

Zmluva č. 33NSP2000122

o poskytovaní a úhrade zdravotnej starostlivosti, lekárenskej starostlivosti a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti

(ďalej len „zmluva“)

Čl. 1 Zmluvné strany

1.1. Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.

sídlo: Panónska cesta 2, 851 04 Bratislava – mestská časť Petržalka
zastúpená: Ing. Richard Strapko, predseda predstavenstva
MUDr. Beata Havelková, MPH, MBA podpredsedníčka predstavenstva
IČO: 35937874
IČ DPH: SK2022027040
Osoba oprávnená konať vo veci zmluvy: Mgr. Ivana Pačková
regionálna riaditeľka oddelenia nákupu ZS
Kontaktná adresa: 1. mája 34, 010 01 Žilina
banka: Štátna pokladnica
číslo účtu:
zápis: Obchodný register Okresného súdu Bratislava I, odd.: Sa, vložka č. 3602/B
(ďalej len „poisťovňa“)

1.2. Dolnooravská nemocnica s poliklinikou MUDr. L. Nádaši Jágeho Dolný Kubín

sídlo: ul. Nemocničná 1944/10, 026 14 Dolný Kubín
zastúpený: PhDr. Jozefom Mintálom
IČO: 00634905
banka: Štátna pokladňa
číslo účtu:
identifikátor poskytovateľa: P51283
(ďalej len „poskytovateľ“)

uzatvárajú túto zmluvu

v súlade s § 7 zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 581/2004 Z. z.“), na základe splnenia kritérií týkajúcich sa personálneho a materiálne-technického vybavenia a indikátorov kvality, v súlade so zákonom č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 576/2004 Z. z.“), v súlade so zákonom č. 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov, v súlade so zákonom č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve v znení neskorších predpisov (ďalej len zákon č. 578/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov), v súlade so zákonom č. 579/2004 Z. z. o záchranej zdravotnej službe v znení neskorších predpisov, v súlade so zákonom č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 580/2004 Z. z.“), v súlade so zákonom č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, v súlade so zákonom č. 513/1991 Zb. Obchodný zákonník v znení neskorších predpisov (ďalej len „Obchodný zákonník“), v súlade so zákonom č. 18/1996 Z. z. o cenách v znení neskorších predpisov, v súlade s nariadením Európskeho parlamentu a Rady č. 883/2004 o koordinácii systémov sociálneho zabezpečenia a v súlade s nariadením Európskeho parlamentu a Rady (ES) č. 987/2009, ktorým sa stanovuje postup vykonávania nariadenia (ES) č. 883/2004 o koordinácii systémov sociálneho zabezpečenia, nariadeniami vlády, vyhláškami a ostatnými vykonávacími a súvisiacimi predpismi, ktoré sú vydávané na základe všeobecne záväzných právnych predpisov SR a ktoré sa vzťahujú na

poskytovanie zdravotnej starostlivosti vždy v platnom znení, opatrením Ministerstva zdravotníctva SR č. 07045/2003, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva v platnom znení, výnosom Ministerstva zdravotníctva SR o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení v platnom znení, odbornými usmerneniami, smernicami, metodikami, koncepciami a inými obdobnými predpismi, ktoré na základe všeobecne záväzných právnych predpisov SR v medziach svojich právomocí vydáva Ministerstvo zdravotníctva SR, Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou a/alebo iné ústredné orgány štátnej správy, ktoré sa obvykle zverejňujú vo vestníkoch a ktoré sa vzťahujú na poskytovanie zdravotnej starostlivosti, vždy v platnom znení.

Čl. 2 Predmet zmluvy

- 2.1. Predmetom tejto zmluvy je zabezpečovanie poskytovania a úhrada zdravotnej starostlivosti, lekárenskej starostlivosti a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti (ďalej len „zdravotná starostlivosť“), v cenách, rozsahu a za podmienok stanovených v tejto zmluve, jej prílohách a Všeobecných zmluvných podmienkach, ktoré sú zverejnené na webovom sídle poisťovne www.vszp.sk pod názvom „Všeobecné zmluvné podmienky účinné od 1.7.2022“ (ďalej aj len „VZP“) a tvoria Prílohu č. 5 tejto zmluvy. Odchylné dojednania zmluvy majú prednosť pred znením VZP.
- 2.2. Poskytovateľ poskytuje poisťovni, poisťovni členských štátov Európskej únie, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu a Švajčiarska, cudzincom zo štátov, s ktorými má Slovenská republika uzatvorené dohody o poskytnutí zdravotnej starostlivosti a bezdomovcom, zdravotnú starostlivosť vo forme, druhu, špecializačnom odbore a na mieste prevádzkovania zdravotníckeho zariadenia uvedených v Prílohe č. 2b, 2c, 2d, 2e, 2j, 2l, 2o, 2r tejto zmluvy.

Čl. 3 Základné práva a povinnosti zmluvných strán

- 3.1. Poisťovňa sa zaväzuje v súlade s touto zmluvou, VZP a príslušnými všeobecne záväznými právnymi predpismi SR uhradiť poskytovateľovi zdravotnú starostlivosť uhrádzanú na základe verejného zdravotného poistenia v cene a v rozsahu dohodnutom v tejto zmluve, poskytnutú jej poisťovni a poisťovni členských štátov Európskej únie, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu a Švajčiarska, cudzincom zo štátov, s ktorými má Slovenská republika uzatvorené dohody o poskytnutí zdravotnej starostlivosti a bezdomovcom.
- 3.2. Poskytovateľ sa zaväzuje najmä:
 - 3.2.1. poskytovať poisťovni a ostatným osobám podľa bodu 3.1. zdravotnú starostlivosť v súlade s touto zmluvou, jej prílohami a VZP;
 - 3.2.2. poskytovať poisťovni a ostatným osobám podľa bodu 3.1. zdravotnú starostlivosť aj v prípade, že tieto osoby nie sú dispenzarizované poskytovateľom;
 - 3.2.3. zabezpečiť poskytovanie zdravotnej starostlivosti definovanej v Čl. 2 zmluvy;
 - 3.2.4. spĺňať kritériá na uzatvorenie zmluvy počas celej doby trvania zmluvy, pokiaľ sa tieto na poskytovateľa vzťahujú; kritériá na uzatvorenie zmluvy tvoria Prílohu č. 3 tejto zmluvy; kritériá na uzatváranie zmlúv pre odbor klinická biochémia, laboratórna medicína, klinická imunológia a alergológia a lekárska genetika tvoria Prílohu č. 6 tejto zmluvy.

Čl. 4 Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti

- 4.1. Zmluvné strany sa dohodli na úhrade za poskytnutú zdravotnú starostlivosť v cenách a za podmienok, ktoré sú uvedené v čl. 6 a v prílohách tejto zmluvy.

Čl. 5

Rozsah zdravotnej starostlivosti

- 5.1. Zmluvné strany sa dohodli na rozsahu zdravotnej starostlivosti poskytovanej poskytovateľom, ktorý je uvedený v Prílohe č. 2b, 2c, 2d, 2e, 2j, 2l, 2o, 2r tejto zmluvy.
- 5.2. Rozsah zdravotnej starostlivosti poskytovanej poskytovateľom sa dohoduje v členení a štruktúre uvedenej v Prílohe č. 2b, 2c, 2d, 2e, 2j, 2l, 2o, 2r tejto zmluvy.

Čl. 6

Úhrada zdravotnej starostlivosti

- 6.1. S cieľom stabilizácie a efektívneho vynakladania finančných prostriedkov zo zdrojov verejného zdravotného poistenia na úhradu zdravotnej starostlivosti sa zmluvné strany vo vzťahu k poskytnutej a uznanej zdravotnej starostlivosti špecifikovanej v Prílohe č. 2o tejto zmluvy, bod II. Maximálny rozsah úhrady zdravotnej starostlivosti, dohodli na úhrade poskytnutej a uznanej zdravotnej starostlivosti aj prostredníctvom prospektívneho rozpočtu (ďalej len „PRUZZ“).
- 6.2. Zdravotná starostlivosť, ktorá nie je zahrnutá do úhrady zdravotnej starostlivosti prostredníctvom prospektívneho rozpočtu je uhrádzaná spôsobom v zmysle Prílohy č. 1b, 1c, 1d, 1e, 1j, 1l, 1o, 1r, Prílohy č. 2b, 2c, 2d, 2e, 2j, 2l, 2o, 2r tejto zmluvy.
- 6.3. Výška prospektívneho rozpočtu sa stanovuje na jeden kalendárny mesiac s platnosťou viazanou v Prílohe č. 2o tejto zmluvy. Stanovenie prospektívneho rozpočtu je viazané na percentuálne hranice pre zmenu PRUZZ podľa Prílohy č. 2o tejto zmluvy, pričom poisťovňa po ukončení každého kalendárneho štvrtroka na základe vyhodnotenia plnenia PRUZZ za dva bezprostredne predchádzajúce kalendárne štvrtroky vykoná jeho prehodnotenie.
- 6.4. Výška prospektívneho rozpočtu na jeden kalendárny mesiac je uvedená v Prílohe č. 2o tejto zmluvy.
- 6.5. Spôsob vyhodnocovania plnenia PRUZZ je uvedený v Prílohe č. 2o tejto zmluvy.
- 6.6. Zmluvné strany sa dohodli v lehote do 10 pracovných dní odo dňa doručenia písomnej požiadavky ktorejkoľvek zmluvnej strany pristúpiť k rokovaniu o uzatvorení dodatku k tejto zmluve, ktorým sa upraví výška PRUZZ na jeden kalendárny mesiac, ak:
 - 6.6.1. poskytovateľ plánuje pristúpiť k zmene alebo dôjde k zmene rozsahu alebo druhu zdravotnej starostlivosti podľa Prílohy č. 2o tejto zmluvy, ktorú poskytovateľ poskytuje,
 - 6.6.2. tak bude vyžadovať neskôr prijatá legislatívna úprava,
 - 6.6.3. poisťovňa zistí nedostatky v účelnosti, efektívnosti a hospodárnosti vynakladania prostriedkov verejného zdravotného poistenia, rozsahu a kvalite poskytovanej zdravotnej starostlivosti, dodržiavaní všeobecne záväzných právnych predpisov SR a zmluvných podmienok v dôsledku konania poskytovateľa.
- 6.7. V prípade vzniku dôvodov na zmenu výšky prospektívneho rozpočtu na jeden kalendárny mesiac v zmysle bodu 6.6. sa zmluvné strany zaväzujú uzatvoriť dodatok k tejto zmluve, pričom upravená výška prospektívneho rozpočtu na jeden kalendárny mesiac sa uplatní od začiatku najbližšieho kalendárneho štvrtroka.

Čl. 7

Osobitné ustanovenia

- 7.1. Zmluvné strany sú povinné zachovávať mlčanlivosť o skutočnostiach týkajúcich sa poskytovania zdravotnej starostlivosti na základe tejto zmluvy, okrem zákonom stanovenej oznamovacej povinnosti. Táto povinnosť trvá aj po ukončení platnosti zmluvy. Povinnosť zachovávať mlčanlivosť sa nevzťahuje na štatistický zber dát v zmysle príslušných právnych

predpisov alebo na žiadosť orgánov verejnej moci, najmä Národného centra zdravotníckych informácií a Ministerstva financií Slovenskej republiky.

- 7.2. Zmluvné strany sú povinné navzájom sa písomne informovať o každej zmene súvisiacej so zmluvným vzťahom (*vrátane zmien vo vozovom parku poskytovateľa*) do 7 kalendárnych dní odo dňa, kedy nastala zmena súvisiaca so zmluvným vzťahom a zmenu doložiť príslušnými dokladmi. Nárok na náhradu škody, ktorá vznikla neplnením uvedenej povinnosti druhej zmluvnej strane týmto nie je dotknutý.
- 7.3. Poisťovňa vykoná doučtovanie výkonov zdravotnej starostlivosti uhrádzanej mimo prospektívny rozpočet za kalendárny štvrťrok do výšky súčtu mesačných zmluvných rozsahov samostatne podľa jednotlivých typov zdravotnej starostlivosti spolu so zúčtovaním poskytnutej zdravotnej starostlivosti za posledný mesiac príslušného štvrťroka. Poisťovňa vykoná doučtovanie výkonov zdravotnej starostlivosti uhrádzanej mimo prospektívny rozpočet za celý kalendárny rok do výšky súčtu mesačných zmluvných rozsahov samostatne podľa jednotlivých typov zdravotnej starostlivosti do 31.03 nasledujúceho kalendárneho roka. V type ZS 800 sa štvrťročné doučtovanie v zmysle tohto bodu nevykonáva a vykonáva sa iba ročné doučtovanie.
- 7.4. Zmluvné strany berú na vedomie, že postúpenie pohľadávok podľa § 524 a nasl. zákona č. 40/1964 Zb. Občianskeho zákonníka v znení neskorších predpisov (ďalej len „OZ“) je bez predchádzajúceho súhlasu druhej zmluvnej strany, ktorá je dlžníkom, zakázané. Právny úkon, ktorým budú postúpené pohľadávky druhej zmluvnej strany v rozpore s predchádzajúcou vetou je podľa § 39 OZ neplatné. Súhlas zmluvnej strany, ktorá je dlžníkom, k postúpeniu pohľadávky je zároveň platný len za podmienky, že na takýto úkon bol udelený predchádzajúci písomný súhlas Ministerstva zdravotníctva SR.
- 7.5. Zmluvné strany sa zaviazali riešiť rozpory, ktoré sa týkajú plnenia záväzkov a povinností vyplývajúcich z tejto zmluvy prednostne dohodou. Výzva na riešenie rozporov musí byť písomná a doručená druhej zmluvnej strane. Pokiaľ nedôjde k vzájomnej dohode, môže sa ktorákoľvek zo zmluvných strán domáhať svojich práv súdnou cestou.
- 7.6. Poskytovateľ v zmysle § 30 ods. 1 zákona č. 540/2001 Z. z. o štátnej štatistike v znení neskorších predpisov súhlasí, aby boli poisťovní poskytované dôverné informácie zo strany Národného centra zdravotníckych informácií (ďalej len „NCZI“), a to v rozsahu a štruktúre, ako ich poskytovateľ predložil NCZI. Uvedené informácie budú zo strany poisťovne využité v súlade s § 15 ods. 1 písm. e) zákona č. 581/2004 Z. z. pri uzatváraní zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti tak, aby boli účelne, efektívne a hospodárne vynakladané finančné prostriedky z verejného zdravotného poistenia.
- 7.7. Zmluvné strany sa dohodli, že špecializovaná ambulantná zdravotná starostlivosť (ďalej len „ŠAS“) môže byť zazmluvnená, len ak budú splnené podmienky uvedené v bode 7.8.
- 7.8. Poskytovateľ sa zaväzuje, že
 - 7.8.1. ambulancia ŠAS spĺňa materiálno-technické vybavenie a personálne zabezpečenie podľa všeobecne záväzných právnych predpisov,
 - 7.8.2. ambulancia ŠAS poskytuje zdravotnú starostlivosť minimálne v čase zverejnených ordinačných hodín. Pri zníženom úväzku je minimálny rozsah ordinačných hodín v trvaní minimálne 7 hodín v rámci jedného dňa.
 - 7.8.3. poskytnutá zdravotná starostlivosť sa vykazuje na platný kód ambulancie ŠAS a kód lekára, ktorý zdravotnú starostlivosť poskytol,
 - 7.8.4. súčet všetkých pracovných úväzkov lekára poskytujúceho zdravotnú starostlivosť na kód ambulancie ŠAS a súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti je maximálne vo výške 1,2 lekárskeho miesta,
 - 7.8.5. lekár poskytujúci zdravotnú starostlivosť na kód ambulancie ŠAS môže predpisovať lieky a zdravotnícke pomôcky len pacientom, ktorým bola poskytnutá zdravotná starostlivosť na tejto ambulancii ŠAS,

