľa tohto zákona v znení účinnom do 31. decembra 2021, sa dokončí podľa tohto zákona v znení účinnom do 31. decembra 2021.

§ 86zl

Prechodné ustanovenia k úpravám účinným od 1. augusta 2022

(1) Zdravotná poisťovňa uhrádza zariadeniu sociálnej pomoci,[104]) ktoré poskytuje ošetrovateľskú starostlivosť, alebo agentúre domácej ošetrovateľskej starostlivosti,[105]) ktorá poskytuje ošetrovateľskú starostlivosť, mobilnému hospicu[106]) alebo hospicu,[107]) ktorý poskytuje paliatívnu zdravotnú starostlivosť, v období od 1. augusta 2022 do 30. júna 2024 úhradu za túto zdravotnú starostlivosť ustanovenú cenovým predpisom.[24])

(2) Pri plnení povinnosti podľa § 6c ods. 1 zdravotná poisťovňa poskytne ministerstvu zdravotníctva za rok 2022 od poskytovateľov zdravotnej starostlivosti podľa § 6c ods. 2 a zariadení sociálnej pomoci, s ktorými má uzatvorenú zmluvu, údaje o poistencoch, ktorým bola poskytnutá ošetrovateľská starostlivosť v rámci dlhodobej zdravotnej starostlivosti v období od 1. augusta 2022 do 31. decembra 2022.

(3) Zdravotná poisťovňa je povinná uzavrieť dohodu o poskytovaní údajov na účel monitorovania dostupnosti a vyhodnotenia kvality a efektívnosti podľa § 7 ods. 9 písm. h) a podľa § 7a ods. 2 písm. d) najneskôr do 31. decembra 2022.

(4) Zdravotná poisťovňa, ktorá naposledy vykonávala verejné zdravotné poistenie poistenca, je povinná poskytnúť jeho príslušnej zdravotnej poisťovni do 10. augusta 2022, na účel analýzy, výpočtu a aktualizácie prerozdeľovania poistného, údaje o

a) poistencoch, ktorým bola poskytnutá zdravotná starostlivosť u poskytovateľa ústavnej zdravotnej starostlivosti,[24aab]) ktorej trvanie bolo najmenej dva po sebe nasledujúce dni, pričom prvý a posledný deň sa považuje za jeden deň (ďalej len „hospitalizácia“), v období od 1. januára 2021 do 31. decembra 2021, ktorá bola zaevidovaná v účtovnej evidencii zdravotnej poisťovne, v rozsahu

1. rodné číslo poistenca; ak ide o cudzinca, ktorý nemá pridelené rodné číslo, s uvedením mena, priezviska a dátumu narodenia,

2. kód diagnózy podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb pri ukončení hospitalizácie,

3. dátum začatia hospitalizácie podľa druhého bodu,

4. počet dní hospitalizácie podľa druhého bodu,

b) poistencoch evidovaných zdravotnou poisťovňou ako osoby so zdravotným postihnutím podľa osobitného zákona,[108]) ktoré obsahujú

1. rodné číslo poistenca; ak ide o cudzinca, ktorý nemá pridelené rodné číslo, bezvýznamové identifikačné číslo a dátum narodenia,

2. dátum začatia evidencie poistenca ako osoby so zdravotným postihnutím,

3. dátum ukončenia evidencie poistenca ako osoby so zdravotným postihnutím,

4. dátum vzniku poistného vzťahu v príslušnej zdravotnej poisťovni,

c) poistencoch, ktorým bola poskytnutá zdravotnícka pomôcka plne alebo čiastočne uhrádzaná na základe verejného zdravotného poistenia (ďalej len „uhrádzaná zdravotnícka pomôcka“) v období od 1. januára 2021 do 31. decembra 2021, ktorá bola zaevidovaná v účtovnej evidencii zdravotnej poisťovne, v rozsahu

1. rodné číslo poistenca; ak ide o cudzinca, ktorý nemá pridelené rodné číslo, bezvýznamové identifikačné číslo a dátum narodenia,

2. kód uhrádzanej zdravotníckej pomôcky,

3. počet uhrádzaných zdravotníckych pomôcok podľa druhého bodu,

4. dátum výdaja uhrádzanej zdravotníckej pomôcky podľa druhého bodu,

5. kód diagnózy uvedenej na lekárskom poukaze.

§ 86zm

Prechodné ustanovenie k úpravám účinným od 1. decembra 2022

Zdravotná poisťovňa, ktorá naposledy vykonávala verejné zdravotné poistenie poistenca, je povinná poskytnúť jeho príslušnej zdravotnej poisťovni do 10. decembra 2022 na účel výpočtu indexov rizika nákladov na rok 2023 údaje o

a) hospitalizáciách poistencov v období od 1. januára 2018 do 31. decembra 2021, ktoré boli zaevidované v účtovnej evidencii zdravotnej poisťovne, v rozsahu

1. rodné číslo poistenca; ak ide o cudzinca, ktorý nemá pridelené rodné číslo, s uvedením mena, priezviska a dátumu narodenia,

2. kód diagnózy podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb pri prepustení z hospitalizácie,

3. dátum prijatia na hospitalizáciu podľa druhého bodu,

4. dátum prepustenia z hospitalizácie podľa druhého bodu,

5. údaje o ďalších hospitalizáciách v kalendárnom mesiaci v rozsahu bodov 1 až 4, ak mal poistenec v kalendárnom mesiaci viacero hospitalizácií,

b) poistencoch evidovaných zdravotnou poisťovňou ako osoby so zdravotným postihnutím podľa osobitného zákona[35ac]) v období od 1. januára 2018 do 31. decembra 2021, ktoré obsahujú

1. rodné číslo poistenca, ak ide o cudzinca, ktorý nemá pridelené rodné číslo, bezvýznamové identifikačné číslo a dátum narodenia,

2. dátum začatia evidencie poistenca ako osoby so zdravotným postihnutím,

3. dátum ukončenia evidencie poistenca ako osoby so zdravotným postihnutím,

4. dátum vzniku poistného vzťahu v príslušnej zdravotnej poisťovni,

c) poistencoch, ktorým bola poskytnutá uhrádzaná zdravotnícka pomôcka v období od 1. januára 2018 do 31. decembra 2021, ktorá bola zaevidovaná v účtovnej evidencii zdravotnej poisťovne, v rozsahu

1. rodné číslo poistenca, ak ide o cudzinca, ktorý nemá pridelené rodné číslo, bezvýznamové identifikačné číslo a dátum narodenia,

2. označenie podskupiny uhrádzaných zdravotníckych pomôcok[35f]) s kódom a názvom poskytnutej uhrádzanej zdravotníckej pomôcky,

3. počet uhrádzaných zdravotníckych pomôcok podľa druhého bodu,

4. dátum výdaja uhrádzanej zdravotníckej pomôcky podľa druhého bodu,

5. kód diagnózy uvedenej na lekárskom poukaze.

§ 86zn

Prechodné ustanovenia k úpravám účinným od 1. januára 2023

(1) Výkon dohľadu, ktorý začal a nebol právoplatne ukončený do 31. decembra 2022, sa dokončí podľa zákona v znení účinnom do 31. decembra 2022.

(2) V prípade dohľadu nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti začatého v období od 1. mája 2021 do 31. decembra 2022, úrad po skončení výkonu dohľadu nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti poskytne na základe písomnej žiadosti kópiu predbežného a záverečného protokolu osobe, ktorej práva alebo právom chránené záujmy mohli byť porušené, jej zákonnému zástupcovi, podávateľovi podnetu alebo ich splnomocnenému zástupcovi. Identifikačné údaje osôb, ktoré vykonali dohľad nad zdravotnou starostlivosťou sa nesprístupňujú.

(3) Konania o vydaní, zmene alebo zrušení povolenia a konania o vydaní predchádzajúceho súhlasu začaté a právoplatne neukončené do 31. decembra 2022 sa dokončia podľa zákona v znení účinnom do 31. decembra 2022.

(4) Konania o uložení pokuty začaté a právoplatne neukončené do 31. decembra 2022 sa dokončia podľa zákona v znení účinnom do 31. decembra 2022.

(5) Úrad vykonáva dohľad nad poskytovaním ošetrovateľskej starostlivosti do 30. júna 2024 aj v zariadeniach sociálnej pomoci, ktoré nie sú vedené v registri zariadení sociálnej pomoci.

(6) Ustanovenie § 6a sa prvýkrát použije na výsledok hospodárenia, ktorý bol vytvorený v účtovnom období, ktoré začalo od 1. januára 2023.

(7) Prehliadajúci lekár môže do 30. júna 2023 postupovať podľa § 47b ods. 3 v znení účinnom do 30. novembra 2022.

(8) Zdravotná poisťovňa je do 31. decembra 2023 povinná na účel vedenia centrálneho registra poistencov zasielať úradu údaje podľa § 16 ods. 6 v elektronickej podobe.

§ 86zo

Jednorazový príspevok poukazovaný zdravotnou poisťovňou v roku 2024

(1) V roku 2024 je zdravotná poisťovňa povinná uhradiť jednorazový príspevok vo výške podľa prílohy č. 4 do 20. augusta 2024 na činnosť

a) operačných stredísk tiesňového volania záchrannej zdravotnej služby[27a]) na účet ministerstva zdravotníctva, ktorý je doplatkom k príspevku podľa § 8a,

b) národného centra[27c]) na účet ministerstva zdravotníctva, ktorý je doplatkom k príspevku podľa § 8b,

c) inštitútu[18d]) na účet inštitútu, ktorý je doplatkom k príspevku podľa § 15a,

d) úradu na účet úradu, ktorý je doplatkom k príspevku podľa § 30.

(2) Jednorazový príspevok podľa odseku 1 je nákladom na zdravotnú starostlivosť podľa § 6a ods. 2.