- 7.8.6. pri odbornostiach ŠAS, ktoré sú špecifické (odbornosti pri ochoreniach s nízkym výskytom alebo vysokošpecializované odbory) a pri odbornostiach ŠAS, ktoré sú v príslušnom regióne nedostatkové, sa bude splnenie podmienok podľa bodu 7.8.2., 7.8.4, 7.8.5. posudzovať samostatne, pričom môžu byť zazmluvnené aj keď nebudú spĺňať podmienky.
- 7.9. Zmluvné strany sa dohodli na odchylných podmienkach od VZP nasledovne:
- 7.9.1. Zmluvné strany sa dohodli, že poskytovateľ je oprávnený vykázat poskytnutú zdravotnú starostlivosť a fakturovať ju najskôr po uplynutí príslušného zúčtovacieho obdobia. Poskytovateľ doručí poisťovni faktúru s prílohami najneskôr do 10 dní po uplynutí zúčtovacieho obdobia, v ktorej uvedená celková fakturovaná suma bude predstavovať súčet úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť uhrádzanú podľa Prílohy č. 1b, 1c, 1d, 1e, 1j, 1l, 1o, 1r a 2b, 2c, 2d, 2e, 2j, 2l, 2o, 2r tejto zmluvy. Odchylné od predchádzajúcej vety tohto článku je poskytovateľ oprávnený (nie však povinný) vystaviť osobitnú faktúru za poskytnutú zdravotnú starostlivosť uhrádzanú podľa Prílohy č. 2p, a to v lehote podľa druhej vety tohto článku. Celková fakturovaná suma musí byť zaokrúhlená na dve desatinné miesta nahor. V prípade doručenia faktúry pred uplynutím príslušného zúčtovacieho obdobia sa za deň doručenia faktúry považuje prvý kalendárny deň nasledujúceho mesiaca.
- 7.9.2. Zmluvné strany sa dohodli, že ak je vykonanou kontrolnou činnosťou podľa Čl. 6 VZP zistená nesprávne alebo nepravdivo vykázaná zdravotná starostlivosť, ktorá bola poisťovňou uhradená, poskytovateľ je povinný vrátiť takto uhradenú sumu poisťovni.
- 7.9.3. Ak je vykonanou kontrolnou činnosťou podľa Čl. 6 VZP zistená nesprávne alebo nepravdivo vykázaná zdravotná starostlivosť, ktorá bola poisťovňou uhradená a kontrolná činnosť poisťovne bola uzavretá v zmysle Čl. 6 VZP, suma nesprávne alebo nepravdivo vykázananej zdravotnej starostlivosti uvedená v protokole o kontrole predstavuje splatnú pohľadávku poisťovne, ktorú je poskytovateľ povinný poisťovni do 30 dní od uzavretia kontroly vrátiť, inak je poisťovňa oprávnená pohľadávku podľa tohto bodu započítať voči pohľadávke poskytovateľa podľa tejto zmluvy.
- 7.9.4. Ustanovenia Čl. 7 VZP nie sú bodmi 7.9.2. a 7.9.3. dotknuté.
- 7.9.5. Ak je vykonanou kontrolnou činnosťou podľa Čl. 6 VZP zistená nesprávne alebo nepravdivo vykázaná zdravotná starostlivosť, pri revidovaní faktúry pred úhradou, je poisťovňa oprávnená znížiť sumu úhrady o čiastku rovnajúcu sa sume kontrolných zistení, ktoré predstavujú pohľadávku poisťovne, ktorú je poisťovňa oprávnená započítať voči pohľadávke poskytovateľa podľa tejto zmluvy. Uvedený postup sa uplatňuje po predchádzajúcom zohľadnení celkovej sumy poskytovateľom vykázananej zdravotnej starostlivosti, vo vzťahu ku ktorej sa revízne zistenia prednostne započítavajú. Pri postupe podľa tohto bodu sa ustanovenia Čl. 6 body 3 až 9 VZP neuplatňujú. Podmienkou postupu podľa tohto bodu je písomné oznámenie poisťovne, voči ktorému môže poskytovateľ podať písomné výhrady v lehote do 30 dní. Podanie výhrad voči oznámeniu poisťovne nemá odkladný účinok.
- 7.10. Poskytovateľ berie na vedomie, že poisťovňa je povinná podľa § 15 ods. 1 písm. e) zákona č. 581/2004 Z. z. 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. Poskytovateľ berie na vedomie, že poisťovňa uzatvára zmluvy o podmienkach úhrady lieku podľa § 7a zákona č. 363/2011 Z. z., na základe ktorých sa poisťovňa s držiteľom registrácie liekov dohodne na hospodárnych podmienkach úhrady niektorých liekov podľa § 88 ods. 7, 8 a 9 zákona č. 363/2011 Z. z. Zoznam liekov, na ktoré má poisťovňa s držiteľom registrácie uzavretú zmluvu o podmienkach úhrady lieku podľa ustanovenia § 7a zákona č. 363/2011 Z. z., poisťovňa zverejní na svojom webovom sídle. Poskytovateľ sa zaväzuje postupovať pri preskripcii liekov uhrádzaných zdravotnou poisťovňou podľa § 88 ods. 7, 8 a 9 zákona č. 363/2011 Z. z. správne a efektívne tak, aby úhrada poisťovne za lieky podľa § 88 ods. 7, 8 a 9 zákona č. 363/2011 Z. z. bola v súlade s § 15 ods. 1 písm. e) zákona č. 580/2004 Z. z. správna a efektívna, pričom jeho povinnosť podľa § 79 ods. 1 písm. r) zákona č. 578/2004 Z. z. tým nie je žiadnym spôsobom dotknutá. Zároveň tým nijako nie je dotknutá povinnosť

poskytovateľa zabezpečiť, aby zdravotnícky pracovník u poskytovateľa pri predpisovaní a odporúčaní liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín dodržiaval ustanovenie odseku 9 prílohy č. 4 k zákonu č. 578/2004 Z. z. Etického kódexu zdravotníckeho pracovníka (časť Zdravotnícky pracovník a výkon jeho povolania), podľa ktorého sa pri predpisovaní a odporúčaní liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín zdravotnícky pracovník nesmie riadiť komerčnými hľadiskami, ale výlučne poznatkami lekárskej vedy, profesionálnym úsudkom, svojím svedomím a potrebou pacienta.

7.11. Poskytovateľ môže poistencovi predpísať individuálne zhotovovanú ortopedicko-protetickú zdravotnícku pomôcku podskupín I1 až I5 len vtedy, pokiaľ použitie sériovo vyrábanej zdravotníckej pomôcky je pre poistenca preukázateľne nevhodné. Poskytovateľ je povinný v preskripčnom zázname/lekárskom poukaze na zdravotnícku pomôcku uviesť všetky údaje vyplývajúce zo všeobecne záväzných právnych predpisov a ako kód zdravotníckej pomôcky uvedie číselný kód uvedený v Zozname zdravotníckych pomôcok plne uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia, Zozname kategorizovaných zdravotníckych pomôcok, či Zozname zdravotníckych pomôcok na mieru. Poskytovateľ v preskripčnom zázname/lekárskom poukaze v časti Odôvodnenie predpisu pomôcky medicínsky odôvodní nevhodnosť použitia sériovo vyrábaných zdravotníckych pomôcok rovnakého účelu určenia, ktoré sú zaradené v Zozname zdravotníckych pomôcok plne uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia. Pod nevhodnosťou použitia sa rozumie skutočnosť, že sériovo vyrábané zdravotnícke pomôcky neposkytujú poistencovi liečebný prínos alebo podporu stabilizácie zdravotného stavu primerané k diagnóze, ktorá bola poistencovi objektívne stanovená. Poskytovateľ je povinný uviesť v preskripčnom zázname/lekárskom poukaze podrobnejší opis zdravotníckej pomôcky na mieru, ktorá má byť zhotovená. Poskytovateľ berie na vedomie, že v prípade, ak poskytovateľ predpíše individuálne zhotovovanú ortopedicko-protetickú zdravotnícku pomôcku v rozpore s týmto bodom zmluvy alebo v rozpore s indikačnými alebo preskripčnými obmedzeniami, poisťovňa bude postupovať v súlade s ust. § 121 ods. 6 zákona č. 362/2011 Z.z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

7.12. Poskytovateľ je povinný najneskôr pri uzatvorení zmluvy predložiť poisťovni:

7.11.1. zoznam lekárov, ktorí budú v mene poskytovateľa poskytovať zdravotnú starostlivosť, s uvedením ich špecializačného odboru a rozsahu lekárskeho miesta /lekárskym miestom sa rozumie výkon činnosti lekára s príslušnou odbornou spôsobilosťou v rozsahu 1,0 úväzku ustanoveného fondu pracovného času u poskytovateľa v súlade so Zákonníkom práce, ak ide o rizikové činnosti, v rozsahu 33,5 hodín fondu pracovného času/. Zmeny v zozname lekárov poskytovateľ oznamuje poisťovni vždy k poslednému dňu kalendárneho mesiaca daného zúčtovacieho obdobia.

7.11.2. zoznam ambulancií poskytovateľa s uvedením kódu, odbornosti, úväzku, zoznamu lekárov danej ambulancie a typu ambulancie, pričom pod typom ambulancie sa rozumie:

Poliklinická ambulancia – je verejne dostupná ambulancia poliklinického typu, na ktorej je poskytovaná špecializovaná ambulantná starostlivosť bez obmedzení. Počas ordinačných hodín prijíma na vyšetrenie aj nových pacientov na základe odporúčania (výmenného lístka).

Špecifická ambulancia – ambulancia nie je plne dostupná pre pacientov prichádzajúcich na základe odporúčania. Ide najmä o príjmové, konziliárne ambulancie, ambulancie v ktorých sa vykonávajú odbery a iné špecifické ambulancie.

Aktualizáciu zoznamu ambulancií poskytovateľ zasiela poisťovni v intervale podľa potreby poskytovateľa, najmenej raz za 6 mesiacov.

7.12. Ak poskytovateľ preukáže, že v priamej príčinnej súvislosti s pandémiou (napr. COVID-19 spôsobenou koronavírusom SARS-CoV-2 a pod.) na základe rozhodnutia príslušného štátneho orgánu (aktívacia „Pandemického plánu pre prípad pandémie v Slovenskej republike“) dôjde priamo k obmedzeniu rozsahu poskytovateľom poskytovanej zdravotnej

starostlivosti minimálne za dva po sebe nasledujúce kalendárne mesiace, ktoré bude mať za následok pokles rozsahu poskytovanej zdravotnej starostlivosti pod úroveň 75% priemernej mesačnej výšky sumy poskytovateľom vykázananej a poisťovňou uznanej zdravotnej starostlivosti evidovanej v predchádzajúcom kalendárnom roku, poisťovňa sa zaväzuje uhradiť poskytovateľovi na obdobie tohto obmedzenia sumu rovnajúcu sa sume 75 % priemernej mesačnej výšky poisťovňou uznanej zdravotnej starostlivosti evidovanej v predchádzajúcom kalendárnom roku spoločne za všetky typy zdravotnej starostlivosti, ktorých úhrada v zmysle zmluvy vychádza z reálnej produkcie. Pre vylúčenie pochybností, týmto ustanovením nie je dotknutá výška PRUZZ za ústavnú zdravotnú starostlivosť. Do sumy pre výpočet garantovanej úhrady podľa predchádzajúcej vety sa nezapočítavajú poskytovateľom vykázané a poisťovňou uhradené sumy za A-lieky, AS-lieky, transfúzne lieky a tkanivá, stomatoprotetiku, špeciálny zdravotnícky materiál a iný materiál a zdravotnícke pomôcky, náklady za RD kódy, náklady za bezsnímkovú archiváciu.

- 7.13. Poisťovňa podľa § 1 vyhlášky MZ SR č. 412/2009 Z. z., ktorou sa ustanovujú podrobnosti o zozname poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti, v znení vyhlášky č. 151/2011 Z. z. (ďalej len „vyhláška“) vedie pre poskytovateľa zoznam poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti (ďalej len „zoznam“) osobitne podľa súpisu vybraných chorôb a s nimi súvisiacich zdravotných výkonov.
- 7.14. Poskytovateľ pri vykonávaní výkonov plánovanej zdravotnej starostlivosti dodržiava poradie poistencov v zozname, ktorý je oznamovaný poskytovateľovi poisťovňou.
- 7.15. Poskytovateľ sa zaväzuje zabezpečiť poskytovanie zdravotnej starostlivosti zo spádovej oblasti definovanej v Prílohe č. 2r tejto zmluvy, ako aj z mimo spádovej oblasti (typ prevozu dopravná služba diaľková) v súlade s podmienkami tejto zmluvy pre jednotlivé typy prepráv vykázaných na jedno unikátne rodné číslo poistenca v jeden deň.
- 7.16. Zmluvné strany sa dohodli, že výška ceny a rozsah úhrady zdravotnej starostlivosti sa uvádza v Prílohe č. 1r a Prílohe č. 2r tejto zmluvy, pričom výška ceny za poskytovanie zdravotnej starostlivosti je stanovená súčtom základnej ceny a jej bonifikačného príplatku určeného s ohľadom na priemerný vek vozového parku poskytovateľa v zmysle zaradenia do konkrétneho bonifikačného pásma.

Čl. 8 Záverečné ustanovenia

- 8.1. Zmluva sa uzatvára na dobu neurčitú.
- 8.2. Prílohy č. 1b, 1c, 1d, 1e, 1j, 1l, 1o, 1r, a č. 2b, 2c, 2d, 2e, 2j, 2l, 2o, 2r k tejto zmluve sa uzatvárajú na dobu určitú do 30.6.2023. Zmluvné strany sa dohodli, že ak pred dňom uplynutia účinnosti príloh k tejto zmluve nedôjde medzi zmluvnými stranami k dohode o ich úprave na ďalšie obdobie, prvým kalendárnym dňom nasledujúcim po dni uplynutia účinnosti príloh k tejto zmluve začína medzi zmluvnými stranami prebiehať trojmesačné dohodovacie konanie, ktoré sa skončí uplynutím tejto lehoty. Ak do uplynutia dohodovacieho konania nedôjde medzi zmluvnými stranami k dohode o úprave príloh k tejto zmluve na ďalšie obdobie, táto zmluva automaticky zaniká.
- 8.3. Zmluvné strany sa dohodli, že počas plynutia lehoty dohodovacieho konania platia ceny a rozsah výkonov zdravotnej starostlivosti naposledy dohodnuté zmluvnými stranami.
- 8.4. Zmluvu je možné ukončiť vzájomnou písomnou dohodou obidvoch zmluvných strán ku dňu, na ktorom sa vzájomne dohodnú.
- 8.5. Každá zmluvná strana je oprávnená vypovedať zmluvu iba z dôvodov uvedených v zákone č. 581/2004 Z. z. Vypovedná lehota je dvojmesačná a začína plynúť prvým dňom mesiaca nasledujúceho po mesiaci, v ktorom bola výpoveď doručená. Každá zmluvná strana je

oprávnená vypovedať zmluvu aj bez uvedenia dôvodu. Výpovedná lehota je 12 mesiacov a začína plynúť prvým dňom mesiaca nasledujúceho po mesiaci, v ktorom bola výpoveď doručená.

- 8.6. K okamžitému skončeniu zmluvného vzťahu dôjde v prípadoch zrušenia povolenia poisťovne na vykonávanie verejného zdravotného poistenia, zrušenia povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia alebo zánikom platnosti povolenia poskytovateľa.
- 8.7. Poisťovňa je oprávnená od tejto zmluvy písomne odstúpiť:
- 8.7.1. ak bol poskytovateľovi uložený jeden, alebo viacero trestov uvedených v § 10 zákona č. 91/2016 Z. z. o trestnej zodpovednosti právnických osôb a o zmene a doplnení niektorých zákonov v platnom znení; účinky odstúpenia nastanú dňom doručenia písomnosti druhej zmluvnej strane, alebo k inému termínu, ktorý poisťovňa v odstúpení uvedie; v prípade, ak odstúpenie nie je možné poskytovateľovi doručiť, považuje sa odstúpenie podľa tohto bodu za doručené 3. dňom uloženia zásielky na pošte;
- 8.7.2. v prípadoch podľa § 344 a nasl. Obchodného zákonníka.
- 8.8. Akékoľvek zmeny a dodatky k tejto zmluve a VZP možno vykonať iba po vzájomnej dohode zmluvných strán, a to formou písomných číslovaných dodatkov.
- 8.9. Neoddeliteľnou súčasťou tejto zmluvy sú:

Prílohy k zmluve	Číslo prílohy	Typ ZS	Platnosť prílohy
Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti	1b	102	30.6.2023
Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti	1c	103	30.6.2023
Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti	1d	200, 302, 201,	30.6.2023
Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti	1e	303	30.6.2023
Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti	1j	400, 420, 421	30.6.2023
Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti	1l	300	30.6.2023
Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti	1o	601, 603	30.6.2023
Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti	1r	800	30.6.2023
Rozsah zdravotnej starostlivosti	2b	102	30.6.2023
Rozsah zdravotnej starostlivosti	2c	103	30.6.2023
Rozsah zdravotnej starostlivosti	2d	200, 201, 302	30.6.2023
Rozsah zdravotnej starostlivosti	2e	303	30.6.2023
Rozsah zdravotnej starostlivosti	2j	400, 420, 421	30.6.2023
Rozsah zdravotnej starostlivosti	2l	300	30.6.2023
Rozsah zdravotnej starostlivosti	2o	601, 603	30.6.2023
Rozsah zdravotnej starostlivosti	2r	800	30.6.2023
Kritériá na uzatváranie zmlúv	3		doba neurčitá
Nakladanie s liekmi, zdravotníckymi pomôckami a špeciálnym zdravotníckym materiálom obstaranými poisťovňou	4		doba neurčitá
Všeobecné zmluvné podmienky účinné od 1.7.2022	5		doba neurčitá
Kritériá na uzatváranie zmlúv pre odbor klinická biochémia, laboratórna medicína, klinická imunológia a alergológia a lekárska genetika	6		doba neurčitá

- 8.10. Táto zmluva je vyhotovená v dvoch rovnopisoch, z ktorých každý sa považuje za originál. Každá zo zmluvných strán obdrží po podpise zmluvy jeden jej rovnopis.
- 8.11. Vzťahy neupravené touto zmluvou sa riadia všeobecne záväznými právnymi predpismi SR.

- 8.12. Zmluvné strany vyhlasujú, že si zmluvu a VZP prečítali a ich obsahu porozumeli. Zmluvné strany uzatvárajú zmluvu slobodne, vážne, bez nátlaku a na znak súhlasu s jej obsahom ju podpisujú.
- 8.13. V prípade, že je alebo ak sa stane niektoré ustanovenie tejto zmluvy neplatné, zostávajú ostatné ustanovenia tejto zmluvy platné a účinné. Namiesto neplatného ustanovenia sa použijú ustanovenia všeobecne záväzných právnych predpisov SR upravujúce otázku vzájomného vzťahu zmluvných strán. Zmluvné strany sa následne zaväzujú upraviť svoj zmluvný vzťah prijatím nového ustanovenia, ktoré svojím obsahom a povahou najlepšie zodpovedá zámeru neplatného ustanovenia.
- 8.14. Osobitné protikorupčné ustanovenia:
- 8.14.1. Zmluvné strany sa nesmú dopustiť, nesmú schváliť, ani povoliť žiadne konanie v súvislosti s dojednávaním, uzatváraním alebo plnením tejto zmluvy, ktoré by spôsobilo, že by zmluvné strany alebo osoby ovládané zmluvnými stranami porušili akékoľvek platné protikorupčné všeobecne záväzné právne predpisy. Táto povinnosť sa vzťahuje najmä na neoprávnené plnenia, vrátane urýchľovacích platieb (*facilitation payments*) verejným činiteľom, zástupcom alebo zamestnancom orgánov verejnej správy alebo blízkym osobám verejných činiteľov, zástupcov alebo zamestnancov orgánov verejnej správy.
- 8.14.2. Každá zmluvná strana sa zaväzuje, že neponúkne, neposkytne, ani sa nezaviaže poskytnúť žiadnemu zamestnancovi, zástupcovi alebo tretej strane konajúcej v mene druhej zmluvnej strany, a rovnako neprijme, ani sa nezaviaže prijať od žiadneho zamestnanca, zástupcu alebo tretej strany konajúcej v mene druhej zmluvnej strany žiadny neprimeraný dar, ani inú výhodu, či už peňažnú alebo inú, v súvislosti s dojednávaním, uzatváraním alebo plnením tejto zmluvy.
- 8.14.3. Každá zmluvná strana sa zaväzuje bezodkladne informovať druhú zmluvnú stranu, pokiaľ si bude vedomá alebo bude mať konkrétne podozrenie na korupciu pri dojednávaní, uzatváraní alebo pri plnení tejto zmluvy.
- 8.14.4. V prípade, že akýkoľvek neprimeraný dar alebo výhoda v súvislosti s dojednávaním, uzatváraním alebo plnením tejto zmluvy je preukázateľne poskytnutý ktorejkoľvek zmluvnej strane alebo zástupcovi ktorejkoľvek zmluvnej strany v rozpore s týmto článkom zmluvy, môže zmluvná strana od tejto zmluvy odstúpiť.
- 8.15. Táto zmluva vzniká dňom jej podpisu obidvoma zmluvnými stranami a účinnosť nadobúda dňom **1.7.2022** po jej predchádzajúcom zverejnení v zmysle § 47a zákona č. 40/1964 Zb. Občiansky zákonník v znení neskorších predpisov.
- 8.16. Zmluvné strany sa dohodli, že dňom nadobudnutia účinnosti tejto zmluvy v celom rozsahu zaniká Zmluva č. **33NSP2000118** v znení jej neskorších dodatkov, ktorá bola uzatvorená medzi zmluvnými stranami.

V Žiline dňa 28.6.2022

Za poskytovateľa:

Za poisťovňu:

.....
PhDr. Jozef M i n t á l "v.r."
riaditeľ
Dolnooravská nemocnica s poliklinikou
MUDr. L. Nádaši Jágeho Dolný Kubín

.....
Mgr. Ivana Pačková "v.r."
regionálna riaditeľka oddelenia nákupu ZS
Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.

**Príloha č. 1b
k Zmluve č. 33NSP2000122**

**Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti
od 1.7.2022 do 30.6.2023**

Časť A. Ambulantná zdravotná starostlivosť

Čl. I Zložky úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť (všeobecné ustanovenia)

1. Kapitácia

Kapitáciou sa rozumie paušálna mesačná platba za poskytovanie zdravotnej starostlivosti poistencovi, s ktorým má poskytovateľ uzatvorenú platnú a účinnú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (ďalej len „dohoda“).

Pri zmene poskytovateľa z dôvodu odstúpenia od dohody je poskytovateľ povinný preukázateľne odovzdať zdravotnú dokumentáciu alebo jej rovnopis do 7 dní od jej vyžiadania novému poskytovateľovi, s ktorým poistenec uzatvoril dohodu a oznámiť dátum ukončenia dohody poisťovni.

Poistenec môže mať účinnú dohodu iba s jedným poskytovateľom všeobecnej ambulantnej starostlivosti a s jedným poskytovateľom špecializovanej ambulantnej starostlivosti v odbore gynekológia a pôrodnictvo.

Ak poistenec uzatvorí dohodu s ďalším poskytovateľom všeobecnej ambulantnej starostlivosti alebo s poskytovateľom špecializovanej ambulantnej starostlivosti v odbore gynekológia a pôrodnictvo, poisťovňa v zmysle zákona č. 576/2004 Z. z. akceptuje účinnosť novej dohody až po zániku pôvodnej dohody tzn. prvým dňom kalendárneho mesiaca nasledujúcom po mesiaci, v ktorom bolo doručené odstúpenie od dohody. V prípade konfliktu sa kapitácia uhrádza poskytovateľovi, ktorý má ako posledný s poistencom uzatvorenú platnú Dohodu a súčasne na požiadanie zdravotnej poisťovni doručí preukázateľné odstúpenie poistenca od Dohody s predchádzajúcim poskytovateľom.

Predchádzajúca veta sa nevzťahuje na prípady narodenia dieťaťa, zmeny trvalého a prechodného bydliska poistenca, odchodov a príchodov poistencov z a do EÚ a na prípady taxatívne vymedzené zákonom 576/2004 Z. z. Kapitácia je v týchto prípadoch hradená s presnosťou na deň. V prípade, že počas kalendárneho mesiaca dôjde k úmrtiu poistenca, je kapitácia hradená s presnosťou na deň.

Kapitácia sa neuhrádza poskytovateľovi za poistencov EÚ, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu, Švajčiarska, Srbska, bezdomovcov, cudzincov a poistencov, ktorí majú podľa platnej legislatívy nárok len na neodkladnú respektíve potrebnú zdravotnú starostlivosť.

Kapitácia nezahŕňa výkony uhrádzané cenou bodu alebo cenou za výkon, uvedené v tabuľke Cena bodu, alebo Cena za výkon a náklady na lieky so symbolom úhrady „A“ zaradené do zoznamu liekov podľa osobitného predpisu.

2. Úhrada za výkony vyjadrená cenou bodu

Úhrada za výkony uvedené v tabuľke Cena bodu sa vypočíta ako násobok jednotkovej ceny bodu a počtu bodov daného výkonu. Počet bodov vyplýva z opatrenia Ministerstva zdravotníctva SR, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva platného v čase poskytnutia výkonu. Pokiaľ počet bodov nevyplýva z opatrenia Ministerstva zdravotníctva SR, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva platného v čase poskytnutia výkonu, použije sa počet bodov pre daný výkon uvedený v poslednom opatrení Ministerstva zdravotníctva SR, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva, v ktorom bol počet bodov pre daný výkon stanovený. V prípade zmluvne dohodnutého počtu bodov, použije sa pre výpočet úhrady za daný výkon počet bodov vyplývajúci zo zmluvy.

Výkony uvedené v tabuľke Cena bodu sa vo všeobecnej ambulantnej starostlivosti a špecializovanej ambulantnej starostlivosti v odbore gynekológia a pôrodnictvo uhrádzajú za kapitovaných poistencov a poistencov EÚ, ktorí majú nárok na úhradu zdravotnej starostlivosti v plnom rozsahu v zmysle platnej legislatívy, ak nie je v tabuľke uvedené inak.

3. Úhrada za výkony vyjadrená cenou za výkon

Výkony uvedené v tabuľke Cena za výkon sa uhrádzajú cenou za výkon. Cena za výkon zahŕňa náklady a úhradu za zdravotnú starostlivosť poskytnutú pri danom výkone, pokiaľ nie je uvedené inak.

4. Individuálne zložky úhrady

Individuálna zložka úhrady je Individuálna pripočítateľná položka a predstavuje jednu zo zložiek úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť. Poisťovňa individuálnu zložku úhrady poskytovateľovi uhrádza vo výške, ktorá je závislá od plnenia Hodnotiacich parametrov (ďalej ako „HP“).

4.1. Individuálna dodatková kapitácia

Individuálnou dodatkovou kapitáciou (ďalej aj ako „IDK“) sa rozumie paušálna mesačná úhrada za každého kapitovaného poistenca, ktorá sa hradí spolu s Kapitáciou vo výške Výslednej ceny IDK alebo vo výške bonifikovanej Výslednej ceny IDK. Výsledná cena IDK sa vypočíta ako násobok Základu pre výpočet IDK a výsledného percenta plnenia HP v príslušnom type zdravotnej starostlivosti (ďalej ako typ ZS). Podmienky bonifikovania Výslednej ceny IDK sú uvedené v bode 4.1.1 tohto článku.

4.1.1. Bonifikácia Výslednej ceny IDK v type zdravotnej starostlivosti 102

K Výslednej cene IDK sa pripočítava suma v hodnote a za pravidiel uvedených v nasledovnej tabuľke:

Počet všetkých kapitovaných osôb u poskytovateľa v hodnotenom období	Bonifikácia Výslednej ceny IDK v € za kapitovaného poistenca poisťovne
1200 - 1279	0,10 €
1280 - 1359	0,20 €
1360 - 1439	0,30 €
1440 - 1519	0,40 €
1520 - 1599	0,50 €
1600 - 1839	0,60 €
1840 - 2079	0,70 €
2080 a viac	0,80 €

Za veľkokapacitnú ambulanciu sa považuje Poskytovateľ, ktorý má uzavretú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s 1200 a viac osobami na jedno lekárske miesto.

Kapitovaným poistencom poisťovne sa na účely tohto bodu rozumie taký poistenec poisťovne, za ktorého bola poskytovateľovi uhradená kapitáčná platba aspoň za jedno zúčtovacie obdobie v rámci príslušného hodnoteného obdobia. Poisťovňa údaje o celkovom počte kapitovaných osôb prehodnotí vždy k 30.6. a 31.12. príslušného kalendárneho roka na základe údajov z Národného centra zdravotníckych informácií (ďalej len „NCZI“).

Poskytovateľ, ktorému vznikne nárok na priznanie bonifikácie podľa tohto bodu, je povinný na vyžiadanie poisťovne zdokladovať pracovno-právny vzťah zdravotných sestier alebo zdravotníckeho pracovníka s poskytovateľom vo výške viac ako 1,0 sesterského miesta alebo vo výške viac ako 1,0 miesta zdravotníckeho pracovníka. Zároveň je povinný preukázať, že priestorová dispozícia ambulancie umožňuje efektívne poskytovať zdravotnú starostlivosť viacerým zdravotným sestram alebo zdravotníckym pracovníkom (t.j. ďalšia zdravotná sestra resp. zdravotnícky pracovník, môže pracovať v samostatnej miestnosti).

V prípadoch hodných osobitného zreteľa, kedy počas hodnoteného obdobia dôjde k výraznej zmene počtu kapitovaných osôb s vplyvom na vyhodnotenie bonifikácie sa zmluvné strany dohodli, že pristúpia k individuálnemu prehodnoteniu nároku na vznik a výšku bonifikácie.

4.2. Hodnotiace parametre

HP ovplyvňujú výslednú cenu individuálnych zložiek úhrady poskytovateľa uvedených v bode 4.1. tohto článku. Výsledné percento plnenia HP je súčtom váh jednotlivých splnených parametrov. Kritérium pre splnenie parametra v jednotlivých typoch zdravotnej starostlivosti je uvedené v tabuľke „Hodnotiace parametre“ v článku II tejto prílohy. Pri splnení kritéria je parametru priradená uvedená váha v percentách, pri nespĺnení kritéria je váha príslušného parametra 0%. Zoznam a váhy parametrov ako aj doplňujúce informácie pre jednotlivé typy zdravotnej starostlivosti sú uvedené v článku II tejto prílohy.

HP vyhodnocuje poisťovňa každý kalendárny štvrtrok za obdobie, ktoré tomuto štvrtroku predchádza. Ak nie je hodnotené obdobie inak špecifikované v doplňujúcich informáciách k parametrom, vyhodnocuje sa predchádzajúci kalendárny štvrtrok.

Každú zmenu Výsledného plnenia HP oznámi poisťovňa poskytovateľovi a to buď písomne formou listu, alebo elektronicky v ePobočke. Zmenu poisťovňa poskytovateľovi oznámi najneskôr v posledný deň mesiaca, ktorý predchádza mesiacu, od ktorého má byť zmena účinná.

HP vyhodnocuje poisťovňa u poskytovateľa iba na ambulanciách poliklinického typu.

Metodik a špecifiká aplikované pri výpočte jednotlivých HP zverejní poisťovňa na svojom webovom sídle.

Pri parametroch odborného hodnotenia poskytovateľa sú poskytovatelia zaradení do referenčných skupín podľa odbornosti a typu ambulancie poskytovateľa, v ktorých sa na základe vykazanej zdravotnej starostlivosti v hodnotenom období vypočíta stredná hodnota a štandardná odchýlka, ktorá slúži na určenie horného resp. dolného pásma pre účely vyhodnotenia plnenia príslušného parametra.

Splnenie parametra Dostupnosť poskytovateľ dokladuje poisťovni vyplnením formulára „Čistý ordinačný čas a zoznam lekárov na ambulanciách“, ktorý je zverejnený na webovej stránke poisťovne (ďalej ako: „formulár“). Formulár musí byť

v súlade s ordinačnými hodinami, ktoré schválil príslušný samosprávny kraj. Dokladovaním sa rozumie zaslanie formulára príslušnej pobočky poisťovni elektronickou formou. Splnenie parametra Dostupnosť poisťovňa vyhodnotí na základe podkladov doručených poskytovateľom podľa predchádzajúcej vety a to k prvému dňu kalendárneho štvrtého roka, v ktorom realizuje vyhodnotenie HP.

5. Úhrada zdravotnej starostlivosti v zmysle Verejného prísľubu

Poisťovňa v dôsledku Mimoriadnej situácie umožňuje poskytovateľovi vykazovať aj zdravotné výkony uvedené vo Verejnom prísľube a to za podmienok a spôsobom v ňom uvedených. Vzhľadom na jednostranný charakter vydania a aktualizovania Verejného prísľubu sa za prejav súhlasu s Verejným prísľubom zo strany poskytovateľa na účely tejto zmluvy považuje poskytnutie a vykázanie zdravotnej starostlivosti v súlade s Verejným prísľubom v platnom znení.