§ 86zp

Prechodné ustanovenie účinné od 31. decembra 2024

Ustanovenia § 6 ods. 3 písm. c) a ods. 4 sa do 31. decembra 2026 neuplatňujú.

§ 86zq

Prechodné ustanovenie k úpravám účinným od 1. januára 2025

Zdravotná poisťovňa zašle do 20. februára 2025 do národného zdravotníckeho informačného systému údaje z dohôd o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, ktoré majú poskytovatelia všeobecnej ambulantnej starostlivosti a poskytovatelia primárnej špecializovanej gynekologickej ambulantnej starostlivosti uzatvorené do 31. januára 2025.

§ 86zr

Prechodné ustanovenie k úpravám účinným od 1. januára 2025

(1) Oprávnenia na vykonávanie prehliadok mŕtvych tiel vydané podľa tohto zákona v znení účinnom do 31. decembra 2024 sa považujú za oprávnenia na vykonávanie prehliadok mŕtvych tiel podľa tohto zákona v znení účinnom od 1. januára 2025.

(2) Konania začaté a právoplatne neukončené do 31. decembra 2024 sa dokončia podľa tohto zákona v znení účinnom do 31. decembra 2024.

(3) Zdravotná poisťovňa je povinná do 30. júna 2025 zverejniť na svojom webovom sídle všetky zmluvy podľa § 6 ods. 2 písm. a) v znení účinnom od 1. januára 2025.

(4) Zdravotná poisťovňa uhrádza zariadeniu sociálnej pomoci, ktoré poskytuje ošetrovateľskú starostlivosť, agentúre domácej ošetrovateľskej starostlivosti alebo domu ošetrovateľskej starostlivosti, ktorý poskytuje ošetrovateľskú starostlivosť, mobilnému hospicu alebo hospicu, ktorý poskytuje paliatívnu zdravotnú starostlivosť, v období od 1. januára 2025 do 31. decembra 2028 úhradu za túto zdravotnú starostlivosť ustanovenú cenovým predpisom.

§ 86zs

Prechodné ustanovenia k úpravám účinným dňom vyhlásenia

(1) Zdravotná poisťovňa je povinná poskytnúť úradu a ministerstvu zdravotníctva údaje podľa § 15 ods. 1 písm. ao) prvýkrát za prvý kalendárny štvrťrok 2025 do 30. mája 2025.

(2) Všeobecne záväzný právny predpis podľa § 15 ods. 8 písm. j) a k) vydá ministerstvo zdravotníctva prvýkrát do 1. februára 2026.

§ 86zt

Prechodné ustanovenie k úpravám účinným od 1. januára 2026

Minimálny počet lôžok na účely poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnej pomoci uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia pre rok 2026 je uvedený v prílohe č. 5.

§ 86zu

Prechodné ustanovenia účinné od 1. marca 2026

(1) Zdravotná poisťovňa v roku 2026 uhradí poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti, ktorý vypláca stabilizačný príspevok,[109]) sumu zodpovedajúcu súčinu sumy stabilizačného príspevku a počtu pracovných miest[110]) oznámených týmto poskytovateľom zdravotnej starostlivosti[111]) podľa podielu príslušnej zdravotnej poisťovne, ktorý je uvedený v prílohe č. 6; suma vypočítaná podľa časti vety pred bodkočiarkou sa zaokrúhľuje na celé euro nahor. Zdravotná poisťovňa uhrádza 1/8 zo sumy vypočítanej podľa prvej vety do piateho dňa príslušného kalendárneho mesiaca; prvú platbu zdravotná poisťovňa uhradí do 5. apríla 2026.

(2) Prijatím sumy podľa odseku 1 sa poskytovateľ zdravotnej starostlivosti, ktorý vypláca stabilizačný príspevok, zaväzuje zabezpečiť, aby pracovné miesto, na ktoré bol stabilizačný príspevok vyplatený, bolo do 28. februára 2031 nepretržite obsadené zdravotníckym pracovníkom podľa osobitného predpisu.[112]) Záväzok poskytovateľa zdravotnej starostlivosti podľa prvej vety sa vyhodnocuje každoročne.

(3) Informácie o počte pracovných miest podľa odseku 1 a podľa osobitného predpisu[113]) ministerstvo zdravotníctva poskytuje zdravotnej poisťovni do desiatich dní od ich doručenia poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, ktorý vypláca stabilizačný príspevok.

(4) Ak z informácií o počte pracovných miest podľa osobitného predpisu[113]) vyplynie, že sa počet pracovných miest podľa odseku 1 znížil, ministerstvo zdravotníctva túto skutočnosť zohľadní vo vykonávacom právnom predpise vydanom podľa § 15 ods. 8 tak, aby obsahoval aj sumu zodpovedajúcu rozdielu počtu pracovných miest podľa odseku 1 a počtu pracovných miest podľa osobitného predpisu,[113]) o ktorú sa zníži suma výdavkov určená pre ústavnú zdravotnú starostlivosť, a spôsob jej určenia.

(5) Na účel tvorby rozpočtu verejného zdravotného poistenia sa suma, ktorú zdravotná poisťovňa uhradí podľa odseku 1 zohľadní vo vykonávacom právnom predpise vydanom podľa § 15 ods. 8 rovnomerne po dobu podľa odseku 2.

(6) Suma, ktorú zdravotná poisťovňa uhradí poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti podľa odseku 1, sa po dobu podľa odseku 2 považuje za ekonomicky oprávnený náklad; do nákladov zdravotnej poisťovne vstupuje rovnomerne po dobu podľa odseku 2.

(7) Ministerstvo zdravotníctva metodickým pokynom usmerní postup zdravotných poisťovní a poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí vyplácajú stabilizačný príspevok, pri prerozdeľovaní a zúčtovávaní stabilizačného príspevku.

§ 86zv

Prechodné ustanovenia k úpravám účinným od 1. júla 2026

(1) Zúčtovacia dávka nemusí obsahovať identifikačné číslo elektronického zdravotného záznamu podľa § 8aa ods. 2 písm. g), ak zdravotná starostlivosť bola poskytnutá do 30. júna 2026.

(2) Zúčtovacia dávka nemusí obsahovať identifikačné číslo elektronického zdravotného záznamu podľa § 8aa ods. 2 písm. g) v prípadoch uvedených v prílohe č. 7 bode 1, ak zdravotná starostlivosť bola poskytnutá do 31. decembra 2026 a v prípadoch uvedených v prílohe č. 7 bodoch 2 až 4, ak zdravotná starostlivosť bola poskytnutá do 30. júna 2027.

§ 87

Zrušovacie ustanovenia

Zrušujú sa:

1. zákon Národnej rady Slovenskej republiky č. 273/1994 Z. z. o zdravotnom poistení, financovaní zdravotného poistenia, o zriadení Všeobecnej zdravotnej poisťovne a o zriaďovaní rezortných, odvetvových, podnikových a občianskych zdravotných poisťovní v znení zákona Národnej rady Slovenskej republiky č. 374/1994 Z. z., zákona Národnej rady Slovenskej republiky č. 58/1995 Z. z., zákona Národnej rady Slovenskej republiky č. 98/1995 Z. z., zákona Národnej rady Slovenskej republiky č. 231/1995 Z. z., zákona Národnej rady Slovenskej republiky č. 304/1995 Z. z., zákona Národnej rady Slovenskej republiky č. 376/1996 Z. z., zákona Národnej rady Slovenskej republiky č. 386/1996 Z. z., zákona č. 202/1997 Z. z., zákona č. 332/1997 Z. z., zákona č. 124/1998 Z. z., zákona č. 11/1999 Z. z., zákona č. 56/1999 Z. z., zákona č. 151/1999 Z. z., zákona č. 242/2000 Z. z., zákona č. 245/2000 Z. z., zákona č. 448/2000 Z. z., zákona č. 233/2001 Z. z., zákona č. 505/2001 Z. z., zákona č. 553/2001 Z. z., zákona č. 118/2002 Z. z., zákona č. 291/2002 Z. z., zákona č. 457/2002 Z. z., zákona č. 534/2002 Z. z., zákona č. 671/2002 Z. z., zákona č. 138/2003 Z. z., zákona č. 442/2003 Z. z., zákona č. 578/2003 Z. z., zákona č. 345/2004 Z. z., zákona č. 365/2004 Z. z. a zákona č. 437/2004 Z. z.,

2. zákon č. 280/1997 Z. z. o Spoločnej zdravotnej poisťovni v znení zákona č. 242/2000 Z. z., zákona č. 362/2000 Z. z., zákona č. 291/2002 Z. z., zákona č. 457/2002 Z. z., zákona č. 442/2003 Z. z. a zákona č. 215/2004 Z. z.,

3. výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky z 26. októbra 2005 č. 22161/2005-SL, ktorým sa ustanovuje rozsah údajov z účtu poistenca poskytovaných zdravotnou poisťovňou príslušnej zdravotnej poisťovni na vyžiadanie (oznámenie č. 513/2005 Z. z.),

4. Nariadenie vlády Slovenskej republiky č. 226/2005 Z. z. o výške úhrady za zdravotnú starostlivosť, ktorú uhrádza zdravotná poisťovňa poskytovateľovi lekárskej služby prvej pomoci v znení nariadenia vlády Slovenskej republiky č. 380/2008 Z. z. a nariadenia vlády Slovenskej republiky č. 288/2010 Z. z.

Čl. III

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 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. a zákona č. 578/2004 Z. z. sa mení takto:

1. V § 4 ods. 2 sa vypúšťa písmeno b) vrátane poznámky pod čiarou k odkazu 2a.
Doterajšie písmená c) a d) sa označujú ako písmená b) a c).
2. V sadzobníku správnych poplatkov v VIII. časti FINANČNÁ SPRÁVA A OBCHODNÁ ČINNOSŤ sa v položke 150 vypúšťa písmeno e).
Doterajšie písmená f) až r) sa označujú ako písmená e) až p).