ČI. II Zložky úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť (ceny)

1. Všeobecný lekár pre deti a dospelých

1.1. Kapitácia

Cena kapitácie	
Veková skupina	Cena
do 1 roku	9,14 €
od 1 do 2 rokov vrátane	9,06 €
od 3 do 5 rokov vrátane	6,27 €
od 6 do 9 rokov vrátane	4,53 €
od 10 do 14 rokov vrátane	4,15 €
od 15 do 17 rokov vrátane	3,91 €
od 18 do 19 rokov vrátane	3,52 €
dorastový lekár	
od 15 do 17 rokov vrátane	3,91 €
od 18 do 19 rokov vrátane	3,52 €
od 20 do 28 rokov vrátane	2,80 €

1.2. Úhrada za výkony vyjadrená cenou bodu

Cena bodu				
Kód výkonu	Názov, charakteristika alebo podmienky úhrady výkonu	Počet bodov	Cena bodu v €	
143	Preventívne výkony	350	0,065	
143a		350		
144		350		
145		350		
145a		370		
146		370		
146a		370		
146b		370		
146c		370		
148		370		
148a		370		
148b		390		
148c		390		
149		390		
149a		390		
149b		390		
149c		390		
149d		390		
159b		100		
160		Základná preventívna prehliadka u VLDD Základná (radová) preventívna prehliadka (vstupná, periodická, výstupná). Výkon obsahuje komplexné vyšetrenie v rámci základnej preventívnej prehliadky vrátane prehliadky v rámci prevencie kardiovaskulárnych chorôb. Obsah vyšetrenia je zhodný s výkonom č. 60. Výkon môže vykazovať lekár so špecializáciou všeobecné lekárstvo.		390

142	1. preventívna prehliadka u VLDD 1. preventívna prehliadka, bazálne vyšetrenie novorodenca. Výkon vykonáva lekár s príslušnou špecializáciou po prepustení novorodenca z ústavnej starostlivosti.	350	0,099
252b, 252c	Očkovanie.	70	0,080
10	Rozbor a plánovanie cielených terapeutických postupov na ovplyvnenie chronických ochorení. <ul style="list-style-type: none"> • Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z.. • Poskytovateľ vykazuje výkon č. 10 pri prevzatí poistenca s chronickým ochorením a po podpísaní dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v kombinácii s výkonom č. 60. • Úprava alebo zmena terapeutického postupu musí byť zaznamenaná v zdravotnej dokumentácii vrátane zmeny dávkovania zdôvodnenia úpravy medikamentózneho liečby. • Akákoľvek úprava terapeutického postupu musí byť v súlade s platnou legislatívou a účelnou farmakoterapiou. 	180	0,020995
11a	Konzultácia prostredníctvom rozšírenej elektronickej komunikácie v online prostredí (webová aplikácia, videohovor) Charakteristika zdravotného výkonu: Konzultácia s poistencom prostredníctvom elektronickej komunikácie (webová aplikácia, videohovor) v online prostredí, ktoré je zabezpečené, prípadne umožňuje aj zdieľanie zdravotnej dokumentácie. Konzultácia s pacientom obsahuje: <ul style="list-style-type: none"> • cielenú anamnézu a popis subjektívnych ťažkostí, • zhodnotenie výsledkov • v prípade potreby určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, vrátane predpisu potrebných liekov/ZP a vypísania žiadaniek • poskytnutie informácií pacientovi alebo zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom s diagnostickým a liečebným postupom • poučenie poistenca • určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení-návštevy iného lekára. Vykazovanie zdravotného výkonu: <ul style="list-style-type: none"> • výkon sa vykazuje ako zdravotná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta a zaznamená sa v zdravotnej dokumentácii • vyhotovenie záznamu v eZdravie, • súčasťou zdravotnej dokumentácie je overiteľný časový údaj z online prostredia, dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení návštevy iného lekára, a to len v prípade komunikácie e-mailom alebo chatovým rozhraním, ktoré si uchováva údaje o komunikáciách, • výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi, • výkon sa nevykazuje pre telefonické objednávanie pacienta, • výkon sa vykazuje najviac 1x za deň na jedného poistenca 	210	0,026
11b	Konzultácia prostredníctvom elektronickej pošty, telefonicky alebo SMS Konzultácia s poistencom prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefonicky obsahuje: <ul style="list-style-type: none"> • cielenú anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly a popis subjektívnych ťažkostí vo vzťahu k dvom alebo viacerým orgánovým systémom alebo k psychickej poruche popis subjektívnych ťažkostí, • diagnostický záver, • v prípade potreby určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, vrátane predpisu potrebných liekov/ZP, ktoré vyplývajú z konzultácie ohľadom zdravotného stavu, • v prípade potreby záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, • poskytnutie informácií poistencovi alebo zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom s diagnostickým alebo liečebným postupom vrátane nefarmakologickej a farmakologickej terapie. 	160	0,026

	<p>Vykazovanie zdravotného výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> výkon sa vykazuje ako zdravotná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia poistenca, súčasťou zdravotnej dokumentácie je overiteľný časový údaj z online prostredia, dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, vyhotovenie záznamu v eZdravie, výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi, výkon sa nevykazuje pre telefonické objednávanie poistenca, <p>Povolená frekvencia akceptovania zdravotného výkonu:</p> <p>1-krát za deň a maximálne 3-krát za kalendárny mesiac na jedného poistenca.</p>		
70	<p>Opätovné lekárske vystavenie receptov alebo poukazov na základe požiadavky poistenca prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefónu</p> <p>Charakteristika zdravotného výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> Vystavenie receptov alebo poukazov elektronickou formou na lieky/zdravotnícke pomôcky/dietetické potraviny, ktoré poistenec užíva minimálne jeden mesiac, a nebola realizovaná zmena dávkovania lieku lebo liekovej formy lieku <p>Vykazovanie zdravotného výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> výkon sa vykazuje ako starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia poistenca, súčasťou zdravotnej dokumentácie o výkone je preukázateľný časový údaj z online prostredia, vyhotovenie záznamu v eZdravie, údaj, kedy bol recept/lekársky poukaz vypísaný, údaj o predpise lieku/zdravotníckej pomôcky/dietetickej potraviny poistencovi prostredníctvom elektronických služieb, výkon sa vzťahuje na jedného poistenca bez ohľadu na počet liekov/zdravotníckych pomôcok/dietetických potravín, ktoré boli poistencovi predpísané formou receptu/lekárskeho poukazu alebo formou jednorazového elektronického predpisu (t. j. za týchto podmienok sa výkon vykazuje najviac v počte 1x za deň na jedného poistenca), v prípade ak ide o elektronický predpis liekov/zdravotníckych pomôcok/dietetických potravín typu opakovaný recept (preskripčný záznam s poznámkou „REPETATUR“) vykazuje sa samostatne za každý vystavený recept alebo poukaz, výkon sa nevykazuje súčasne s inými zdravotnými výkonmi. <p>Povolená frekvencia akceptovania zdravotného výkonu:</p> <p>2-krát za kalendárny mesiac na jedného poistenca.</p>	40	0,026
60	<p>Komplexné vyšetrenie poistenca pri prevzatí dieťaťa alebo dorastenca do zdravotnej starostlivosti ako prvotné komplexné vyšetrenie s vystavením zdravotného záznamu.</p> <ul style="list-style-type: none"> Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z., Poskytovateľ poskytne poistencovi komplexné vyšetrenie (kompletná anamnéza, vyšetrenie všetkých orgánových systémov, založenie zdravotnej dokumentácie a stanovenie diagnostického záveru a diagnostického a liečebného plánu) v termíne do 60 dní od podpísania dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Vykázaný výkon č. 60 musí byť súčasťou zdravotnej dokumentácie poistenca. Kontrola povinného očkovania poistenca. Kontrola poslednej preventívnej prehliadky poistenca. Informovaný súhlas pacienta s poskytnutím zdravotnej starostlivosti v súvislosti s výkonom č. 60. 	350	0,020995

67	Príplatok pri sťaženom výkone do dovŕšenia piateho roku života pri výkonoch: delegovaný odber, odber krvi alebo výkon očkovania. Výkon bude akceptovaný aj v prípade poistenca vo veku do 18 rokov s poruchou autistického spektra, DMO a ADHD.	200	0,026
950	Výšetrenie psychomotorického vývinu dieťaťa vo vzťahu k hrubej a jemnej motorike, k reči a k sociálnym vzťahom podľa štandardnej stupnice vrátane dokumentácie. • Kombinácia pri výkonoch pod kódmi: 143, 143a, 144, 145, 145a, 146, 146a, 146b, 146c.	390	0,065
951	Kontrolné výšetrenie funkčného vývinu so skúškami zodpovedajúcimi veku (vnímavosť, sedenie, lezenie, chôdza) u dojčťa podľa štandardizovanej metódy spolu s dokumentáciou. • Poskytovateľ môže výkon vykazať jedenkrát u dojčťa do dovŕšenia prvého roka života.	250	0,065
952	Kontrolné výšetrenie funkčného vývinu so skúškami zodpovedajúcimi veku (reč, pochopenie reči alebo sociálny vek) u batoliat podľa štandardizovanej metódy spolu s dokumentáciou. • Tento výkon môže poskytovateľ vykazovať 1x u batolaťa v období od 1 do dovŕšenia 3 rokov dieťaťa.	60	0,065
953	Výšetrenie funkčného vývinu so skúškami zodpovedajúcimi veku (reč, pochopenie reči alebo sociálny vek) u dieťaťa predškolského veku podľa štandardizovanej metódy spolu s dokumentáciou. • Kombinácia pri výkonoch pod kódmi 148 a 148a.	110	0,065
25	Návšteva u kapítovaných poistencov v pracovnom čase	285	0,030
26	Návšteva u kapítovaných poistencov mimo pracovného času	500	0,030
-	Výkony z I. časti Zoznamu výkonov pre poistencov EÚ, bezdomovcov, cudzincov a poistencov podľa § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z.	-	0,030
-	Výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ) pre poistencov EÚ, bezdomovcov, cudzincov a poistencov podľa § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z. a nekapítovaných poistencov	-	0,007303
-	Neodkladná zdravotná starostlivosť poskytnutá poistencom poisťovne, s ktorými poskytovateľ nemá uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti	-	0,030

Poisťovňa uhradí zdravotné výkony s kódom: 11a, 1b, 70 len za predpokladu, že relevantnú medicínsku radu alebo konzultáciu je možné poskytnúť poistencovi alebo jeho zákonnému zástupcovi telefonickou formou alebo formou videohovoru alebo inou elektronickou formou s ohľadom na zdravotný stav poistenca pri zachovaní správnosti poskytovania zdravotnej starostlivosti podľa § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. a to pri súčasnom zohľadnení špecifík dištančného spôsobu poskytovania zdravotnej starostlivosti v súvislosti s epidemickým rizikom priameho kontaktu s poistencom vrátane mimoriadnej situácie. Telefonický rozhovor alebo videohovor alebo iná elektronická komunikácia medzi poistencom a zdravotníckym pracovníkom s diagnostikou alebo terapiou poistenca. Zdravotné výkony musia byť zaznamenané v zdravotnej dokumentácii a eZdravie a nie je ich možné vzájomne kombinovať a ani kombinovať s inými výkonmi.

1.3. Úhrada za výkony vyjadrená cenou za výkon

Cena za výkon		
Kód výkonu	Názov, charakteristika alebo podmienky úhrady výkonu	Cena za výkon v €
4571a	C – reaktívny proteín, pre kapítovaných poistencov s frekvenciou vykázania jedenkrát za deň na jedno rodné číslo. – Výkon môže byť vykazaný lekárom s odbornosťou 007 a 008. Cena zahŕňa náklady na odobratie biologického materiálu a vyhodnotenie výsledku CRP vyšetrenia, – platný doklad o zakúpení, resp. prenájme prístrojového vybavenia, – prehlásenie o zhode k prístroju, – zaznamenanie odčítania výsledku a vyhodnotenia výsledku v zdravotnej dokumentácii pacienta.	5,00
60b	Komplexné predoperačné vyšetrenie vrátane odberu biologického materiálu, zhodnotenia laboratórnych a prístrojových vyšetrení. Výkon možno vykazovať iba raz v rámci jednej operácie, alebo aj opakovane v prípade zrušenia operácie alebo z dôvodu uplynutia platnosti predoperačného vyšetrenia podľa klasifikácie ASA a súčasne pri dodržaní	16,00

	<p>odborného usmernenia MZ SR. Výkon sa vykazuje samostatne s diagnózou, pre ktorú je poistenec plánovaný na operáciu.</p> <p>- V prípade odoslania poistenca k špecialistovi, najmä kód odbornosti 001 (vnútorné lekárstvo), za účelom vykonania predoperačného vyšetrenia alebo EKG, zdravotná poisťovňa poskytnutú zdravotnú starostlivosť v súvislosti s predoperačným vyšetrením uhrádza iba cenou kapitácie.</p>	
62a	<p>Cielené vyšetrenie pacienta s respiračným syndrómom pri pandémii COVID-19</p> <p>Ide o ciele vyšetrenie dvoch alebo viacerých orgánových systémov (cielená anamnéza, resp. anamnéza od poslednej kontroly), opis subjektívnych ťažkostí, objektívny nález, vypísanie správy, záver, vypracovanie plánu do nasledujúcej kontroly. Poučenie o diéte a životospráve a predvolanie na vyšetrenie je súčasťou výkonu.</p> <p>Výkon poisťovňa akceptuje za nasledovných podmienok:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacient má COVID pozitívny výsledok nie starší ako 14 dní. • U detí do 10 rokov pri pozitívnej epidemiologickej anamnéze v rodine zaznamenatej v zdravotnej dokumentácii a klinických príznakoch dieťaťa, aj bez COVID-19 pozitívneho výsledku dieťaťa. • Pacient má príznaky, ktoré sú charakteristické pre COVID ochorenie. • Výkon sa nevykazuje v kombináciu s iným výkonom. • Maximálne 1 krát za týždeň na jedno rodné číslo. • Výkon môžu vykonať nasledovné odbornosti: všeobecný lekár, pediater, internista, pneumoftizeológ, pediatričný pneumoftizeológ, infektológ, otorinolaryngológ, imunoalergológ. 	20,00
250D	<p>Delegovaný odber krvi (odobratie krvi venepunkciou) pri návšteve pacienta v ambulancii VLDD.</p> <p>- Dodržať postup, ktorý ustanovuje Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o postupe objednávaní, vykonávaní a kontroly laboratórných a zobrazovacích vyšetrení zo dňa 10.06.2014 číslo 02032/2014-SZ v platnom znení,</p> <p>- Dodržať podmienky zdravotnej indikácie v zmysle účelného, efektívneho a hospodárneho nakladania s prostriedkami verejných zdrojov.</p>	1,05
H0002	<p>Intenzifikovaná zdravotná starostlivosť pre rizikových poistencov s obezitou.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Všeobecný lekár pre deti a dorast poskytuje zdravotnú starostlivosť deťom s obezitou v súlade s aktuálnym odborným usmernením MZ SR o diagnostike a liečbe obezity u detí. Intenzifikovaná zdravotná starostlivosť poskytovaná deťom s obezitou, uhrádzaná nad rámec kapitácie, zahŕňa zdravotnú starostlivosť poskytovanú deťom s obezitou bez komplikácií. Úvodný protokol a protokoly z následných kontrolných vyšetrení sú súčasťou zdravotnej dokumentácie poistenca (Protokoly sú uverejnené na webovej stránke poisťovne v časti tlačivá). Všeobecný lekár pre deti a dorast vykáže výkony intenzifikovanej starostlivosti poskytnuté poistencom s obezitou ako výkon H0002 s diagnózou E66.09. Poisťovňa akceptuje a osobitne nad rámec kapitácie uhrádza výkony intenzifikovanej starostlivosti vo frekvencii raz za 3 mesiace (maximálne 4x za rok). • V cene výkonu je zahrnuté aj vyhodnotenie laboratórných výsledkov, odporúčenie ďalšej liečby a stanovenie ďalšieho postupu. Pri potrebnej vyššej frekvencii kontrolných vyšetrení sú tieto vyšetrenia uhrádzané v rámci kapitácie. V prípade odoslania dieťaťa k špecialistovi, najmä kód odbornosti 048 (gastroenterológia, detská gastroenterológia) alebo 050 (diabetológia, poruchy látkovej premeny a výživy) s diagnózou E66.09, je ďalšia poskytnutá zdravotná starostlivosť v súvislosti s diagnózou E66.09 uhrádzaná iba cenou kapitácie. Kontrolné laboratórne vyšetrenia indikuje VLDD v prípade patologických výsledkov úvodných vyšetrení, v závislosti od celkového zdravotného stavu poistenca. 	4,50

1.4. Individuálna zložka úhrady – Individuálna dodatková kapitácia

Základ pre výpočet ceny IDK		
Špecializácia	Veková skupina	Základ
Všeobecný lekár pre deti a dorast	všetky	1,20 €

1.5. Hodnotiace parametre

Zameranie	Parameter	Kritérium splnenia	Váha	Plnenie
Odborné hodnotenie poskytovateľa	Celkové náklady na kapitovaného poistenca	Hodnota parametra je pod hranicou horného pásma definovanou výpočtom v príslušnej referenčnej skupine ambulancií	45%	Reálne plnenie poskytovateľa
	Prevenčia	Preventívna prehliadka vykonaná aspoň u $\geq 55\%$ kapitovaných poistencov vo veku 3 roky a viac.	15%	Reálne plnenie poskytovateľa
		Preventívna prehliadka vykonaná v intervale aspoň u 45% a menej ako 55% kapitovaných poistencov vo veku 3 roky a viac.	7%	
Elektronizácia	ePobočka	Poskytovateľ zasiela všetky dávky vrátane faktúr za poskytnutú zdravotnú starostlivosť cez ePobočku.	10%	Reálne plnenie poskytovateľa
	eZdravie	Poskytovateľ pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti vedie zdravotnú dokumentáciu v súlade s ustanovením § 19 a nasl. Zákona č. 576/2004 Z. z. a súčasne zasiela údaje zo zdravotnej dokumentácie elektronickou formou do elektronickej zdravotnej knižky (EZK) v rozsahu § 5 Zákona č. 153/2013 Z. z.	15%	Reálne plnenie poskytovateľa
Dostupnosť	Ordinačný čas	Stanovenie týždenného čistého ordinačného času na aspoň 30 hodín pre každú ambulanciu.	15%	Reálne plnenie poskytovateľa
		Stanovenie ordinačných hodín do 16:00 hod. aspoň jeden deň v týždni pre každú ambulanciu.		

1.5.1 Doplnujúce informácie k Hodnotiacim parametrom

Celkové náklady na kapitovaného poistenca

Priemerné celkové náklady na priamo poskytnutú zdravotnú starostlivosť vrátane SVLZ, preskripcie liekov, zdravotníckych pomôcok a diietických potravín a indikovanej špecializovanej ambulantnej starostlivosti na jedného ošetrovaného poistenca. Počet pacientov sa prepočíta podľa nákladových indexov veku a pohlavia. Do výpočtu nie je zahrnutá preventívna zdravotná starostlivosť a zdravotná starostlivosť podľa definovaných výnimiek.

Hodnotené obdobie: dva po sebe nasledujúce štvrťroky

Prevenčia

Parameter vyjadruje, akým percentom sa na celkovom počte kapitovaných poistencov podieľali tí poistenci, ktorým bola v hodnotenom období poisťovňou uhradená preventívna prehliadka (výkony 148, 148a, 148b, 148c, 149, 149a, 149b, 149d, 160). Za kapitovaného poistenca sa pre potrebu vyhodnotenia parametra považuje ten poistenec, ktorý v hodnotenom období dosiahol vek minimálne troch rokov a za ktorého bola poskytovateľovi v hodnotenom období uhradená kapitácia.

Hodnotené obdobie: štyri po sebe nasledujúce kalendárne štvrťroky.

**Príloha č. 1c
k Zmluve č. 33NSP2000122**

**Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti
od 1.7.2022 do 30.6.2023**

Časť A. Ambulantná zdravotná starostlivosť

Čl. I Zložky úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť (všeobecné ustanovenia)

1. Kapitácia

Kapitáciou sa rozumie paušálna mesačná platba za poskytovanie zdravotnej starostlivosti poistencovi, s ktorým má poskytovateľ uzatvorenú platnú a účinnú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (ďalej len „dohoda“).

Pri zmene poskytovateľa z dôvodu odstúpenia od dohody je poskytovateľ povinný preukázateľne odovzdať zdravotnú dokumentáciu alebo jej rovnopis do 7 dní od jej vyžiadania novému poskytovateľovi, s ktorým poistenec uzatvoril dohodu a oznámiť dátum ukončenia dohody poisťovní.

Poistenec môže mať účinnú dohodu iba s jedným poskytovateľom všeobecnej ambulantnej starostlivosti a s jedným poskytovateľom špecializovanej ambulantnej starostlivosti v odbore gynekológia a pôrodnictvo.

Ak poistenec uzatvorí dohodu s ďalším poskytovateľom všeobecnej ambulantnej starostlivosti alebo s poskytovateľom špecializovanej ambulantnej starostlivosti v odbore gynekológia a pôrodnictvo, poisťovňa v zmysle zákona č. 576/2004 Z. z. akceptuje účinnosť novej dohody až po zániku pôvodnej dohody tzn. prvým dňom kalendárneho mesiaca nasledujúcom po mesiaci, v ktorom bolo doručené odstúpenie od dohody. V prípade konfliktu sa kapitácia uhrádza poskytovateľovi, ktorý má ako posledný s poistencom uzatvorenú platnú Dohodu a súčasne na požiadanie zdravotnej poisťovni doručí preukázateľné odstúpenie poistenca od Dohody s predchádzajúcim poskytovateľom.

Predchádzajúca veta sa nevzťahuje na prípady narodenia dieťaťa, zmeny trvalého a prechodného bydliska poistenca, odchodov a príchodov poistencov z a do EÚ a na prípady taxatívne vymedzené zákonom 576/2004 Z. z. Kapitácia je v týchto prípadoch hradená s presnosťou na deň. V prípade, že počas kalendárneho mesiaca dôjde k úmrtiu poistenca, je kapitácia hradená s presnosťou na deň.

Kapitácia sa neuhrádza poskytovateľovi za poistencov EÚ, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu, Švajčiarska, Srbska, bezdomovcov, cudzincov a poistencov, ktorí majú podľa platnej legislatívy nárok len na neodkladnú respektíve potrebnú zdravotnú starostlivosť.

Kapitácia nezahŕňa výkony uhrádzané cenou bodu alebo cenou za výkon, uvedené v tabuľke Cena bodu, alebo Cena za výkon a náklady na lieky so symbolom úhrady „A“ zaradené do zoznamu liekov podľa osobitného predpisu.

2. Úhrada za výkony vyjadrená cenou bodu

Úhrada za výkony uvedené v tabuľke Cena bodu sa vypočíta ako násobok jednotkovej ceny bodu a počtu bodov daného výkonu. Počet bodov vyplýva z opatrenia Ministerstva zdravotníctva SR, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva platného v čase poskytnutia výkonu. Pokiaľ počet bodov nevyplýva z opatrenia Ministerstva zdravotníctva SR, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva platného v čase poskytnutia výkonu, použije sa počet bodov pre daný výkon uvedený v poslednom opatrení Ministerstva zdravotníctva SR, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva, v ktorom bol počet bodov pre daný výkon stanovený. V prípade zmluvne dohodnutého počtu bodov, použije sa pre výpočet úhrady za daný výkon počet bodov vyplývajúci zo zmluvy.

Výkony uvedené v tabuľke Cena bodu sa vo všeobecnej ambulantnej starostlivosti a špecializovanej ambulantnej starostlivosti v odbore gynekológia a pôrodnictvo uhrádzajú za kapitovaných poistencov a poistencov EÚ, ktorí majú nárok na úhradu zdravotnej starostlivosti v plnom rozsahu v zmysle platnej legislatívy, ak nie je v tabuľke uvedené inak.

3. Individuálne zložky úhrady

Individuálna zložka úhrady je Individuálna dodatková kapitácia a predstavuje jednu zo zložiek úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť. Poisťovňa individuálnu zložku úhrady poskytovateľovi uhrádza vo výške, ktorá je závislá od plnenia Hodnotiacich parametrov (ďalej ako „HP“).

3.1. Individuálna dodatková kapitácia

Individuálnou dodatkovou kapitáciou (ďalej aj ako „IDK“) sa rozumie paušálna mesačná úhrada za každého kapitovaného poistenca, ktorá sa hradí spolu s Kapitáciou vo výške Výslednej ceny IDK alebo vo výške bonifikovanej Výslednej ceny IDK. Výsledná cena IDK sa vypočíta ako násobok Základu pre výpočet IDK a výsledného percenta plnenia HP v príslušnom type zdravotnej starostlivosti (ďalej ako typ ZS).

3.2. Hodnotiace parametre

HP ovplyvňujú výslednú cenu individuálnych zložiek úhrady poskytovateľa uvedených v bode 3.1. tohto článku. Výsledné percento plnenia HP je súčtom váh jednotlivých splnených parametrov. Kritérium pre splnenie parametra v jednotlivých typoch zdravotnej starostlivosti je uvedené v tabuľke „Hodnotiace parametre“ v článku II tejto prílohy. Pri splnení kritéria je parametru priradená uvedená váha v percentách, pri nesplnení kritéria je váha príslušného parametra 0%. Zoznam a váhy parametrov ako aj doplňujúce informácie pre jednotlivé typy zdravotnej starostlivosti sú uvedené v článku II tejto prílohy.

HP vyhodnocuje poisťovňa každý kalendárny štvrťrok za obdobie, ktoré tomuto štvrťroku predchádza. Ak nie je hodnotené obdobie inak špecifikované v doplňujúcich informáciách k parametrom, vyhodnocuje sa predchádzajúci kalendárny štvrťrok.

Každú zmenu Výsledného plnenia HP oznámi poisťovňa poskytovateľovi a to buď písomne formou listu, alebo elektronicky v ePobočke. Zmenu poisťovňa poskytovateľovi oznámi najneskôr v posledný deň mesiaca, ktorý predchádza mesiacu, od ktorého má byť zmena účinná.

HP vyhodnocuje poisťovňa u poskytovateľa iba na ambulanciách poliklinického typu.

Metodiku a špecifiká aplikované pri výpočte jednotlivých HP zverejní poisťovňa na svojom webovom sídle.

Pri parametroch odborného hodnotenia poskytovateľa sú poskytovatelia zaradení do referenčných skupín podľa odbornosti a typu ambulancie poskytovateľa, v ktorých sa na základe vykázananej zdravotnej starostlivosti v hodnotenom období vypočíta stredná hodnota a štandardná odchýlka, ktorá slúži na určenie horného resp. dolného pásma pre účely vyhodnotenia plnenia príslušného parametra.

Splnenie parametra Dostupnosť poskytovateľ dokladuje poisťovní vyplnením formulára „Čistý ordinačný čas a zoznam lekárov na ambulancii“, ktorý je zverejnený na webovej stránke poisťovne (ďalej ako: „formulár“). Formulár musí byť v súlade s ordinačnými hodinami, ktoré schválil príslušný samosprávny kraj. Dokladovaním sa rozumie zaslanie formulára príslušnej pobočke poisťovni elektronickou formou. Splnenie parametra Dostupnosť poisťovňa vyhodnotí na základe podkladov doručených poskytovateľom podľa predchádzajúcej vety a to k prvému dňu kalendárneho štvrťroka, v ktorom realizuje vyhodnotenie HP.

4. Úhrada zdravotnej starostlivosti v zmysle Verejného prísľubu

Poisťovňa v dôsledku Mimoriadnej situácie umožňuje poskytovateľovi vykazovať aj zdravotné výkony uvedené vo Verejnom prísľube a to za podmienok a spôsobom v ňom uvedených. Vzhľadom na jednostranný charakter vydania a aktualizovania Verejného prísľubu sa za prejav súhlasu s Verejným prísľubom zo strany poskytovateľa na účely tejto zmluvy považuje poskytnutie a vykávanie zdravotnej starostlivosti v súlade s Verejným prísľubom v platnom znení.

ČI. II Zložky úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť (ceny)

1. Gynekológia a pôrodnictvo

1.1. Kapitácia

Cena kapitácie	
Veková skupina	Cena
všetky vekové skupiny po dovŕšení 15. roka života	1,58 €

1.2. Úhrada za výkony vyjadrená cenou bodu

Cena bodu			
Kód výkonu	Názov, charakteristika alebo podmienky úhrady výkonu	Počet bodov	Cena bodu v €
157	Preventívny výkon	220	0,065
102	Preventívny výkon	320	0,065
103	Vyšetrenie a rady počas gravidity s vyhodnotením výsledkov laboratórnych vyšetrení so zreteľom na riziká gravidity. <ul style="list-style-type: none">Vykazuje sa spravidla jedenkrát za 28 dní a po 36. týždni gravidity jedenkrát za 7 dní ak poistenka je naďalej vo výlučnej starostlivosti vykazujúceho lekára, s diagnózou Z34.0, Z34.8, Z34.9, Z35.0 až Z35.4, Z35.7 až Z35.9	200	0,065
105	Preventívny výkon	250	0,065

108	<p>Ultrazvukové sledovanie tehotenstva vrátane biometrie a posúdenie vývoja orgánov vrátane obrazovej dokumentácie, za každé vyšetrenie.</p> <ul style="list-style-type: none"> Ako súčasť preventívnej prehliadky v tehotenstve možno vykázať maximálne 4 krát (výkon sa nemôže vykazovať spolu s výkonom č. 5808) s diagnózou Z34.0, Z34.8, Z34.9 	350	0,065
1070	<p>Kolposkopia</p> <ul style="list-style-type: none"> Vykazovanie iba v kombinácii s výkonom č. 157. 	150	0,065
60	<p>Komplexné vyšetrenie poistenca pri prevzatí dospeléj osoby do zdravotnej starostlivosti ako prvotné komplexné vyšetrenie s vystavením zdravotného záznamu.</p> <ul style="list-style-type: none"> Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z., Poskytovateľ poskytne poistencovi komplexné vyšetrenie (kompletná anamnéza, vyšetrenie všetkých orgánových systémov, založenie zdravotnej dokumentácie a stanovenie diagnostického záveru a diagnostického a liečebného plánu) v termíne do 30 dní od podpísania dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Vykázaný výkon č. 60 musí byť súčasťou zdravotnej dokumentácie poistenca. Kontrola povinného očkovania poistenca. Kontrola poslednej preventívnej prehliadky poistenca. Informovaný súhlas pacienta s poskytnutím zdravotnej starostlivosti v súvislosti výkonom č. 60. 	350	0,020995
252b, 252c	<p>Očkovanie</p> <ul style="list-style-type: none"> Očkovacia látka je úplne alebo čiastočne hrazená z verejného zdravotného poistenia, vrátane očkovania proti chrípke pri tehotnej poistene. 	70	0,080
297	<p>Odobratie, príprava a odoslanie steroidného materiálu na cytologické vyšetrenie, prípadne aj fixácia vrátane nákladov.</p>	50	0,065
11a	<p>Konzultácia prostredníctvom rozšírenej elektronickej komunikácie v online prostredí (webová aplikácia, videohovor)</p> <p>Charakteristika zdravotného výkonu:</p> <p>Konzultácia s poistencom prostredníctvom preukázateľnej elektronickej komunikácie (webová aplikácia, videohovor) v online prostredí, ktoré je zabezpečené, prípadne umožňuje aj zdieľanie zdravotnej dokumentácie, realizáciu fotografií pacienta/vyšetrovaného orgánu na prídanie do zdravotnej dokumentácie.</p> <p>Konzultácia s poistencom obsahuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> cielenú anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly a popis subjektívnych ťažkostí vo vzťahu k dvom alebo viacerým orgánovým systémom alebo k psychickej poruche, zhodnotenie výsledkov, ak ich má poskytovateľ k dispozícii, vypísanie receptov, prípadne vypísanie žiadaniek na ďalšie vyšetrenie, poučenie poistenca, diagnostický záver, určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporúčení neodkladnej návštevy iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. <p>Vykazovanie zdravotného výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> výkon sa vykazuje ako komplexná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia, súčasťou zdravotnej dokumentácie o výkone je preukázateľný časový údaj z online prostredia, vyhotovenie záznamu v eZdravie, diagnostický záver, ak je potrebné, dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporúčení neodkladnej návštevy iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, 	210	0,026