Čl. IV

Zákon č. 4/2001 Z. z. o Zbore väzenskej a justičnej stráže v znení zákona č. 422/2002 Z. z., zákona č. 166/2003 Z. z. a zákona č. 537/2004 Z. z. sa dopĺňa takto:

1. V § 56 sa odsek 1 dopĺňa písmenom l), ktoré znie:

„l) revízni lekári zdravotných poisťovní a osoby oprávnené na výkon dohľadu nad zdravotnou starostlivosťou podľa osobitného predpisu.[16a])“.

Poznámka pod čiarou k odkazu 16a znie:

„16a) Zákon č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov.“.

2. V § 56 sa na konci odseku 4 pripája táto veta: „Osoby uvedené v odseku 1 písm. l) sa preukazujú podľa osobitného predpisu.[16a])“.

Čl. V

Zákon č. 291/2002 Z. z. o Štátnej pokladnici a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení zákona č. 386/2002 Z. z., zákona č. 428/2003 Z. z. a zákona č. 523/2004 Z. z. sa dopĺňa takto:

V § 2 odsek 2 sa dopĺňa písmenom k), ktoré znie:
„*k)* Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.4)“.
Poznámka pod čiarou k odkazu 4 znie:

„4) Zákon č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov.“.

Čl. VI

Zákon č. 386/2002 Z. z. o štátnom dlhu a štátnych zárukách a ktorým sa dopĺňa zákon č. 291/2002 Z. z. o Štátnej pokladnici a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení zákona č. 442/2003 Z. z. a zákona č. 594/2003 Z. z. sa mení takto:

1. V § 10 ods. 3 písm. d) sa vypúšťajú slová „za ktorej platobnú schopnosť ručí štát,“.
2. Poznámka pod čiarou k odkazu 10 znie:

„10) Zákon č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov.“.

Čl. VII

Zákon č. 176/2004 Z. z. o nakladaní s majetkom verejnoprávnych inštitúcií a o zmene zákona Národnej rady Slovenskej republiky č. 259/1993 Z. z. o Slovenskej lesníckej komore v znení zákona č. 464/2002 Z. z. sa mení takto:

V § 8 sa vypúšťa odsek 6.

Čl. VIII
Účinnosť

Tento zákon nadobúda účinnosť 1. novembra 2004 okrem ustanovení uvedených v čl. I § 1 až 6, § 7 ods. 1 až 3, ods. 4 písm. a) prvom a druhom bode, ods. 4 písm. b) a c), § 7 ods. 5 až 18, § 8 až 15, § 16 ods. 1 až 3, ods. 5 a 6, § 18 ods. 1 písm. f), § 43 až 67 a § 87 a v čl. II až VII, ktoré nadobúdajú účinnosť 1. januára 2005, a ustanovení uvedených v čl. I § 7 ods. 4 písm. a) treťom bode a § 16 ods. 4, ktoré nadobúdajú účinnosť 1. januára 2006.

Pavol Hrušovský v. r.

Mikuláš Dzurinda v. r.

Príloha č. 2 k zákonu č. 581/2004 Z. z.

Zoznam preberaných právne záväzných aktov Európskej únie

1. Smernica Európskeho parlamentu a Rady 2004/23/ES z 31. marca 2004, ustanovujúca normy kvality a bezpečnosti pri darovaní, odoberaní, testovaní, spracovávaní, konzervovaní, skladovaní a distribúcii ľudských tkanív a buniek (Ú. v. EÚ L 102, 7. 4. 2004) – čl. 7 ods. 4.

2. Smernica Európskeho parlamentu a Rady 2010/53/EÚ zo 7. júla 2010 o normách kvality a bezpečnosti ľudských orgánov určených na transplantáciu (Ú. v. EÚ L 207, 6. 8. 2010).

3. Smernica Európskeho parlamentu a Rady 2011/24/EÚ z 9. marca 2011 o uplatňovaní práv pacientov pri cezhraničnej zdravotnej starostlivosti (Ú. v. EÚ L 88, 4. 4. 2011).

4. Smernica Európskeho parlamentu a Rady 2005/36/ES zo 7. septembra 2005 o uznávaní odborných kvalifikácií (Ú. v. EÚ L 255, 30. 9. 2005) v znení smernice Rady 2006/100/ES z 20. novembra 2006 (Ú. v. EÚ L 363, 20. 12. 2006), nariadenia Komisie (ES) č. 1430/2007 z 5. decembra 2007 (Ú. v. EÚ L 320, 6. 12. 2007), nariadenia Komisie (ES) č. 755/2008 z 31. júla 2008 (Ú. v. EÚ L 205, 1. 8. 2008), nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (ES) č. 1137/2008 z 22. októbra 2008 (Ú. v. EÚ L 311, 21. 11. 2008), nariadenia Komisie (ES) č. 279/2009 zo 6. apríla 2009 (Ú. v. EÚ L 93, 7. 4. 2009), nariadenia Komisie (EÚ) č. 213/2011 z 3. marca 2011 (Ú. v. EÚ L 59, 4. 3. 2011), nariadenia Komisie (EÚ) č. 623/2012 z 11. júla 2012 (Ú. v. EÚ L 180, 12. 7. 2012), smernice Rady 2013/25/EÚ z 13. mája 2013 (Ú. v. EÚ L 158, 10. 6. 2013) a smernice Európskeho parlamentu a Rady 2013/55/EÚ z 20. novembra 2013 (Ú. v. EÚ L 354, 28. 12. 2013).

Príloha č. 3

k zákonu č. 581/2004 Z. z.

Výška preddavkov na príspevky poukazované zdravotnou poisťovňou v termíne

do 20. decembra 2020

Obchodné meno zdravotnej poisťovne	Všeobecná zdravotná poisťovňa, a. s.	DÔVERA zdravotná poisťovňa, a. s.	Union zdravotná poisťovňa, a. s.
Preddavok na príspevok na činnosti operačných stredísk tiesňového volania záchrannej zdravotnej služby podľa § 8a	11 636 500	4 283 047	1 156 424
Preddavok na príspevok na správu a rozvoj národného zdravotníckeho informačného systému podľa § 8b	13 488 696	4 964 789	1 546 514
Preddavok na príspevok na činnosť úradu podľa § 30	14 948 560	5 502 112	1 713 889

Výška preddavkov na príspevky je uvedená v eurách.

Príloha č. 4 k zákonu č. 581/2004 Z. z.

Výška jednorazového príspevku podľa § 86zo

Obchodné meno zdravotnej poisťovne	Všeobecná zdravotná poisťovňa, a. s.	DÔVERA zdravotná poisťovňa, a. s.	Union zdravotná poisťovňa, a. s.
Jednorazový príspevok na činnosť operačných stredísk tiesňového volania záchrannej zdravotnej služby	5 351 860 eur	2 350 279 eur	758 878 eur
Jednorazový príspevok na činnosť národného centra	5 887 046 eur	2 585 307 eur	834 765 eur
Jednorazový príspevok na činnosť inštitútu	428 149 eur	188 022 eur	60 710 eur
Jednorazový príspevok na činnosť úradu	5 351 860 eur	2 350 279 eur	758 878 eur

Príloha č. 5

k zákonu č. 581/2004 Z. z.

Minimálny počet lôžok na účely poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnej pomoci podľa samosprávnych krajov a na Slovenskú republiku pre rok 2026

(1) Minimálny počet lôžok pre príslušnú zdravotnú poisťovňu v príslušnom samosprávnom kraji sa vypočíta ako súčin minimálneho počtu lôžok uvedeného v tabuľke č. 1 pre príslušný samosprávny kraj a podielu poistencov príslušnej zdravotnej poisťovne a celkového počtu poistencov podľa príslušného samosprávneho kraja. Na účely § 7a ods. 5 sa minimálny počet lôžok pre príslušnú zdravotnú poisťovňu určí ako súčin lôžok, na ktoré nemá uzatvorenú zmluvu o poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti, a podielu poistencov príslušnej zdravotnej poisťovne a celkového počtu poistencov podľa príslušného samosprávneho kraja, z ktorého zdravotná poisťovňa eviduje žiadosti o uzatvorenie zmluvy o poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti v zariadení sociálnej pomoci.

(2) Podiel poistencov podľa odseku 1 sa vypočíta k 1. februáru 2026.

Tabuľka č. 1

	Minimálny počet lôžok v zariadeniach sociálnych služieb
Bratislavský kraj	1 290
Trnavský kraj	1 124
Trenčiansky kraj	1 210
Nitriansky kraj	1 458
Žilinský kraj	1 296
Banskobystrický kraj	1 332
Prešovský kraj	1 446
Košický kraj	1 532

Slovenská republika	**10 688**

Príloha č. 6

k zákonu č. 581/2004 Z. z.
Výška podielu zdravotnej poisťovne podľa § 86zu ods. 1

Obchodné meno zdravotnej poisťovne	Všeobecná zdravotná poisťovňa, a. s.	DÔVERA zdravotná poisťovňa, a. s.	Union zdravotná poisťovňa, a. s.
Podiel zdravotnej poisťovne na stabilizačnom príspevku	0,61	0,30	0,09