	<ul style="list-style-type: none"> výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi, ak je po konzultácii potrebná aj kontrola v ambulancii, vykazujú sa len výkony, ktoré sa vykonali ambulantne, a výkon sa nevykazuje, výkon sa vykazuje samostatne, najviac 1x za deň na jedného poistenca. 		
1b	<p>Konzultácia prostredníctvom elektronickej pošty, telefonicky alebo SMS</p> <p>Konzultácia s poistencom prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefonicky obsahuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> cielenú anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly a popis subjektívnych ťažkostí vo vzťahu k dvom alebo viacerým orgánovým systémom alebo k psychickej poruche popis subjektívnych ťažkostí, diagnostický záver, v prípade potreby určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, vrátane predpisu potrebných liekov/ZP, ktoré vyplynuli z konzultácie ohľadom zdravotného stavu, v prípade potreby záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, poskytnutie informácií poistencovi alebo zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom s diagnostickým alebo liečebným postupom vrátane nefarmakologickej a farmakologickej terapie. <p>Vykazovanie zdravotného výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> výkon sa vykazuje ako zdravotná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia poistenca, súčasťou zdravotnej dokumentácie je overiteľný časový údaj z online prostredia, dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, vyhotovenie záznamu v eZdravie, výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi, výkon sa nevykazuje pre telefonické objednávanie poistenca, <p>Povolená frekvencia akceptovania zdravotného výkonu:</p> <p>1-krát za deň a maximálne 3-krát za kalendárny mesiac na jedného poistenca.</p>	160	0,026
70	<p>Opätovné lekárske vystavenie receptov alebo poukazov na základe požiadavky poistenca prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefónu</p> <p>Charakteristika zdravotného výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> Vystavenie receptov alebo poukazov elektronickou formou na lieky/zdravotnícke pomôcky/dietetické potraviny, ktoré poistenec užíva minimálne jeden mesiac, a nebola realizovaná zmena dávkovania lieku lebo liekovej formy lieku <p>Vykazovanie zdravotného výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> výkon sa vykazuje ako starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia poistenca, súčasťou zdravotnej dokumentácie o výkone je preukázateľný časový údaj z online prostredia, vyhotovenie záznamu v eZdravie, údaj, kedy bol recept/lekársky poukaz vypísaný, údaj o predpise lieku/zdravotníckej pomôcky/dietetickej potraviny poistencovi prostredníctvom elektronických služieb, výkon sa vzťahuje na jedného poistenca bez ohľadu na počet liekov/zdravotníckych pomôcok/dietetických potravín, ktoré boli poistencovi predpísané formou receptu/lekárskeho poukazu alebo formou jednorazového elektronického predpisu (t. j. za 	40	0,026

	<p>týchto podmienok sa výkon vykazuje najviac v počte 1x za deň na jedného poistenca),</p> <ul style="list-style-type: none"> v prípade ak ide o elektronický predpis liekov/zdravotníckych pomôcok/dietetických potravín typu opakovaný recept (preskripčný záznam s poznámkou „REPETATUR“) vykazuje sa samostatne za každý vystavený recept alebo poukaz, výkon sa nevykazuje súčasne s inými zdravotnými výkonmi. <p>Povolená frekvencia akceptovania zdravotného výkonu:</p> <p>2-krát za kalendárny mesiac na jedného poistenca.</p>		
5303	<p>Vyšetrenie močového traktu a orgánov malej panvy u ženy.</p> <ul style="list-style-type: none"> Ako súčasť preventívnej prehliadky. 	1000	0,00909
5305	<p>Ultrazvukové vyšetrenie intravaginálnou sondou.</p> <ul style="list-style-type: none"> Ako súčasť preventívnej prehliadky. 	1200	0,00909
5308	<p>Ultrazvukové vyšetrenie obidvoch prsníkov, axil a regionálnych lymfatických uzlín.</p> <ul style="list-style-type: none"> Ako súčasť preventívnej prehliadky. Vykazuje sa na základe odbornej spôsobilosti lekára. 	1500	0,00909
5808	<p>Ultrazvukové sledovanie tehotenstva, vrátane biometrie plodu.</p> <ul style="list-style-type: none"> Výkon sa nemôže vykazovať spolu s výkonom č. 108 Akceptuje sa z dôvodu zmeny zdravotného stavu, ktorý ohrozuje vývin plodu alebo zdravie matky. Vykazuje sa s príslušnou diagnózou pre ktorú bolo vyšetrenie indikované 	600	0,008105
118	<p>Externé kardiografické vyšetrenie (CTG)</p> <ul style="list-style-type: none"> vykazuje sa po 36. týždni tehotenstva s frekvenciou 1 x za týždeň, maximálne 4 x za tehotenstvo 	230	0,019170
-	Výkony z I. časti Zoznamu výkonov pre poistencov EÚ, bezdomovcov, cudzincov a poistencov podľa § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z.	-	0,03000
-	Výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ) pre poistencov EÚ, bezdomovcov, cudzincov a poistencov podľa § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z. a nekapitovaných poistencov	-	0,007303
-	Neodkladná zdravotná starostlivosť poskytnutá poistencom poisťovne, s ktorými poskytovateľ nemá uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti	-	0,03000
<p><i>Poisťovňa uhradí zdravotné výkony s kódom: 11a, 1b, 70 len za predpokladu, že relevantnú medicínsku radu alebo konzultáciu je možné poskytnúť poistencovi alebo jeho zákonnému zástupcovi telefonickou formou alebo formou videohovoru alebo inou elektronickou formou s ohľadom na zdravotný stav poistenca pri zachovaní správnosti poskytovania zdravotnej starostlivosti podľa § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. a to pri súčasnom zohľadnení špecifík dištančného spôsobu poskytovania zdravotnej starostlivosti v súvislosti s epidemickým rizikom priameho kontaktu s poistencom vrátane mimoriadnej situácie. Telefonický rozhovor alebo videohovor alebo iná elektronická komunikácia medzi poistencom a zdravotníckym pracovníkom s diagnostikou alebo terapiou poistenca. Zdravotné výkony musia byť zaznamenané v zdravotnej dokumentácii a eZdravie a nie je ich možné vzájomne kombinovať a ani kombinovať s inými výkonmi.</i></p>			

1.3. Individuálna zložka úhrady – Individuálna dodatková kapitácia

Základ pre výpočet ceny IDK		
Špecializácia	Veková skupina	Základ
Gynekológia a pôrodnictvo	všetky	0,55 €

1.4. Hodnotiace parametre

Zameranie	Parameter	Kritérium splnenia	Váha	Plnenie
Odborné hodnotenie poskytovateľa	Celkové náklady na ošetrovaného poistenca	Hodnota parametra je pod hranicou horného pásma definovanou výpočtom v príslušnej referenčnej skupine ambulancií	45%	Reálne plnenie poskytovateľa
	Prevenčia	Preventívna prehliadka vykonaná aspoň u $\geq 38\%$ kapitovaných poistencov	15%	Reálne plnenie poskytovateľa
		Preventívna prehliadka vykonaná v intervale aspoň u 34% a menej ako 38% kapitovaných poistencov.	7%	
Elektronizácia	ePobočka	Poskytovateľ zasiela všetky dávky vrátane faktúr za poskytnutú zdravotnú starostlivosť cez ePobočku.	10%	Reálne plnenie poskytovateľa
	eZdravie	Poskytovateľ pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti vedie zdravotnú dokumentáciu v súlade s ustanovením § 19 a nasl. Zákona č. 576/2004 Z. z. a súčasne zasiela údaje zo zdravotnej dokumentácie elektronickou formou do elektronickej zdravotnej knižky (EZK) v rozsahu § 5 Zákona č. 153/2013 Z. z.	15%	Reálne plnenie poskytovateľa
Dostupnosť	Ordinačný čas	Stanovenie týždenného čistého ordinačného času na aspoň 30 hodín pre každú ambulanciu.	15%	Reálne plnenie poskytovateľa
		Stanovenie ordinačných hodín do 16:00 hod. aspoň jeden deň v týždni pre každú ambulanciu.		

1.5.1 Doplnujúce informácie k Hodnotiacim parametrom

Celkové náklady na ošetrovaného poistenca

Priemerné celkové náklady na priamo poskytnutú zdravotnú starostlivosť vrátane SVLZ, preskripcie liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín a indikovanej špecializovanej ambulantnej starostlivosti na jedného ošetrovaného poistenca. Do výpočtu nie je zahrnutá preventívna zdravotná starostlivosť a zdravotná starostlivosť podľa definovaných výnimiek. Hodnotené obdobie: dva po sebe nasledujúce štvrtroky

Prevenčia

Parameter vyjadruje, akým percentom sa na celkovom počte kapitovaných poistencov podieľali tí poistenci, ktorým bola v hodnotenom období poisťovňou uhradená preventívna prehliadka (výkon 157). Za kapitovaného poistenca sa pre potrebu vyhodnotenia parametra považuje ten poistenc, za ktorého bola poskytovateľovi v hodnotenom období uhradená kapitácia.

Hodnotené obdobie: štyri po sebe nasledujúce štvrtroky

**Príloha č. 1d
k Zmluve č. 33NSP2000122**

**Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti
od 1.7.2022 do 30.6.2023**

Časť A. Ambulantná zdravotná starostlivosť

Čl. I Zložky úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť (všeobecné ustanovenia)

1. Úhrada za výkony vyjadrená cenou bodu

Úhrada za výkony uvedené v tabuľke Cena bodu sa vypočíta ako násobok jednotkovej ceny bodu a počtu bodov daného výkonu. Počet bodov vyplýva z opatrenia Ministerstva zdravotníctva SR, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva platného v čase poskytnutia výkonu. Pokiaľ počet bodov nevyplýva z opatrenia Ministerstva zdravotníctva SR, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva platného v čase poskytnutia výkonu, použije sa počet bodov pre daný výkon uvedený v poslednom opatrení Ministerstva zdravotníctva SR, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva, v ktorom bol počet bodov pre daný výkon stanovený. V prípade zmluvne dohodnutého počtu bodov, použije sa pre výpočet úhrady za daný výkon počet bodov vyplývajúci zo zmluvy.

2. Úhrada za výkony vyjadrená cenou za výkon

Výkony uvedené v tabuľke Cena za výkon sa uhrádzajú cenou za výkon. Cena za výkon zahŕňa náklady a úhradu za zdravotnú starostlivosť poskytnutú pri danom výkone, pokiaľ nie je uvedené inak.

3. Individuálne zložky úhrady

Individuálna zložka úhrady je Individuálna pripočítateľná položka a predstavuje jednu zo zložiek úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť. Poisťovňa individuálnu zložku úhrady poskytovateľovi uhrádza vo výške, ktorá je závislá od plnenia Hodnotiacich parametrov (ďalej ako „HP“).

3.1. Individuálna pripočítateľná položka

Individuálnou pripočítateľnou položkou (ďalej aj ako „IPP“) sa rozumie úhrada k vybraným výkonom v špecializovanej ambulantnej starostlivosti, typ ZS 200 a 210, ktoré sú uvedené v tabuľke Základ pre výpočet ceny IPP. IPP sa vyказuje vo výške Výslednej ceny IPP ako pripočítateľná položka k vybranému výkonu v riadku, v ktorom sa vyказuje vybraný výkon, a hradí sa spolu s týmto výkonom. V prípade, ak sa v ambulancii poskytne pacientovi v jeden deň viac vybraných výkonov, IPP sa vyказuje iba k jednému z nich v počte jeden.

Výsledná cena IPP sa vypočíta ako násobok Základu pre výpočet IPP a výsledného percenta plnenia HP.

IPP môže poskytovateľ vyказovať iba na ambulanciách poliklinického typu.

3.2. Hodnotiace parametre

HP ovplyvňujú výslednú cenu individuálnych zložiek úhrady poskytovateľa uvedených v bodoch 3.1. tohto článku. Výsledné percento plnenia HP je súčtom váh jednotlivých splnených parametrov. Kritérium pre splnenie parametra v jednotlivých typoch zdravotnej starostlivosti je uvedené v tabuľke „Hodnotiace parametre“ v článku II tejto prílohy. Pri splnení kritéria je parametru priradená uvedená váha v percentách, pri nesplnení kritéria je váha príslušného parametra 0%. Zoznam a váhy parametrov ako aj doplňujúce informácie pre jednotlivé typy zdravotnej starostlivosti sú uvedené v článku II tejto prílohy.

HP vyhodnocuje poisťovňa každý kalendárny štvrtrok za obdobie, ktoré tomuto štvrtroku predchádza. Ak nie je hodnotené obdobie inak špecifikované v doplňujúcich informáciách k parametrom, vyhodnocuje sa predchádzajúci kalendárny štvrtrok.

Každú zmenu Výsledného plnenia HP oznámi poisťovňa poskytovateľovi a to buď písomne formou listu, alebo elektronicky v ePobočke. Zmenu poisťovňa poskytovateľovi oznámi najneskôr v posledný deň mesiaca, ktorý predchádza mesiacu, od ktorého má byť zmena účinná.

HP vyhodnocuje poisťovňa u poskytovateľa za každý typ zdravotnej starostlivosti samostatne. V špecializovanej ambulantnej starostlivosti (typ ZS 200, 210) (ďalej aj ako „ŠAS“) sa vyhodnocujú HP za každú odbornosť. Výsledné percento plnenia HP za celú ŠAS, ktoré ovplyvňuje výslednú cenu IPP vo všetkých odbornostiach, je vypočítané ako

vážený aritmetický priemer HP za jednotlivé odbornosti. Aritmetický priemer HP je vážený pomocou počtu ošetrených poistencov v jednotlivých odbornostiach ŠAS.

HP vyhodnocuje poisťovňa u poskytovateľa iba na ambulanciách poliklinického typu.

Metodikú a špecifiká aplikované pri výpočte jednotlivých HP zverejní poisťovňa na svojom webovom sídle.

Pri parametroch odborného hodnotenia poskytovateľa sú poskytovatelia zaradení do referenčných skupín podľa odbornosti a typu ambulancie poskytovateľa, v ktorých sa na základe vykázaných zdravotnej starostlivosti v hodnotenom období vypočíta stredná hodnota a štandardná odchýlka, ktorá slúži na určenie horného resp. dolného pásma pre účely vyhodnotenia plnenia príslušného parametra.

Splnenie parametra Dostupnosť poskytovateľ dokladuje poisťovní vyplnením formulára „Čistý ordinačný čas a zoznam lekárov na ambulancii“, ktorý je zverejnený na webovej stránke poisťovne (ďalej ako: „formulár“). Formulár musí byť v súlade s ordinačnými hodinami, ktoré schválil príslušný samosprávny kraj. Dokladovaním sa rozumie zaslanie formulára príslušnej pobočky poisťovni elektronickou formou. Splnenie parametra Dostupnosť poisťovňa vyhodnotí na základe podkladov doručených poskytovateľom podľa predchádzajúcej vety a to k prvému dňu kalendárneho štvrtého roka, v ktorom realizuje vyhodnotenie HP.

4. Úhrada zdravotnej starostlivosti v zmysle Verejného prísľubu

Poisťovňa v dôsledku Mimoriadnej situácie umožňuje poskytovateľovi vykazovať aj zdravotné výkony uvedené vo Verejnom prísľube a to za podmienok a spôsobom v ňom uvedených. Vzhľadom na jednostranný charakter vydania a aktualizovania Verejného prísľubu sa za prejav súhlasu s Verejným prísľubom zo strany poskytovateľa na účely tejto zmluvy považuje poskytnutie a vykávanie zdravotnej starostlivosti v súlade s Verejným prísľubom v platnom znení.

ČI. II Zložky úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť (ceny)

1. Špecializovaná ambulancná starostlivosť – vrátane ÚPS

1.1. Úhrada za výkony vyjadrená cenou bodu

Cena bodu			
Kód výkonu	Názov, charakteristika alebo podmienky úhrady výkonu	Počet bodov	Cena bodu v €
-	výkony z I. časti Zoznamu výkonov vrátane ambulancie ÚPS		0,02814
-	výkony z I. časti Zoznamu výkonov – výkony ambulancie ÚPS v odbore stomatológia (zubné lekárstvo)	-	0,116
60	Komplexné vyšetrenie pacienta kompletná anamnéza, vyšetrenie všetkých orgánových systémov, založenie zdravotnej dokumentácie, zhodnotenie výsledkov vyšetrení, diagnostický záver, liečebný plán alebo zaradenie do dispenzárnej starostlivosti, odoslanie pacienta na ďalšie laboratórne, prístrojové alebo odborné vyšetrenia -vypísanie žiadaniek, poučenie pacienta, vypísanie receptov a lekárskej správy, ak vyšetrenie trvá dlhšie ako 30 minút.	420	0,02814
	Pre odbornosti: neurológia, pediatrika neurológia, pediatrika gastroenterológia, vnútorné lekárstvo a geriatra	620	
	Pre odbornosti: fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia	500	
62	Cielené vyšetrenie dvoch alebo viacerých orgánových systémov alebo dispenzárna kontrola (cielená anamnéza, resp. anamnéza od poslednej kontroly), popis subjektívnych obtiaží, objektívny nález, zhodnotenie výsledkov, vypísanie správy, záver, vypracovanie plánu do nasledujúcej kontroly. Poučenie o diéte a životospráve a predvolanie na vyšetrenie je súčasťou výkonu, ak vyšetrenie trvá dlhšie ako 20 minút.	270	0,02814
	Pre odbornosti: neurológia, pediatrika neurológia, pediatrika gastroenterológia, vnútorné lekárstvo a geriatra	400	
	Pre odbornosti: fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia	310	
63	Dôkladné vyšetrenie jedného orgánového systému alebo kontrolné vyšetrenie vrátane rád a dokumentácie.	210	0,02814
	Pre odbornosti: neurológia, pediatrika neurológia, pediatrika gastroenterológia, vnútorné lekárstvo a geriatra	310	0,02814
	Pre odbornosti: fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia	250	0,02814
65	Príplatok pri sťaženom výkone	200	0,02814

	Pri výkonoch pod kódmi 61, 62, 63 a pri výkonoch v rádiológii a v rádioterapii.		
66	Priplatok pri sťaženom výkone Pri výkone pod kódom 60.	320	0,02814
67	Priplatok pri sťaženom výkone Priplatok u dieťaťa do veku piatich rokov pri výkonoch - odber krvi, injekcie, infúzie, transfúzie, infiltrácie, implantácie, odobratie sterov, punkcie a pri výkone očkovania.	200	0,02814
11a	Konzultácia prostredníctvom rozšírenej elektronickej komunikácie v online prostredí (webová aplikácia, videohovor) Charakteristika zdravotného výkonu: Konzultácia s poistencom prostredníctvom elektronickej komunikácie (webová aplikácia, videohovor) v online prostredí, ktoré je zabezpečené, prípadne umožňuje aj zdieľanie zdravotnej dokumentácie. Konzultácia s pacientom obsahuje: <ul style="list-style-type: none"> • cielenú anamnézu a popis subjektívnych ťažkostí, • zhodnotenie výsledkov • v prípade potreby určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, vrátane predpisu potrebných liekov/ZP a vypísania žiadaniek • poskytnutie informácií pacientovi alebo zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom s diagnostickým a liečebným postupom • poučenie poistenca • určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporúčení-návštevy iného lekára. Vykazovanie zdravotného výkonu: <ul style="list-style-type: none"> • výkon sa vykazuje ako zdravotná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta a zaznamená sa v zdravotnej dokumentácii • súčasťou zdravotnej dokumentácie je overiteľný časový údaj z online prostredia, dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporúčení návštevy iného lekára, • vyhotovenie záznamu v eZdravie, • výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi, • výkon sa nevykazuje pre telefonické objednávanie pacienta, • výkon sa vykazuje najviac 1x za deň na jedného poistenca. 	210	0,0350
1b	Konzultácia prostredníctvom elektronickej pošty, telefonicky alebo SMS Konzultácia s poistencom prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefonicky obsahuje: <ul style="list-style-type: none"> • cielenú anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly a popis subjektívnych ťažkostí vo vzťahu k dvom alebo viacerým orgánovým systémom alebo k psychickej poruche popis subjektívnych ťažkostí, • diagnostický záver, • v prípade potreby určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, vrátane predpisu potrebných liekov/ZP, ktoré vyplývajú z konzultácie ohľadom zdravotného stavu, • v prípade potreby záznam o odporúčení neodkladnej návštevy iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, • poskytnutie informácií poistencovi alebo zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom s diagnostickým alebo liečebným postupom vrátane nefarmakologickej a farmakologickej terapie. Vykazovanie zdravotného výkonu: <ul style="list-style-type: none"> • výkon sa vykazuje ako zdravotná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia poistenca, • súčasťou zdravotnej dokumentácie je overiteľný časový údaj z online prostredia, dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporúčení neodkladnej návštevy iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, • vyhotovenie záznamu v eZdravie, • výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi, • výkon sa nevykazuje pre telefonické objednávanie poistenca, 	160	0,0350

	<p>Povolená frekvencia akceptovania zdravotného výkonu:</p> <p>1-krát za deň a maximálne 3-krát za kalendárny mesiac na jedného poistenca.</p>		
70	<p>Opätovné lekárske vystavenie receptov alebo poukazov na základe požiadavky poistenca prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefónu</p> <p>Charakteristika zdravotného výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> Vystavenie receptov alebo poukazov elektronicou formou na lieky/zdravotnícke pomôcky/dietetické potraviny, ktoré poistenec užíva minimálne jeden mesiac, a nebola realizovaná zmena dávkovania lieku lebo liekovej formy lieku <p>Vykazovanie zdravotného výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> výkon sa vykazuje ako starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia poistenca, súčasťou zdravotnej dokumentácie o výkone je preukázateľný časový údaj z online prostredia, vyhotovenie záznamu v eZdravie, údaj, kedy bol recept/lekársky poukaz vypísaný, údaj o predpise lieku/zdravotníckej pomôcky/dietetickej potraviny poistencovi prostredníctvom elektronickej služby, výkon sa vzťahuje na jedného poistenca bez ohľadu na počet liekov/zdravotníckych pomôcok/dietetických potravín, ktoré boli poistencovi predpísané formou receptu/lekárskeho poukazu alebo formou jednorazového elektronickeho predpisu (t. j. za týchto podmienok sa výkon vykazuje najviac v počte 1x za deň na jedného poistenca), v prípade ak ide o elektronicke predpis liekov/zdravotníckych pomôcok/dietetických potravín typu opakovaný recept (preskripčný záznam s poznámkou „REPETATUR“) vykazuje sa samostatne za každý vystavený recept alebo poukaz, výkon sa nevykazuje súčasne s inými zdravotnými výkonmi. <p>Povolená frekvencia akceptovania zdravotného výkonu:</p> <p>2-krát za kalendárny mesiac na jedného poistenca.</p>	40	0,0350
1c	<p>Krízová psychoterapeutická intervencia alebo individuálna psychoterapia alebo psychodiagnostický rozhovor prostredníctvom elektronickej komunikácie</p> <p>Popis zdravotného výkonu (ďalej len „výkon“):</p> <p>Krízová psychoterapeutická intervencia s pacientom telefonicky, alebo prostredníctvom elektronickej pošty, alebo webovej aplikácie, alebo videohovoru obsahuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> cielenú anamnézu/heteroanamnézu, popis subjektívnych ťažkostí, krízovú psychoterapeutickú intervenciu ako okamžité opatrenie pri akútnej psychickej dekompenzácii (napríklad pokus o samovraždu), diagnostický záver, poučenie o psychohygiene, v prípade potreby určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, vrátane predpisu potrebných liekov/zdravotníckych pomôcok, prípadne záznam o odporúčení neodkladnej návštevy iného lekára, individuálna psychoterapia (trvanie najmenej 50 minút) rozhovor so súčasným zisťovaním biografickej anamnézy na psychoterapeutické účely, s písomným záznamom vrátane rady pacientovi (trvanie najmenej 20 minút) poskytnutie informácií pacientovi alebo zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom s diagnostickým alebo liečebným postupom vrátane farmakoterapie. <p>Vykazovanie výkonu:</p>	1000	0,0350

	<ul style="list-style-type: none"> výkon sa vykazuje ako zdravotná starostlivosť bez osobnej prítomnosti pacienta, zdravotná indikácia sa zdôvodňuje v zdravotnej dokumentácii, súčasťou zdravotnej dokumentácie je overiteľný časový údaj z online prostredia, popis zdravotného výkonu v trvaní najmenej 45 minút, dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára, vyhotovenie záznamu v eZdravie, výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi, výkon sa nevykazuje pre telefonické objednávanie pacienta, výkon sa vykazuje samostatne, najviac 1x za deň na jedného pacienta, opakované vykávanie v jednom liečebnom prípade vyžaduje osobitné zdôvodnenie v zdravotnej dokumentácii. 		
802	Elektroencefalografické vyšetrenie vrátane prípadných provokácií. <ul style="list-style-type: none"> Výkon môže vykonávať neurológ. 	750	0,02814
813	Príplatok k výkonu č. 802 za simultánne elektroencefalografické monitorovanie <ul style="list-style-type: none"> Výkon môže vykonávať neurológ. 	60	0,02814
819d	Vertebrologické vyšetrenie vrátane poučenia a manipulácie (opakovane), mobilita eventuálne zvodová anestéza. <ul style="list-style-type: none"> Výkon možno vykazovať v prípade komplexného vertebrologického vyšetrenia pri vertebrogénnych ochoreniach. Výkon sa môže vykazovať v odbornosti neurológia. Podmienkou úhrady je zápis vyšetrenia v zdravotnej dokumentácii pacienta. Výkon sa môže vykazovať s výkonom č. 62 a 63 v prípade, ak je potrebné komplexné vertebrologické vyšetrenie. 	600	0,02814
803	Elektroencefalografické vyšetrenie dieťaťa do skončeného ôsmeho roku života vrátane prípadných provokácií. <ul style="list-style-type: none"> Výkon zahŕňa aj vyhodnotenie a popis. Výkon môže vykonávať neurológ. 	900	0,02814
804	Elektroencefalografické vyšetrenie po fáze bdenia, prípadne po odvrátení spánku po provokáciách. <ul style="list-style-type: none"> Výkon môže vykonávať neurológ. 	900	0,02814
820	Prvé komplexné psychiatrické vyšetrenie pacienta <ul style="list-style-type: none"> Výkon môže vykonávať odbornosť 005 a 105. 	900	0,02814
821	Podrobné psychiatrické vyšetrenie pred zahájením liečby <ul style="list-style-type: none"> Výkon môže vykonávať odbornosť 005 a 105. 	850	0,02814
822	Kontrolné psychiatrické vyšetrenie vrátane rád a dokumentácie. <ul style="list-style-type: none"> Výkon môže vykonávať odbornosť 005 a 105. 	340	0,02814
825	Kontrolné vyšetrenie a dispenzárna starostlivosť, vrátane rád a dokumentácie. <ul style="list-style-type: none"> Výkon môže vykonávať odbornosť 005 a 105. 	450	0,02814
841	Zisťovanie celkového psychiatrického stavu dieťaťa alebo mladistvého <ul style="list-style-type: none"> Výkon môže vykonávať odbornosť 005 a 105. 	2030	0,02814
847	Podporné vedenie osoby <ul style="list-style-type: none"> Výkon môže vykonávať odbornosť 005 a 105. 	580	0,02814
904	Odstránenie a (alebo) následné ošetrovanie do piatich plantárnych, dlaňových alebo paraunguálnych bradavíc alebo porovnateľných kožných zmien. <ul style="list-style-type: none"> Výkon môže vykonávať odbornosť 018 a 116 	140	0,02814
941	Špeciálne kožné vyšetrenia <ul style="list-style-type: none"> Výkon môže vykonávať odbornosť 018 a 116 	130	0,02814
944	Vyšetrenie prekanceróz a nádorov pomocou dermatoskopu, prípadne operačným mikroskopom	165	0,02814

	<ul style="list-style-type: none"> • Výkon môže vykonávať odbornosť 018 a 116 		
945	Výšetrenie Woodovou lampou. <ul style="list-style-type: none"> • Výkon môže vykonávať odbornosť 018 a 116 	55	0,02814
916	Ošetrovanie dermatóz na hlave vrátane čistenia kože. <ul style="list-style-type: none"> • Výkon môže vykonávať odbornosť 018 a 116 	220	0,02814
917	Ošetrovanie dermatóz na krku vrátane čistenia kože. <ul style="list-style-type: none"> • Výkon môže vykonávať odbornosť 018 a 116 	220	0,02814
918	Ošetrovanie dermatóz na jednej končatine vrátane čistenia kože. <ul style="list-style-type: none"> • Výkon môže vykonávať odbornosť 018 a 116 	220	0,02814
919	Ošetrovanie dermatóz na trupe vrátane čistenia kože. <ul style="list-style-type: none"> • Výkon môže vykonávať odbornosť 018 a 116 	250	0,02814
200	Obväz s výnimkou rýchlych obväzov a sprejov, očných a ušných klapiek, trojuholníkových šatiek, hotových náplastí alebo hotových kravatových obväzov na rany. Výkon môže vykonávať odbornosť 010	80	0,02814
2100	Excízia malého kúska sliznice alebo kože (malý benígny tumor, napríklad epulis, hyperplázia, leukoplakia, probatórna excízia) alebo excízia malého, v koži uloženého nádoru. Výkon môže vykonávať odbornosť 010	190	0,02814
2101	Excízia veľkého poľa kože. Výkon môže vykonávať odbornosť 010	240	0,02814
2106	Extirpácia jedného benígneho nádoru alebo mazovej žľazy. Výkon môže vykonávať odbornosť 010	840	0,02814
1B05011	Edukácia pri zistení diabetes mellitus Výkon zahŕňa nasledovné činnosti: Edukácia pri novodiagnostikovanom diabetes mellitus obsahuje <ul style="list-style-type: none"> • edukáciu o podstate ochorenia, poruche metabolizmu cukrov, tukov a bielkovín, • zostavenie individuálneho liečebného a výživového plánu pri zistení zásadnej zmeny zdravotného stavu, • edukáciu o základných diétnych chybách, o podstatných zmenách v stravovacích návykoch, • edukáciu o význame fyzického pohybu, nastavenie pre daného pacienta, odporúčané druhy a intenzita fyzickej aktivity, • edukáciu o liečbe v prípade, ak sa nasadí farmakologická liečba – perorálne antidiabetiká alebo injekčné preparáty. Podmienky úhrady výkonu: <ul style="list-style-type: none"> • dĺžka trvania výkonu je minimálne 20 minút Maximálna frekvencia vykazovania výkonu: <ul style="list-style-type: none"> • 1 krát za život poistenca Výkon nie je možné kombinovať s nasledovnými výkonmi: <ul style="list-style-type: none"> • 10c • 1B05012 	420	0,02814
1B05012	Edukácia aplikácie inzulínu a iných injekčných antidiabetík Výkon zahŕňa nasledovné činnosti: A) Edukácia aplikácie inzulínu a iných injekčných antidiabetík obsahuje: <ul style="list-style-type: none"> • základné informácie pre pacienta o inzulíne, o jeho účinku, o jeho skladovaní, priebeh účinku ordinovaného inzulínu, likvidácii obalov liekov a inzulínových pier, striekačiek, ihiel, • edukácia o príznakoch hypoglykémie a jej liečbe, prevencia hypoglykémie, príčiny vzniku hypoglykémie, prvá pomoc pri hypoglykémii, hypoglykémia ako 	420	0,02814

	<p>rizikový faktor ďalších ochorení, hypoglykémia a vedenie motorového vozidla,</p> <ul style="list-style-type: none"> • edukácia o hyperglykémii a ketoacidóze, o jej príznakoch a o postupe pri jej prejavoch, • edukácia o dávkovaní inzulínu podľa konzumácie jedla s daným obsahom sacharidových jednotiek, • edukácia o mimoriadnych situáciách pri liečbe inzulínom (interkurentné ochorenia, operácie, vedenie motorového vozidla, práca pri vysokých teplotách, cestovanie a podobne), ako upravovať, kedy dávky znižovať, eventuálne aj vynechať podanie inzulínu, • edukácia pacienta o úprave dávok inzulínu vo vzťahu k fyzickej aktivite, • nastavenie jednotiek inzulínu stanovením individuálnej citlivosti pacienta na inzulín, • usmernenie a ciele odborná inštrukcia k používaniu inzulínového pera a edukácia na aplikáciu inzulínu, • usmernenie a ciele odborná inštrukcia pri obsluhu glukometra, • edukácia o meraní glykémii glukometrom, timingu meraní, frekvencií meraní, zapisovaní hodnôt a zapisovaní jedál – poučiť v ktorých prípadoch je to potrebné, • edukácia o prevencii a znížení rizika komplikácií diabetu samovyšetrením rôznych častí tela, predovšetkým dolných končatín, moču, tlaku krvi a iné. <p>alebo</p> <p>B) Pohovor s pacientom s DM pri plánovaní zásadnej zmeny liečby na injekčnú liečbu (GLP1, PCSK-9) obsahuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • edukáciu o postupe pri podávaní injekčnej liečby, skladovaní lieku, zmien miesta vpichov, • edukáciu o časovaní injekcií napr. pri vynechaní, dodržanie časových odstupov • edukácia o možných vedľajších účinkoch, kedy sa má pacient hlásiť u lekára, alebo liečbu ukončiť, • edukáciu o selfmonitoringu glykémii pri liečbe GLP-1 – obsluha glukometra, časovanie meraní. <p>Podmienky úhrady výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dĺžka trvania výkonu je minimálne 20 minút <p>Maximálna frekvencia vykazovania výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • jeden krát pri nastavení na liečbu inzulínom a inými injekčnými antidiabetikami <p>Výkon nie je možné kombinovať s nasledovnými výkonmi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 10c • 1B05011 		
765p	<p>Odstránenie jedného polypu pomocou vysokofrekvenčnej elektrickej slučky (elektrických klieští - hot biopsy) – preventívny výkon.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Výkon sa vykonáva s diagnózou Z12.1 	946	0,0260
735	<p>Bužirovanie pažeráka, za jedno ošetrenie. V odbornosti 154</p>	1500	0,02814
736	<p>Pažeráková manometria. V odbornosti 154</p>	1800	0,02814
737	<p>Liečba roztahovaním spodného zvierača pažeráka (rozširovanie kardie), za jedno ošetrenie. V odbornosti 154</p>	1800	0,02814
740	<p>Ezofagoskopia, prípadne aj probatórna excízia a (alebo) punkcia. V odbornosti 154</p>	2840	0,02814
741	<p>Gastroskopia a/alebo parciálne vyšetrenie dvanástnika, prípadne aj ezofagoskopia, probatórna excízia, punkcia V odbornosti 154</p>	4940	0,02814
745	<p>Odstránenie cudzieho telesa z pažeráka, žalúdka alebo dvanástnika. V odbornosti 154</p>	4040	0,02814
745A	<p>Ošetrenie krvácajúceho vredu. V odbornosti 154</p>	1200	0,02814
745B	<p>Ošetrenie krvácajúceho vredu pomocou hemoklipov. V odbornosti 154</p>	2540	0,02814