Príloha č. 7 k zákonu č. 581/2004 Z. z.
1. Zúčtovacia dávka nemusí obsahovať identifikačné číslo elektronického zdravotného záznamu, ak poskytovateľ zdravotnej starostlivosti do 31. decembra 2026 poskytol zdravotnú starostlivosť
a) v zariadení špecializovanej ambulancie v tomto odbornom zameraní s touto skratkou podľa číselníka zdravotníckej informatiky:
1. klinická logopédia, skratka 141,
2. liečebná pedagogika, skratka 143,
3. klinická psychológia, skratka 144,
4. psychoterapia, skratka 241,
5. psychofyzická príprava na pôrod, skratka 571,
6. dentálna hygiena, skratka 931,
b) v stacionári v tomto odbornom zameraní zariadenia s touto skratkou podľa číselníka zdravotníckej informatiky:
1. vnútorné lekárstvo, skratka 001,
2. pneumológia a ftizeológia, skratka 003,
3. neurológia, skratka 004,
4. psychiatria, skratka 005,
5. pediatria, skratka 007,
6. všeobecná starostlivosť o deti a dorast, skratka 008,
7. chirurgia, skratka 010,
8. otorinolaryngológia, skratka 014,
9. oftalmológia, skratka 015,
10. dermatovenerológia, skratka 018,
11. klinická onkológia, skratka 019,
12. všeobecné lekárstvo, skratka 020,
13. fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia, skratka 027,
14. hematológia a transfúziológia, skratka 031,
15. klinická imunológia a alergológia, skratka 040,
16. algeziológia, skratka 046,

17. gastroenterológia, skratka 048,
18. kardiológia, skratka 049,
19. diabetológia, poruchy látkovej premeny a výživy, skratka 050,
20. geriatria, skratka 060,
21. medicína drogových závislostí, skratka 073,
22. pediatrická neurológia, skratka 104,
23. detská psychiatria, skratka 105,
24. klinická psychológia, skratka 144,
25. pediatrická pneumológia a ftizeológia, skratka 156,
26. ošetrovateľská starostlivosť, skratka 355,
27. psychofyzická príprava na pôrod, skratka 571,
28. paliatívna ošetrovateľská starostlivosť, skratka 715,
29. ošetrovateľská starostlivosť v zariadení sociálnych služieb, skratka 993,
30. ošetrovateľská starostlivosť v zariadení sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately, skratka 994.

2. Zúčtovacia dávka nemusí obsahovať identifikačné číslo elektronického zdravotného záznamu, ak poskytovateľ zdravotnej starostlivosti do 30. júna 2027 poskytol zdravotnú starostlivosť

a) v ústavnom zdravotníckom zariadení v tomto odbornom zameraní s touto skratkou podľa číselníka zdravotníckej informatiky:
ústavná ošetrovateľská starostlivosť, skratka 193,

b) v agentúrach domácej ošetrovateľskej starostlivosti v tomto odbornom zameraní s touto skratkou podľa číselníka zdravotníckej informatiky:
1. intenzívna starostlivosť v pôrodnej asistencii, skratka 256,
2. pôrodná asistencia v rodine a komunite, skratka 257,
3. domáca ošetrovateľská starostlivosť, skratka 610,
4. domáca hospicová starostlivosť, skratka 630,
5. ošetrovateľská starostlivosť v hematológii a transfúziológii, skratka 713,

c) v mobilnom hospici v odbornom zameraní domáca hospicová starostlivosť so skratkou 630 podľa číselníka zdravotníckej informatiky,

d) v zariadeniach spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek v tomto odbornom zameraní s touto skratkou podľa číselníka zdravotníckej informatiky:
1. rádiológia, skratka 023,
2. klinická biochémia, skratka 024,
3. fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia, skratka 027,
4. patologická anatómia, skratka 029,
5. hematológia a transfúziológia, skratka 031,
6. klinická mikrobiológia, skratka 034,
7. klinická imunológia a alergológia, skratka 040,
8. radiačná onkológia, skratka 043,
9. nukleárna medicína, skratka 047,
10. lekárska genetika, skratka 062,
11. klinická farmakológia, skratka 065,
12. funkčná diagnostika, skratka 187,
13. referenčné laboratórium, skratka 214,
14. laboratórna medicína, skratka 225,
15. magnetická rezonancia, skratka 228,
16. osteodenzitometria, skratka 232,
17. ultrazvuk v gynekológii a pôrodníctve, skratka 247,

18. laboratórne a diagnostické metódy v hematológii a transfúziológii, skratka 259,
19. laboratórne vyšetrovacie metódy v klinickej cytológii, skratka 261,
20. abdominálna ultrasonografia u dospelých, skratka 303,
21. laboratórne a diagnostické metódy v klinickej imunológii a alergológii, skratka 346,
22. fyzioterapia vybraných ochorení pohybového systému, skratka 378,
23. laboratórne vyšetrovacie metódy v hematológii a transfúziológii, skratka 516,
24. ultrazvukové vyšetrovacie metódy, skratka 533,
25. endoskopické vyšetrovacie metódy, skratka 558,
26. počítačová tomografia – CT, skratka 576,
27. intervenčná rádiológia, skratka 593,
28. intervenčná ultrasonografia v urológii, skratka 594,
29. mamodiagnostika v gynekológii, skratka 595,
30. endoskopia respiračného systému, skratka 597,
31. invazívna katétrová diagnostika a liečba porúch srdcového rytmu, skratka 705,
32. fyzioterapia, skratka 844,
33. diplomovaný fyzioterapeut, skratka 846,

e) v zdravotníckom zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti novorodencovi dočasne identifikovanému rodným číslom matky,

f) novorodencovi dočasne identifikovanému rodným číslom matky pri prvých troch preventívnych prehliadkach v zdravotníckom zariadení ambulantnej zdravotnej starostlivosti.

3. Zúčtovacia dávka nemusí obsahovať identifikačné číslo elektronického zdravotného záznamu o prepustení osoby z ústavnej zdravotnej starostlivosti, ak bola poskytnutá do 30. júna 2027 a nie je známy dátum prepustenia.

4. Zúčtovacia dávka nemusí obsahovať identifikačné číslo elektronického zdravotného záznamu, ak poskytovateľ zdravotnej starostlivosti do 30. júna 2027 poskytol zdravotnú starostlivosť v odbornom zameraní zariadenia s kódom odborného zamerania v číselníku zdravotníckej informatiky, ktorý vznikol po 1. apríli 2026.

1) § 2 písm. a) 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.

2) § 154 Obchodného zákonníka.

3) § 56 ods. 1 Obchodného zákonníka.

4) § 8 až 12 Obchodného zákonníka.

6) § 99 ods. 1 zákona č. 566/2001 Z. z. o cenných papieroch a investičných službách a o zmene a doplnení niektorých zákonov (zákon o cenných papieroch) v znení neskorších predpisov.

7) § 2 ods. 1 zákona č. 429/2002 Z. z. o burze cenných papierov v znení neskorších predpisov.

8) § 4 zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

9) Zákon č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

10) § 194 ods. 6 Obchodného zákonníka.

11) § 6 zákona č. 580/2004 Z. z. v znení zákona č. 352/2005 Z. z.

11a) § 10a zákona č. 580/2004 Z. z. v znení zákona č. 352/2005 Z. z.

11aa) § 4 zákona č. 395/2019 Z. z. o občianskych preukazoch a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

11aaa) § 8a zákona č. 580/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.

11ab) § 73 a 73a zákona č. 404/2011 Z. z. o pobyte cudzincov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

12) § 17 ods. 7, § 18 a § 19 ods. 12 zákona č. 580/2004 Z. z.

13) § 9 ods. 7 zákona č. 580/2004 Z. z.
14) § 6 ods. 7 a § 25 ods. 1 písm. c) zákona č. 580/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.
14a) § 22 zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov v znení zákona č. 185/2014 Z. z.
14b) § 45 ods. 1 zákona č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení zákona č. 466/2008 Z. z.
15) Zákon č. 540/2001 Z. z. o štátnej štatistike v znení zákona č. 215/2004 Z. z.
16) § 42 zákona č. 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti.
16a) § 9f zákona č. 580/2004 Z. z. v znení zákona č. 220/2013 Z. z.
16aa) § 40 zákona č. 540/2021 Z. z. o kategorizácii ústavnej zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.
16b) Článok 1 písm. q), r) a va) nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (ES) č. 883/2004 z 29. apríla 2004 o koordinácii systémov sociálneho zabezpečenia (Mimoriadne vydanie Ú. v. EÚ, kap. 5/zv. 5; Ú. v. EÚ L 200, 7. 6. 2004) v znení nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (ES) č. 988/2009 zo 16. septembra 2009 (Ú. v. EÚ L 284, 30. 10. 2009).
16c) § 87a zákona č. 363/2011 Z. z.
16d) § 19 zákona č. 580/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.
16e) § 5 ods. 3 zákona č. 578/2004 Z. z. v znení zákona č. 250/2011 Z. z.
16f) § 9a až 9f a § 10 zákona č. 580/2004 Z. z. v znení zákona č. 220/2013 Z. z.
16g) § 5 ods. 1 písm. b) 13. bod zákona č. 153/2013 Z. z. v znení zákona č. 77/2015.
16h) § 14a zákona č. 578/2004 Z. z. v znení zákona č. 257/2017 Z. z.
16i) § 66a Obchodného zákonníka.
16j) § 8a ods. 6 zákona č. 576/2004 Z. z. v znení zákona č. 257/2017 Z. z.
16k) § 2 ods. 33 zákona č. 576/2004 Z. z. v znení zákona č. 351/2017 Z. z.
16l) § 8 ods. 10 zákona č. 576/2004 Z. z. v znení zákona č. 351/2017 Z. z.
16m) § 14 ods. 1 zákona č. 576/2004 Z. z. v znení zákona č. 139/2019 Z. z.

§ 79 ods. 15 písm. g) zákona č. 578/2004 Z. z. v znení zákona č. 139/2019 Z. z.
16n) § 2 ods. 34 zákona č. 576/2004 Z. z. v znení zákona č. 139/2019 Z. z.
16o) § 87b zákona č. 363/2011 Z. z. v znení zákona č. 81/2021 Z. z.
16p) § 87b ods. 2 zákona č. 363/2011 Z. z. v znení zákona č. 81/2021 Z. z.
16q) § 87b ods. 4 a 5 zákona č. 363/2011 Z. z. v znení zákona č. 81/2021 Z. z.
16r) § 38 až 40 zákona č. 540/2021 Z. z.
17) § 2 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.
17a) § 11 zákona č. 153/2013 Z. z. o národnom zdravotníckom informačnom systéme a o zmene a doplnení niektorých zákonov.
17b) § 7a zákona č. 363/2011 Z. z. v znení zákona č. 336/2017.
17c) § 45 ods. 1 písm. aq) zákona č. 576/2004 Z. z. v znení zákona č. 360/2024 Z. z.
17d) Zákon č. 211/2000 Z. z. o slobodnom prístupe k informáciám a o zmene a doplnení niektorých zákonov (zákon o slobode informácií) v znení neskorších predpisov.
17e) § 7a, § 29a, alebo § 57a zákona č. 363/2011 Z. z. v znení zákona č. 266/2022 Z. z.
17f) § 90 ods. 3 a 4 alebo § 96 ods. 2 zákona č. 363/2011 Z. z. v znení zákona č. 266/2022 Z. z.
17g) § 9a, § 9b a 9d zákona č. 580/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.

18) Zákon č. 8/2008 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení zákona č. 270/2008 Z. z.
18a) § 26 zákona č. 431/2002 Z. z. v znení zákona č. 561/2004 Z. z.
18aa) § 98i zákona č. 363/2011 Z. z. v znení zákona č. 266/2022 Z. z.
18ab) § 2 ods. 9 zákona č. 153/2013 Z. z. v znení neskorších predpisov.
18c) § 38a ods. 6 písm. a) zákona č. 577/2004 Z. z. v znení zákona č. 257/2017 Z. z.
18d) Zákon č. 358/2021 Z. z. o Národnom inštitúte pre hodnotu a technológie v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení zákona č. 266/2022 Z. z.
18e) § 88 ods. 7 a 8 zákona č. 363/2011 Z. z. v znení neskorších predpisov.
18ea) § 2 ods. 7 písm. f) a g) zákona č. 576/2004 Z. z. v znení zákona č. 360/2024 Z. z.
18eb) § 10 a 14 zákona č. 355/2007 Z. z. v znení zákona č. 306/2012 Z. z.
18ec) § 42 ods. 5 a 6 zákona č. 577/2004 Z. z.
18ed) § 42 ods. 4 zákona č. 577/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.

§ 88 ods. 6 zákona č. 363/2011 Z. z.
18f) § 16 zákona č. 580/2004 Z. z. v znení zákona č. 352/2005 Z. z.
18g) § 19 ods. 11 zákona č. 580/2004 Z. z. v znení zákona č. 352/2005 Z. z.
18h) § 18 zákona č. 580/2004 Z. z. v znení zákona č. 352/2005 Z. z.
18i) § 10a zákona č. 580/2004 Z. z. v znení zákona č. 352/2005 Z. z.
18j) § 17a zákona č. 580/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.
18k) § 9a až 9f a § 10 zákona č. 580/2004 Z. z. v znení zákona č. 220/2013 Z. z.
18l) Článok 17 až 27 nariadenia (ES) č. 883/2004.

Nariadenie Európskeho parlamentu a Rady (ES) č. 987/2009 zo 16. septembra 2009, ktorým sa stanovuje postup vykonávania nariadenia (ES) č. 883/2004 o koordinácii systémov sociálneho zabezpečenia (Ú.v. EÚ L 284, 30. 10. 2009) v platnom znení.
18m) § 10 zákona č. 580/2004 Z. z. v znení zákona č. 220/2013 Z. z.
18n) § 9f zákona č. 580/2004 Z. z. v znení zákona č. 220/2013 Z. z.
18o) § 9d ods. 1 zákona č. 580/2004 Z. z. v znení zákona č. 220/2013 Z. z.
19) § 5 až 5d zákona č. 578/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.
19a) § 6 zákona č. 578/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.
19aa) § 5b ods. 1 zákona č. 578/2004 Z. z. v znení zákona č. 360/2024 Z. z.
19b) § 6d zákona č. 578/2004 Z. z. v znení zákona č. 360/2024 Z. z.
19c) § 6e zákona č. 578/2004 Z. z. v znení zákona č. 360/2024 Z. z.
20) § 7 ods. 1 písm. a) prvý bod a § 8 ods. 2 zákona č. 576/2004 Z. z.
21) § 12 ods. 1 a 6 zákona č. 576/2004 Z. z.
21a) § 7 ods. 1 písm. a) tretí bod zákona č. 576/2004 Z. z. v znení zákona č. 662/2007 Z. z.
21b) Príloha č. 1a k zákonu č. 578/2004 Z. z. v znení zákona č. 360/2024 Z. z.
22) § 7 ods. 1 písm. c) a § 10 zákona č. 576/2004 Z. z.
23) § 4 ods. 2 písm. a) štvrtý bod zákona č. 540/2021 Z. z.
23a) § 2 ods. 17 zákona č. 540/2021 Z. z.
23b) § 2 ods. 19 zákona č. 540/2021 Z. z.
23c) § 4 zákona č. 540/2021 Z. z.
24) § 11 ods. 1 zákona Národnej rady Slovenskej republiky č. 18/1996 Z. z. o cenách v znení neskorších predpisov.
24a) Zákon č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

24aa) § 120 ods. 1 písm. a) až u) zákona č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.
24aaa) § 9 zákona č. 576/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.
24aab) § 2 ods. 5, § 44 ods. 2 písm. c) prvého bodu zákona č. 540/2021 Z. z.
24aaba) § 7 ods. 4 zákona č. 578/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.

24aabb) § 7 ods. 3 písm. b) zákona č. 578/2004 Z. z.
24aabc) § 38 zákona č. 540/2021 Z. z.
24aabd) § 3 ods. 1 písm. j) zákona č. 153/2013 Z. z. v znení zákona č. 361/2024 Z. z.
24aabe) § 3 zákona č. 577/2004 Z. z.
24aac) § 7 ods. 3 písm. f) zákona č. 578/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.
24ab) Zákon č. 363/2011 Z. z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.
24b) § 10a ods. 7 zákona č. 576/2004 Z. z. v znení zákona č. 351/2017 Z. z.
24ba) § 5 ods. 3 zákona č. 578/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.
24bb) § 8 zákona č. 578/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.
24c) § 10a ods. 6 až 8 zákona č. 576/2004 Z. z. v znení zákona č. 351/2017 Z. z.
24d) § 10a ods. 3 a 4 zákona č. 576/2004 Z. z. v znení zákona č. 351/2017 Z. z.
24e) Príloha č. 1 zákona č. 576/2004 Z. z. v znení zákona č. 351/2017 Z. z.
24f) § 4 ods. 6, § 10a a 49ta zákona č. 576/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.
24g) § 10a ods. 5 zákona č. 576/2004 Z. z. v znení zákona č. 351/2017 Z. z.
25) Napríklad zákon č. 577/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov, § 79 ods. 1 písm. l) zákona č. 578/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.
27) § 2 ods. 29 zákona č. 576/2004 Z. z. v znení zákona č. 257/2017 Z. z.
27a) § 2 ods. 1 písm. a) a § 3 zákona č. 579/2004 Z. z. o záchrannej zdravotnej službe a o zmene a doplnení niektorých zákonov.
27aa) § 27a zákona č. 580/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.
27aaa) § 2 ods. 27 a § 9a ods. 1 písm. a) zákona č. 576/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.
27aab) § 121 ods. 3 písm. d) zákona č. 362/2011 Z. z.
27aaba) § 20 ods. 1 písm. k) zákona č. 362/2011 Z. z. v znení zákona č. 293/2023 Z. z.
27aac) § 118 zákona č. 362/2011 Z. z. v znení neskorších predpisov.
27aad) § 4 písm. d) zákona č. 578/2004 Z. z. v znení zákona č. 392/2020 Z. z.
27aad) § 8 ods. 11 zákona č. 576/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.
27aada) § 44 ods. 2 písm. c) prvého bodu zákona č. 540/2021 Z. z.
27aadb) § 2 ods. 33 zákona č. 153/2013 Z. z. v znení zákona č. 136/2026 Z. z.
27aae) § 79 ods. 1 písm. ap) zákona č. 578/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.
27aaf) § 9 ods. 7 zákona č. 580/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.
27aag) § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.
27aah) § 14 ods. 2 zákona č. 153/2013 Z. z. v znení neskorších predpisov.
27b) § 27a ods. 9 zákona č. 580/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.
27c) § 3 zákona č. 153/2013 Z. z.
27d) § 5 ods. 6 písm. f) a g) zákona č. 153/2013 Z. z. v znení zákona č. 77/2015 Z. z.
27da) § 5 ods. 15 zákona č. 153/2013 Z. z. v znení zákona č. 344/2025 Z. z.
27db) § 3a ods. 30 zákona č. 153/2013 Z. z.
27e) § 7 zákona č. 153/2013 Z. z. v znení zákona č. 77/2015 Z. z.

27ea) § 3 ods. 8 zákona č. 576/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.
27eb) § 3 ods. 5 zákona č. 576/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.
27f) § 13 zákona č. 576/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.
27g) § 8a ods. 1 písm. a) prvý bod zákona č. 576/2004 Z. z. v znení zákona č. 257/2017 Z. z.
28) § 17 zákona č. 431/2002 Z. z. o účtovníctve v znení neskorších predpisov.
28a) § 2 ods. 2 a ods. 14 zákona č. 423/2015 Z. z. o štatutárnom audite a o zmene a doplnení zákona č. 431/2002 Z. z. o účtovníctve v znení neskorších predpisov.
28aa) § 27 ods. 2 písm. e) zákona č. 423/2015 Z. z. v znení neskorších predpisov.
28b) § 12 ods. 2 zákona č. 431/2002 Z. z. o účtovníctve v znení neskorších predpisov.
28c) § 30 ods. 2 zákona č. 431/2002 Z. z. v znení neskorších predpisov.
29) § 18 zákona č. 431/2002 Z. z. v znení neskorších predpisov.
29a) § 23 zákona č 431/2002 Z. z. v znení neskorších predpisov.
30) Zákon č. 523/2004 Z. z. o rozpočtových pravidlách verejnej správy a o zmene a doplnení niektorých zákonov.
31) § 66b Obchodného zákonníka.
32) Zákon č. 136/2001 Z. z. o ochrane hospodárskej súťaže a o zmene a doplnení zákona Slovenskej národnej rady č. 347/1990 Zb. o organizácii ministerstiev a ostatných ústredných orgánov štátnej správy Slovenskej republiky v znení neskorších predpisov v znení neskorších predpisov.
32a) Napríklad zákon Národnej rady Slovenskej republiky č. 233/1995 Z. z. o súdnych exekútoroch a exekučnej činnosti (Exekučný poriadok) a o zmene a doplnení ďalších zákonov v znení neskorších predpisov, zákon č. 7/2005 Z. z. o konkurze a reštrukturalizácii a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, § 70 až 75a Obchodného zákonníka.
32b) § 27 ods. 8 písm. b) tretí bod zákona č. 580/2004 Z. z.
33) § 67 Obchodného zákonníka.
33a) § 2 ods. 20 a 21 zákona č. 576/2004 Z. z.
34) Zákon č. 431/2002 Z. z. v znení neskorších predpisov.
34a) Opatrenie Ministerstva financií Slovenskej republiky z 30. novembra 2005 č. MF/22930/2005-74, ktorým sa ustanovujú podrobnosti o postupoch účtovania a rámcovej účtovej osnove pre zdravotné poisťovne (oznámenie č. 592/2005 Z. z.).
35) § 20 ods. 4 zákona č. 431/2002 Z. z.
35aa) Napríklad § 40 zákona č. 140/1998 Z. z. v znení neskorších predpisov.
35aaa) § 28 ods. 4 zákona č. 580/2004 Z. z. v znení zákona č. 185/2012 Z. z.
35aab) § 27 ods. 2 a § 27a ods. 2 zákona č. 580/2004 Z. z. v znení zákona č. 185/2012 Z. z.
35aaba) § 7 ods. 1 písm. a) bod 1. zákona č. 576/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.
35aabb) § 7 ods. 1 písm. a) bod 2.1. zákona č. 576/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.
35aac) § 14 ods. 1 písm. a) a d) zákona č. 153/2013 Z. z.
35aad) § 9 a § 14 ods. 2 zákona č. 153/2013 Z. z. v znení zákona č. 77/2015 Z. z.
35aae) § 81 ods. 1 písm. a) a g) zákona č. 578/2004 Z. z. v znení zákona č. 428/2015 Z. z.
35aaf) § 8 ods. 10 zákona č. 576/2004 Z. z. v znení zákona č. 351/2017 Z. z.
35aag) § 79 ods. 1 písm. at) zákona č. 578/2004 Z. z. v znení zákona č. 351/2017 Z. z.
35aah) § 38b zákona č. 577/2004 Z. z. v znení zákona č. 87/2018 Z. z.
35aai) § 9b zákona č. 580/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.
35aaj) Čl. 75 až 79 nariadenia (ES) č. 987/2009 v platnom znení.
35aak) Nariadenie (ES) č. 987/2009 v platnom znení.
35aaka) § 11 ods. 1 a 2 zákona č. 580/2004 Z. z.
35aakb) Čl. 2 ods. 2 nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2021/953 zo 14. júna 2021 o rámci pre vydávanie, overovanie a uznávanie interoperabilných potvrdení o očkovaní proti

ochoreniu COVID-19, o vykonaní testu a prekonaní tohto ochorenia (digitálny COVID preukaz EÚ) s cieľom uľahčiť voľný pohyb počas pandémie ochorenia COVID-19 (Ú. v. EÚ L 211, 15. 6. 2021).

35aakc) § 12 ods. 7 písm. c) zákona č. 153/2013 Z. z. v znení zákona č. 252/2021 Z. z.

35aakd) § 10d ods. 1 zákona č. 576/2004 Z. z. v znení zákona č. 267/2022 Z. z.

35aake) § 10e ods. 3 písm. b) a c) zákona č. 576/2004 Z. z. v znení zákona č. 267/2022 Z. z.

35aakf) § 3a ods. 28 písm. e) zákona č. 153/2013 Z. z. v znení zákona č. 361/2024 Z. z.

35aal) § 3 ods. 1 písm. c) zákona č. 523/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.

35aam) § 2, § 2a a 2b zákona č. 577/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.

35aan) § 10 ods. 1 písm. k) zákona č. 358/2021 Z. z.

35ab) § 60b ods. 4 zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení zákona č. 358/2007 Z. z.

35ac) § 39 ods. 1 písm. d) zákona č. 540/2021 Z. z. v znení zákona č. 518/2022 Z. z.

35b) § 9 ods. 4 zákona č. 580/2004 Z. z.

35ba) § 87a až 87d zákona č. 363/2011 Z. z. v znení zákona č. 81/2021 Z. z.

35bb) § 27d zákona č. 580/2004 Z. z. v znení zákona č. 392/2022 Z. z.

35bc) § 27e zákona č. 580/2004 Z. z. v znení zákona č. 392/2022 Z. z.

35c) Príloha č. 2 k zákonu č. 577/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.

35ca) 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).

Zákon č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

35cb) § 9 ods. 7 písm. c) zákona č. 580/2004 Z. z. v znení zákona č. 356/2016 Z. z.

35cc) Napríklad zákon č. 576/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov, zákon č. 578/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov, zákon č. 580/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov, zákon č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, zákon č. 362/2011 Z. z. v znení neskorších predpisov, zákon č. 153/2013 Z. z. v znení neskorších predpisov.

35cd) Civilný sporový poriadok, Civilný mimosporový poriadok, Správny súdny poriadok, Správny poriadok.

35cf) § 4 ods. 2 písm. a) zákona č. 122/2013 Z. z.

35d) § 5 ods. 1 písm. a) až h), j) a k) a ods. 2 a 3 zákona č. 595/2003 Z. z. o dani z príjmov v znení neskorších predpisov.

35e) § 12 ods. 1 písm. a) druhý bod a písm. d) druhý bod zákona č. 580/2004 Z. z. v znení zákona č. 338/2013 Z. z.

35f) § 29 ods. 2 zákona č. 363/2011 Z. z.

36) Zákon č. 530/2003 Z. z. o obchodnom registri a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení zákona č. 432/2004 Z. z.

37) Zákon č. 580/2004 Z. z.

38) § 17 ods. 7 a § 19 ods. 11 zákona č. 580/2004 Z. z. v znení zákona č. 352/2005 Z. z.

38a) § 18 ods. 1 zákona č. 580/2004 Z. z. v znení zákona č. 352/2005 Z. z.

38ab) § 17a ods. 6 zákona č. 580/2004 Z. z. v znení zákona č. 351/2018 Z. z.

38b) § 9 ods. 4 zákona č. 580/2004 Z. z.

38d) § 27 ods. 8 a § 27a ods. 9 zákona č. 580/2004 Z. z. v znení zákona č. 352/2005 Z. z.

39) § 26 zákona č. 580/2004 Z. z.

39a) § 10 ods. 11 a 12 zákona č. 580/2004 Z. z. v znení zákona č. 121/2010 Z. z.

39c) § 27 ods. 8 zákona č. 580/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.

39d) § 27a ods. 9 zákona č. 580/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.

39e) § 28 ods. 8 zákona č. 580/2004 Z. z. v znení zákona č. 185/2012 Z. z.
39f) § 19 ods. 16 zákona č. 580/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.
40) § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. v znení zákona č. 350/2005 Z. z.
40a) § 4 ods. 6 zákona č. 576/2004 Z. z. v znení zákona č. 185/2014 Z. z.
40aa) Zákon č. 231/2019 Z. z. o výkone detencie a o zmene a doplnení niektorých zákonov.
40aaa) § 19 až 21 zákona č. 576/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.
40b) § 10a ods. 2 písm. c) a d) zákona č. 576/2004 Z. z.
41) Nariadenie Rady (EHS) č. 574/72 z 21. marca 1972, ktorým sa ustanovuje postup na vykonávanie nariadenia Rady (EHS) č. 1408/71 o uplatňovaní systémov sociálneho zabezpečenia na zamestnané osoby, samostatne zárobkovo činné osoby a ich rodinných príslušníkov, ktorí sa pohybujú v rámci spoločenstva (Úradný vestník Európskych spoločenstiev L 28, 30.01.1977) v platnom znení.
41aa) § 35 zákona č. 131/2002 Z. z. o vysokých školách a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.
41aaa) § 120 ods. 5 zákona č. 461/2003 Z. z. v znení zákona č. 266/2017 Z. z.
41aab) § 25 ods. 1 písm. f) druhý bod zákona č. 580/2004 Z. z. v znení zákona č. 250/2011 Z. z.
41aac) § 81 ods. 1 písm. a) zákona č. 578/2004 Z. z. v znení zákona č. 285/2023 Z. z.
41aaca) § 5c, 5d, § 6e zákona č. 578/2004 Z. z. v znení zákona č. 540/2021 Z. z.
41aacb) § 10b zákona č. 576/2004 Z. z. v znení zákona č. 2/2022 Z. z.

§ 152a zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení zákona č. 2/2022 Z. z.
41aad) § 6 ods. 9 zákona č. 580/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.
41ab) § 3 ods. 1 zákona č. 7/2005 Z. z. o konkurze a reštrukturalizácii a o zmene a doplnení niektorých zákonov.
41b) § 4 zákona č. 578/2004 Z. z.
41ba) § 16 ods. 15 zákona č. 580/2004 Z. z. v znení zákona č. 421/2012 Z. z.
41bc) § 11 zákona č. 578/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.
41bd) § 68 zákona č. 578/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.
41be) § 14 ods. 1 písm. a) zákona č. 153/2013 Z. z.
41bea) § 14 ods. 1 písm. f) zákona č. 153/2013 Z. z. v znení zákona č. 361/2024 Z. z.
41bf) § 153 zákona č. 461/2003 Z. z. v znení neskorších predpisov.

Zákon č. 328/2002 Z. z. o sociálnom zabezpečení policajtov a vojakov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.
41bfa) § 8 ods. 4 zákona č. 131/2010 Z. z. o pohrebníctve v znení neskorších predpisov.
41bfb) § 11 ods. 3 zákona č. 131/2010 Z. z. v znení neskorších predpisov.
41bfc) § 13 ods. 3 zákona č. 131/2010 Z. z. v znení neskorších predpisov.
41bfd) § 17 ods. 4 zákona č. 131/2010 Z. z. v znení neskorších predpisov.
41bg) Zákon č. 453/2003 Z. z. o orgánoch štátnej správy v oblasti sociálnych vecí, rodiny a služieb zamestnanosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.
41c) § 3 až 11 zákona č. 140/1998 Z. z. v znení neskorších predpisov.
41d) § 7 a 11 zákona č. 578/2004 Z. z. v znení zákona č. 351/2005 Z. z.
41e) § 7 až 11 zákona č. 140/1998 Z. z. v znení neskorších predpisov.
41g) Zákon č. 577/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.

Zákon č. 362/2011 Z. z. v znení neskorších predpisov.

Zákon č. 363/2011 Z. z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

Nariadenie vlády Slovenskej republiky č. 776/2004 Z. z., ktorým sa vydáva Katalóg zdravotných výkonov v znení nariadenia vlády Slovenskej republiky č. 233/2005 Z. z.

Nariadenie vlády Slovenskej republiky č. 777/2004 Z. z., ktorým sa vydáva Zoznam chorôb, pri ktorých sa zdravotné výkony čiastočne uhrádzajú alebo sa neuhrádzajú na základe verejného zdravotného poistenia.

41h) Zákon č. 578/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.

41i) § 11 ods. 4 zákona č. 576/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.

41j) § 17 zákona č. 576/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.

41k) § 9 zákona č. 578/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.

§ 4, 11 a 12 zákona č. 576/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.

41l) Nariadenie Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) č. 1024/2012 z 25. októbra 2012 o administratívnej spolupráci prostredníctvom informačného systému o vnútornom trhu a o zrušení rozhodnutia Komisie 2008/49/ES („nariadenie o IMI“) (Ú. v. EÚ L 316, 14. 11. 2012).

42) § 42 ods. 2 Zákonníka práce.

43) § 53 zákona č. 131/2002 Z. z. o vysokých školách a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

44) § 7 ods. 2 Občianskeho zákonníka.

§ 220 až 230 Civilného mimosporového poriadku.

44b) Napríklad § 20 zákona č. 39/1993 Z. z. o Najvyššom kontrolnom úrade Slovenskej republiky v znení neskorších predpisov, § 140 až 184 zákona č. 343/2015 Z. z. o verejnom obstarávaní a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

45) Zákon č. 291/2002 Z. z. o Štátnej pokladnici a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

45b) Zákon č. 297/2008 Z. z. o ochrane pred legalizáciou príjmov z trestnej činnosti a o ochrane pred financovaním terorizmu a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

46) § 41 ods. 2 a § 116 až 152 Trestného zákona.

47) § 10 zákona č. 330/2007 Z. z. o registri trestov a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

48) Zákon č. 7/2005 Z. z. v znení neskorších predpisov.

49) Zákon č. 595/2003 Z. z. o dani z príjmov v znení neskorších predpisov.

49a) § 170 ods. 21 zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení zákona č. 221/2019 Z. z.

§ 25 ods. 5 zákona č. 580/2004 Z. z. v znení zákona č. 221/2019 Z. z.

50) Zákon č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov.

Zákon č. 580/2004 Z. z.

50a) Napríklad § 8 písm. b) zákona č. 566/2001 Z. z. v znení neskorších predpisov, § 4 ods. 11 zákona č. 429/2002 Z. z. v znení zákona č. 747/2004 Z. z., § 48 ods. 11 zákona č. 43/2004 Z. z. o starobnom dôchodkovom sporení a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení zákona č. 747/2004 Z. z., § 23 ods. 11 zákona č. 650/2004 Z. z. o doplnkovom dôchodkovom sporení a o zmene a doplnení niektorých zákonov, § 3 písm. a) zákona č. 8/2008 Z. z. v znení neskorších predpisov, § 23 ods. 1 zákona č. 186/2009 Z. z. o finančnom sprostredkovaní a finančnom poradenstve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, § 2 ods. 31 zákona č. 492/2009 Z. z. o platobných službách a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení zákona č. 394/2011 Z. z., § 28 ods. 10 zákona č. 203/2011 Z. z. o kolektívnom investovaní.
51) § 2 ods. 1 a 8 zákona č. 483/2001 Z. z. o bankách a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.
52) § 54 ods. 1 a 5 zákona č. 566/2001 Z. z. v znení neskorších predpisov.
53) § 3 ods. 1 zákona č. 594/2003 Z. z. o kolektívnom investovaní a o zmene a doplnení niektorých zákonov.
54) § 4 a 6 zákona č. 8/2008 Z. z.
55) Zákon č. 650/2004 Z. z. o doplnkovom dôchodkovom sporení a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.
56) Zákon č. 43/2004 Z. z. o starobnom dôchodkovom sporení a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.
57) § 116 Občianskeho zákonníka.
57a) Zákon č. 315/2016 Z. z. o registri partnerov verejného sektora a o zmene a doplnení niektorých zákonov.
57aa) § 10 ods. 4 zákona č. 330/2007 Z. z. v znení zákona č. 91/2016 Z. z.
57b) § 3 ods. 3 zákona č. 315/2016 Z. z.
58) § 47 zákona č. 71/1967 Zb. o správnom konaní (správny poriadok) v znení neskorších predpisov.
59) § 68 ods. 3 písm. c) Obchodného zákonníka.
60) § 1 ods. 2 nariadenia vlády Slovenskej republiky č. 42/2004 Z. z. o Obchodnom vestníku.
61) § 68 ods. 3 písm. e) Obchodného zákonníka.
61a) § 128 ods. 1 Trestného zákona.
61ab) § 4 zákona č. 382/2004 Z. z. o znalcoch, tlmočníkoch a prekladateľoch a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.
61ac) § 36 Správneho poriadku.
61b) § 33 zákona č. 578/2004 Z. z. v znení zákona č. 351/2005 Z. z.
61c) § 33 ods. 6 zákona č. 578/2004 Z. z. v znení zákona č. 351/2005 Z. z.
62) Zákon č. 71/1967 Zb. v znení neskorších predpisov.
62a) Zákon č. 305/2013 Z. z. v znení neskorších predpisov.
62aa) § 18 až 25 zákona č. 576/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.
63) § 25 ods. 1 písm. f) zákona č. 576/2004 Z. z.
63a) § 89 ods. 9 Trestného zákona.
63aa) Napríklad § 5 ods. 4, § 18 ods. 3, § 49 zákona č. 576/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov a § 30a ods. 4 a 5, 64 ods. 6 a § 80 ods. 3 až 7 zákona č. 578/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.
63c) § 27 ods. 1 písm. a) zákona č. 578/2004 Z. z. v znení zákona č. 192/2009 Z. z.
63d) § 7 ods. 4 písm. a) zákona č. 578/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.
63e) § 2 ods. 4 zákona č. 576/2004 Z. z. znení zákona č. 77/2015 Z. z.
63g) § 7 ods. 1 písm. a) prvý bod zákona č. 576/2004 Z. z.
63h) § 7 ods. 1 písm. a) tretí bod zákona č. 576/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.

63i) § 79 ods. 1 písm. za) zákona č. 578/2004 Z. z. v znení zákona č. 257/2017 Z. z.
63j) § 8a ods. 1 písm. a) zákona č. 576/2004 Z. z. v znení zákona č. 257/2017 Z. z.
63k) § 77 zákona č. 281/2015 Z. z. o štátnej službe profesionálnych vojakov a o zmene a doplnení niektorých zákonov.
65) § 142 Trestného poriadku.
66) § 43 ods. 2 zákona č. 576/2004 Z. z.
67) § 43 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.
68) § 37 ods. 2 zákona č. 576/2004 Z. z.
68a) § 13 ods. 1 zákona Národnej rady Slovenskej republiky č. 278/1993 Z. z. o správe majetku štátu v znení neskorších predpisov.
68aa) § 7 ods. 3 písm. h) zákona č. 578/2004 Z. z. v znení zákona č. 428/2015 Z. z.
69) § 43 zákona č. 71/1967 Zb. v znení neskorších predpisov.
71) § 81 ods. 1 písm. a) a b) zákona č. 578/2004 Z. z. v znení zákona č. 351/2005 Z. z.
71a) § 79 ods. 1 písm. w) zákona č. 578/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.
71aa) Napríklad § 79 ods. 1 písm. d) a e), § 98 ods. 1 a 2 zákona č. 448/2008 Z. z. v znení neskorších predpisov.
71b) § 4 ods. 8 zákona č. 576/2004 Z. z. v znení zákona č. 2/2022 Z. z.
72) Zákon č. 599/2001 Z. z. o osvedčovaní listín a podpisov na listinách obvodnými úradmi a obcami v znení zákona č. 515/2003 Z. z.
73) § 70 až 75a a § 219 až 220a Obchodného zákonníka.
74) § 69 a 70 Zákonníka práce.
75) § 63 Zákonníka práce.
76) § 55 ods. 2 písm. d) Zákonníka práce.
77) § 42a a 42b Občianskeho zákonníka.
80) § 566 až 576 Obchodného zákonníka.
80a) § 28 ods. 1 zákona č. 580/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.
80b) § 27 zákona č. 580/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.
80c) § 27 ods. 2 písm. a) zákona č. 580/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.
80d) § 5 ods. 2 a 3 zákona č. 580/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.
81) § 99 ods. 3 písm. a) a § 107 zákona č. 566/2001 Z. z. v znení neskorších predpisov.
81a) Zákon č. 580/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.

Zákon č. 576/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.

Zákon č. 577/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.

§ 38 zákona č. 540/2021 Z. z.
81b) § 10 zákona č. 580/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.
82) § 181 Správneho súdneho poriadku.
82a) § 3 ods. 3 zákona č. 7/2005 Z. z. v znení zákona č. 520/2005 Z. z.
82aa) Zákon č. 56/2018 Z. z. o posudzovaní zhody výrobku, sprístupňovaní určeného výrobku na trhu a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Zákon č. 505/2009 Z. z. o akreditácii orgánov posudzovania zhody a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.
83) § 154 a § 162 až 176 Obchodného zákonníka.

§ 2 zákona č. 530/2003 Z. z.
84) § 3 zákona č. 530/2003 Z. z.
85) § 163 Obchodného zákonníka.
86) § 27 Zákonníka práce.
87) § 8 ods. 2 zákona č. 530/2003 Z. z.
88) § 8 ods. 3 zákona č. 530/2003 Z. z.
89) § 8 ods. 5 zákona č. 530/2003 Z. z.
90) § 286 Civilného mimosporového poriadku.
90a) Napríklad § 26 ods. 11 zákona č. 576/2004 Z. z. v znení zákona č. 662/2007 Z. z., § 2 ods. 3, § 3 ods. 6 a 11, § 7 ods. 4 a § 42 zákona č. 577/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov, § 7, § 19 a 23 zákona č. 580/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov, § 21 ods. 9, § 25 ods. 1 písm. d), § 29 ods. 16, § 40 ods. 6, § 41 ods. 5 a 7, § 43 písm. r), § 44 písm. m) a o), § 45 ods. 4 a § 120 ods. 15 zákona č. 362/2011 Z. z. v znení neskorších predpisov, § 3 ods. 2 a § 4 zákona č. 363/2011 Z. z. v znení neskorších predpisov, § 5 ods. 6 písm. f) a g) zákona č. 153/2013 Z. z. v znení neskorších predpisov.
91) § 12 ods. 1 Trestného poriadku.
92) § 2 ods. 1 zákona č. 150/2001 Z. z. o daňových orgánoch a ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 440/2002 Z. z. o správach finančnej kontroly v znení zákona č. 182/2002 Z. z.
92a) § 2 ods. 2 zákona č. 652/2004 Z. z. o orgánoch štátnej správy v colníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov.
92b) Napríklad § 4 ods. 3 písm. c) zákona Slovenskej národnej rady č. 369/1990 Zb. o obecnom zriadení v znení neskorších predpisov.
93) § 2 zákona Národnej rady Slovenskej republiky č. 171/1993 Z. z. o Policajnom zbore v znení neskorších predpisov.
93a) § 17 až 30 zákona č. 215/2004 Z. z. o ochrane utajovaných skutočností a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.
94) § 45 zákona Národnej rady Slovenskej republiky č. 233/1995 Z. z. o súdnych exekútoroch a exekučnej činnosti (Exekučný poriadok) a o zmene a doplnení ďalších zákonov v znení neskorších predpisov.
95a) Zákon č. 125/2006 Z. z. o inšpekcii práce a o zmene a doplnení zákona č. 82/2005 Z. z. o nelegálnej práci a nelegálnom zamestnávaní a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení zákona č. 309/2007 Z. z.
95b) Napríklad zákon Slovenskej národnej rady č. 51/1988 Zb. o banskej činnosti, výbušninách a o štátnej banskej správe v znení neskorších predpisov, zákon č. 73/1998 Z. z. o štátnej službe príslušníkov Policajného zboru, Slovenskej informačnej služby, Zboru väzenskej a justičnej stráže Slovenskej republiky a Železničnej polície v znení neskorších predpisov, zákon č. 200/1998 Z. z. o štátnej službe colníkov a o zmene a doplnení niektorých ďalších zákonov v znení neskorších predpisov.
95ba) Ústavný zákon č. 493/2011 Z. z. o rozpočtovej zodpovednosti.
95bb) § 3 ods. 3 písm. f) zákona č. 355/2007 Z. z.
95bc) Zákon č. 260/2025 Z. z. o adresnej energopomoci a o zmene a doplnení niektorých zákonov.
95bd) Napríklad čl. 127 Zmluvy o fungovaní Európskej únie (Ú. v. EÚ C 202, 7. 6. 2016), Protokol o Štatúte Európskeho systému centrálnych bánk a Európskej centrálnej banky (Ú. v. EÚ C 310, 16. 12. 2004), nariadenie Rady (ES) č. 2533/98 z 23. novembra 1998 o zbere štatistických informácií Európskou centrálnou bankou (Mimoriadne vydanie Ú. v. EÚ, kap. 01/zv. 03; Ú. v. ES, L 318, 27. 11. 1998) v platnom znení, zákon Národnej rady Slovenskej republiky č. 566/1992 Zb. o Národnej banke Slovenska v znení neskorších predpisov, zákon Národnej rady Slovenskej republiky č. 202/1995 Z. z. Devízový zákon a zákon, ktorým sa mení a dopĺňa zákon Slovenskej národnej rady č. 372/1990 Zb. o priestupkoch v znení neskorších predpisov v znení neskorších predpisov, zákon

Národnej rady Slovenskej republiky č. 118/1996 Z. z. o ochrane vkladov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, zákon č. 483/2001 Z. z. o bankách a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, zákon č. 566/2001 Z. z. o cenných papieroch a investičných službách a o zmene a doplnení niektorých zákonov (zákon o cenných papieroch) v znení neskorších predpisov, zákon č. 747/2004 Z. z. o dohľade nad finančným trhom a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, zákon č. 492/2009 Z. z. o platobných službách a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

95c) § 2 zákona č. 453/2003 Z. z.

95ca) Nariadenie Európskeho parlamentu a Rady (ES) č. 883/2004 z 29. apríla 2004 o koordinácii systémov sociálneho zabezpečenia (Mimoriadne vydanie Ú. v. EÚ, kap. 5/ zv. 5; Ú. v. EÚ L 166, 30. 4. 2004) v platnom znení.

95d) Zákon č. 5/2004 Z. z. o službách zamestnanosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

95e) Napríklad zákon č. 417/2013 Z. z. o pomoci v hmotnej núdzi a o zmene a doplnení niektorých zákonov, zákon č. 447/2008 Z. z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

95f) § 25 zákona č. 580/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.

95fa) Napríklad zákon č. 153/2013 Z. z. v znení neskorších predpisov.

95fb) § 39 a 40 zákona č. 540/2021 Z. z.

95fc) § 20 až 76 zákona č. 404/2011 Z. z. v znení neskorších predpisov.

95g) § 2 ods. 1 a § 3 ods. 2 zákona č. 211/2000 Z. z. o slobodnom prístupe k informáciám a o zmene a doplnení niektorých zákonov (zákon o slobode informácií) v znení neskorších predpisov.

96) § 167 a 168 Trestného zákona.

97) Zákon č. 514/2003 Z. z. o zodpovednosti za škodu spôsobenú pri výkone verejnej moci a o zmene niektorých zákonov.

97a) § 17b zákona č. 580/2004 Z. z. v znení zákona č. 499/2010 Z. z.

97aa) § 29b zákona č. 580/2004 Z. z. v znení zákona č. 351/2018 Z. z.

97b) § 68 ods. 6 a 8 zákona č. 8/2009 Z. z. o cestnej premávke a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

98) Zákon č. 176/2004 Z. z. o nakladaní s majetkom verejnoprávnych inštitúcií a o zmene zákona Národnej rady Slovenskej republiky č. 259/1993 Z. z. o Slovenskej lesníckej komore v znení zákona č. 464/2002 Z. z.

98a) § 566 až 576 Obchodného zákonníka.

98b) Zákon č. 231/1999 Z. z. o štátnej pomoci v znení neskorších predpisov.

98c) § 18 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z.

98d) § 524 až 530 Občianskeho zákonníka.

98e) § 8 zákona č. 374/2014 Z. z. o pohľadávkach štátu a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

99) Zákon č. 25/2006 Z. z. o verejnom obstarávaní a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení zákona č. 282/2006 Z. z.

100) Zákon č. 566/2001 Z. z. v znení neskorších predpisov.

§ 156 ods. 7 Obchodného zákonníka.

102) § 49k zákona č. 576/2004 Z. z. v znení zákona č. 125/2020 Z. z.

103) § 79 ods. 1 písm. bi) zákona č. 578/2004 Z. z. v zmení neskorších predpisov.

104) § 10a ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z.

105) § 7 ods. 3 písm. e) zákona č. 578/2004 Z. z.

106) § 7 ods. 3 písm. g) zákona č. 578/2004 Z. z.

107) § 7 ods. 4 písm. c) zákona č. 578/2004 Z. z.

108) § 12 ods. 2 zákona č. 580/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.
109) § 102be ods. 1 zákona č. 578/2004 Z. z. v znení zákona č. 30/2026 Z. z.
110) § 102be ods. 5 zákona č. 578/2004 Z. z. v znení zákona č. 30/2026 Z. z.
111) § 102be ods. 6 písm. a) zákona č. 578/2004 Z. z. v znení zákona č. 30/2026 Z. z.
112) § 27 ods. 1 písm. d) a e) zákona č. 578/2004 Z. z. v znení zákona č. 192/2009 Z. z.
113) § 102be ods. 7 zákona č. 578/2004 Z. z. v znení zákona č. 30/2026 Z. z.