746	Endoskopická sklerotizácia varixov alebo ulcerácií v oblasti horného gastrointestinálneho traktu, za jedno ošetrenie. V odbornosti 154	5840	0,02814
755	Rektoskopia, prípadne aj excízia tkaniva a (alebo) punkcia. V odbornosti 154	2240	0,02814
756	Parciálna sigmoidoskopia flexibilným nástrojom vrátane rektoskopie, prípadne aj odobratie bioptickej vzorky a (alebo) punkcia. V odbornosti 154	4340	0,02814
760	Endoskopické vyšetrenie v oblasti colon descendens spolu so sigmoidoskopiou, s rektoskopiou, v prípade potreby aj s biopsiou a (alebo) punkciou vrátane kontroly polohy endoskopu. V odbornosti 154	5840	0,02814
761	Endoskopické vyšetrenie v oblasti colon transversum vrátane výkonu pod kódom 760, v prípade potreby aj s biopsiou a (alebo) kontrolou polohy endoskopu pomocou zobrazovacej metódy. V odbornosti 154	7340	0,02814
762	Endoskopické vyšetrenie v oblasti colon ascendeńs vrátane výkonu pod kódom 761, v prípade potreby aj s biopsiou a (alebo) punkciou a kontrolou polohy endoskopu pomocou zobrazovacej metódy. V odbornosti 154	8840	0,02814
763	Endoskopické vyšetrenie céka vrátane výkonu pod kódom 762, v prípade potreby aj s biopsiou a (alebo) punkciou a kontrolou polohy endoskopu pomocou zobrazovacej metódy. V odbornosti 154	10340	0,02814
763a	Endoskopické vyšetrenie céka a (alebo) terminálneho ilea vrátane výkonu pod kódom 762, v prípade potreby aj s biopsiou a (alebo) punkciou a kontrolou polohy endoskopu pomocou zobrazovacej metódy. V odbornosti 154	11838	0,02814
360	Digitálne vyšetrenie konečníka, prípadne aj prostaty. V odbornosti 154	180	0,02814
361	Proktoskopia. V odbornosti 154	360	0,02814
363	Digitálne vyprázdnenie konečníka. V odbornosti 154	480	0,02814
364	Repozícia análneho slizničného prolapsu. V odbornosti 154	240	0,02814
365	Repozícia prietrže konečníka. V odbornosti 154	660	0,02814
366	Nekrvavé rozšírenie sfinktera konečníka. V odbornosti 154	600	0,02814
367	Odstránenie cudzích telies z konečníka. V odbornosti 154	600	0,02814
-	Výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ).	-	0,008105
-	Výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ okrem vybraných výkonov) z časti FYZIATRIA BALNEOTERAPIA A LIEČEBNÁ REHABILITÁCIA.	-	0,009080
-	Výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ) vykonávané prístrojovou technikou ULTRAZVUK – USG a FUNKČNÁ DIAGNOSTIKA.	-	0,008473
5300	USG vyšetrenie hornej časti brucha V odbornosti 154	2500	0,008473
5301	Vyšetrenie jedného orgánu alebo orgánového systému (nemôže sa vykazovať s výkonmi pod kódmi 5300, 5302 až 5312) V odbornosti 154	1000	0,008473
516	Vybrané výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ) z časti FYZIATRIA BALNEOTERAPIA A LIEČEBNÁ REHABILITÁCIA.	180	0,013166
518		350	
523a		145	
530		180	
531		220	
540		180	
541		350	
542		300	
509a		220	0,014515
512		130	
513		250	
514a		450	
522		290	
532		300	

533a		450	
-	Výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ) z časti OSTEODENZITOMETRIA.	-	0,005311
158	Preventívna urologická prehliadka u mužov od 50. roku veku. <ul style="list-style-type: none"> • Výkon sa vykazuje v odbornosti 012 s diagnózou Z12.5. • Frekvencia výkonu – raz za 3 roky. 		
158A	Preventívna urologická prehliadka u mužov od 40. roku veku s výskytom karcinómu prostaty v prvostupňovom príbuzenstve. <ul style="list-style-type: none"> • Výkon sa vykazuje v odbornosti 012 s diagnózou Z12.5. • Frekvencia výkonu – raz za 3 roky. 		
158B	Preventívna urologická prehliadka u mužov nad 40 rokov veku s hodnotami PSA ≤ 1,0 ng/ ml v prípade výskytu karcinómu prostaty v prvostupňovom príbuzenstve. <ul style="list-style-type: none"> • Výkon sa vykazuje v odbornosti 012 s diagnózou Z12.5 • Frekvencia výkonu – raz za 3 roky. 	-	0,049
158C	Preventívna urologická prehliadka u mužov nad 40 rokov veku s hodnotami PSA 1,1 ng/ ml - 2,5 ng/ ml v prípade výskytu karcinómu prostaty v prvostupňovom príbuzenstve. <ul style="list-style-type: none"> • Výkon sa vykazuje v odbornosti 012 s diagnózou Z12.5. • Frekvencia výkonu – raz za 2 roky. 		
158D	Preventívna urologická prehliadka u mužov nad 40 rokov veku s hodnotami PSA 2,6 ng/ ml - 4,0 ng/ ml v prípade výskytu karcinómu prostaty v prvostupňovom príbuzenstve. <ul style="list-style-type: none"> • Výkon sa vykazuje v odbornosti 012 s diagnózou Z12.5. • Frekvencia výkonu – raz za 1 rok. 		
5302	Ako súčasť preventívnej prehliadky u urológa.	1000	0,008473
763P	Preventívny výkon u gastroenterológa.	-	0,049
763M			
760sp	Parciálna skriningová kolonoskopia (SK) endoskopické vyšetrenie v oblasti colon descendens spolu so sigmoidoskopiou, rektoskopiou, v prípade potreby aj s biopsiou alebo punkciou vrátane kontroly polohy endoskopu pomocou zobrazovacej metódy. <ul style="list-style-type: none"> • Preventívny výkon. • Výsledok kontroly – pozitívny. • Frekvencia výkonu raz za 10 rokov. • Výkon sa poskytuje 50 a viac ročným poistencom. • Výkon sa vykazuje s diagnózou Z12.1. • Výkon môžu vykazovať špecialisti v odbornosti 001, 010 a 048, ktorí majú certifikát v certifikovanej činnosti diagnostická a intervenčná kolonoskopia a pracujú na endoskopických pracoviskách zaradených do skriningu kolorektálneho karcinómu, zoznam ktorých je zverejnený na webovej stránke ministerstva zdravotníctva SR. 	1500	
760sn	Parciálna skriningová kolonoskopia (SK) (endoskopické vyšetrenie v oblasti colon descendens spolu so sigmoidoskopiou, rektoskopiou, v prípade potreby aj s biopsiou alebo punkciou vrátane kontroly polohy endoskopu pomocou zobrazovacej metódy). <ul style="list-style-type: none"> • Preventívny výkon. • Výsledok kontroly – negatívny • Frekvencia výkonu raz za 10 rokov. • Výkon sa poskytuje 50 a viac ročným poistencom. • Výkon sa vykazuje s diagnózou Z12.1. • Výkon môžu vykazovať špecialisti v odbornosti 001, 010 a 048, ktorí majú certifikát v certifikovanej činnosti diagnostická a intervenčná kolonoskopia a pracujú na endoskopických pracoviskách zaradených do skriningu kolorektálneho karcinómu, zoznam ktorých je zverejnený na webovej stránke ministerstva zdravotníctva SR. 	1500	0,049
760pp	Parciálna primárna skriningová kolonoskopia (PSK) (endoskopické vyšetrenie v oblasti colon descendens spolu so sigmoidoskopiou, rektoskopiou, v prípade potreby aj s biopsiou alebo punkciou vrátane kontroly polohy endoskopu pomocou zobrazovacej metódy).	1500	

	<ul style="list-style-type: none"> • Preventívny výkon. • Výsledok kontroly – pozitívny • Frekvencia výkonu raz za 10 rokov. • Výkon sa poskytuje 50 a viac ročným poistencom. • Výkon sa vykazuje s diagnózou Z12.1. • Výkon môžu vykazovať špecialisti v odbornosti 001, 010 a 048, ktorí majú certifikát v certifikovanej činnosti diagnostická a intervenčná kolonoskopia a pracujú na endoskopických pracoviskách zaradených do skríningu kolorektálneho karcinómu, zoznam ktorých je zverejnený na webovej stránke ministerstva zdravotníctva SR. • Predloženie certifikátu v certifikovanej pracovnej činnosti diagnostická a intervenčná kolonoskopia. 		
760pn	<p>Parciálna primárna skriningová kolonoskopia (PSK) (endoskopické vyšetrenie v oblasti colon descendens spolu so sigmoidoskopiou, rektoskopiou, v prípade potreby aj s biopsiou alebo punkciou vrátane kontroly polohy endoskopu pomocou zobrazovacej metódy).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preventívny výkon. • Výsledok kontroly – negatívny. • Frekvencia výkonu raz za 10 rokov. • Výkon sa poskytuje 50 a viac ročným poistencom. • Výkon sa vykazuje s diagnózou Z12.1. • Výkon môžu vykazovať špecialisti v odbornosti 001, 010 a 048, ktorí majú certifikát v certifikovanej činnosti diagnostická a intervenčná kolonoskopia a pracujú na endoskopických pracoviskách zaradených do skríningu kolorektálneho karcinómu, zoznam ktorých je zverejnený na webovej stránke ministerstva zdravotníctva SR. 	1500	
763sp	<p>Totálna skriningová kolonoskopia (SK) (endoskopické vyšetrenie počnúc rektoskopiou po vyšetrenie céka vrátane, v prípade potreby aj s biopsiou alebo punkciou vrátane kontroly polohy endoskopu pomocou zobrazovacej metódy).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preventívny výkon. • Výsledok kontroly – pozitívny • Frekvencia výkonu raz za 10 rokov. • Výkon sa poskytuje 50 a viac ročným poistencom. • Výkon sa vykazuje s diagnózou Z12.1. • Výkon môžu vykazovať špecialisti v odbornosti 001, 010 a 048, ktorí majú certifikát v certifikovanej činnosti diagnostická a intervenčná kolonoskopia a pracujú na endoskopických pracoviskách zaradených do skríningu kolorektálneho karcinómu, zoznam ktorých je zverejnený na webovej stránke ministerstva zdravotníctva SR. 	3000	
763sn	<p>Totálna skriningová kolonoskopia (SK) (endoskopické vyšetrenie počnúc rektoskopiou po vyšetrenie céka vrátane, v prípade potreby aj s biopsiou alebo punkciou vrátane kontroly polohy endoskopu pomocou zobrazovacej metódy).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preventívny výkon. • Výsledok kontroly – negatívny • Frekvencia výkonu raz za 10 rokov. • Výkon sa poskytuje 50 a viac ročným poistencom. • Výkon sa vykazuje s diagnózou Z12.1. • Výkon môžu vykazovať špecialisti v odbornosti 001, 010 a 048, ktorí majú certifikát v certifikovanej činnosti diagnostická a intervenčná kolonoskopia a pracujú na endoskopických pracoviskách zaradených do skríningu kolorektálneho karcinómu, zoznam ktorých je zverejnený na webovej stránke ministerstva zdravotníctva SR. 	3000	
763pp	<p>Totálna primárna skriningová kolonoskopia (PSK) (endoskopické vyšetrenie počnúc rektoskopiou po vyšetrenie céka vrátane, v prípade potreby aj s biopsiou alebo punkciou vrátane kontroly polohy endoskopu pomocou zobrazovacej metódy).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preventívny výkon. • Výsledok kontroly – pozitívny. • Frekvencia výkonu raz za 10 rokov. • Výkon sa poskytuje 50 a viac ročným poistencom. • Výkon sa vykazuje s diagnózou Z12.1. 	3000	

	<ul style="list-style-type: none"> Výkon môžu vykazovať špecialisti v odbornosti 001, 010 a 048, ktorí majú certifikát v certifikovanej činnosti diagnostická a intervenčná kolonoskopia a pracujú na endoskopických pracoviskách zaradených do skríningu kolorektálneho karcinómu, zoznam ktorých je zverejnený na webovej stránke ministerstva zdravotníctva SR. 		
763pn	<p>Totálna primárna skriningová kolonoskopia (PSK) (endoskopické vyšetrenie počnúc rektoskopiou po vyšetrenie céka vrátane, v prípade potreby aj s biopsiou alebo punkciou vrátane kontroly polohy endoskopu pomocou zobrazovacej metódy).</p> <ul style="list-style-type: none"> Preventívny výkon. Výsledok kontroly – negatívny Frekvencia výkonu raz za 10 rokov. Výkon sa poskytuje 50 a viac ročným poistencom. Výkon sa vykazuje s diagnózou Z12.1. Výkon môžu vykazovať špecialisti v odbornosti 001, 010 a 048, ktorí majú certifikát v certifikovanej činnosti diagnostická a intervenčná kolonoskopia a pracujú na endoskopických pracoviskách zaradených do skríningu kolorektálneho karcinómu, zoznam ktorých je zverejnený na webovej stránke ministerstva zdravotníctva SR. 	3000	
15d	<p>Zhodnotenie rtg. dokumentácie.</p> <ul style="list-style-type: none"> Zhodnotenie nie je vykonané pracoviskom RTG. Vrátane popisu v zdravotnej dokumentácii. Výkon môžu vykazovať odbornosti chirurgia, traumatológia, ortopédia, pneumológia, otorinolaryngológia, reumatológia, neurológia, kardiológia a všetky odbornosti uvedené v tomto bode s prívlastkom pediatriká. 	150	0,0260
1A02072	<p>Cielené artrologické vyšetrenie</p> <p><u>Charakteristika výkonu</u> Vyšetrenie periférnych kĺbov Vyšetrenie ich tvaru, teploty, farby kože nad kĺbami, vyšetrenie zmien na koži a adnexách, hybnosti kĺbov a rozsahu pohybov, hodnotenie zvukových fenoménov, vyšetrenie funkčných porúch kĺbov, vyšetrenie úponov</p> <p>Vyšetrenie chrbtice postavenie, palpačné vyšetrenie stavcov, stavcových výbežkov, paravertebrálnych svalov, hybnosti, deformít, postavenia lopatiek, panvy, gluteálneho svalstva, stuhlosti svalstva, vyšetrenie dýchacích exkurzií, vyšetrenie entezopatických zmien, vyšetrenie pohyblivosti jednotlivých úsekov chrbtice.</p> <p><u>Podmienky akceptovania výkonu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> výkon zahŕňa fyzikálne vyšetrenie 68 kĺbov horných aj dolných končatín a chrbtice s dôkladným zápisom do zdravotnej dokumentácie, výkon je možné vykazovať len pri dg. M02.*- M09*, M10*-M13*, M30*-M35*, M45*, M46.8*, M46.9* frekvencia vykazovania 3 krát za 12 mesiacov, výkon môžu vykázať nasledovné odbornosti: 045, 145. <p><u>Kombinácia s vybranými výkonmi:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Výkon možno kombinovať s výkonmi č. 60, 60R, 62, 63 pri špecifických diagnózach. Výkon sa nedá kombinovať s výkonom č. 66 a 503, 504 	1300	0,02814
<p><i>Poistovňa uhradí zdravotné výkony s kódom: 11a, 1b, 1c, 70 len za predpokladu, že relevantnú medicínsku radu alebo konzultáciu je možné poskytnúť poistencovi alebo jeho zákonnému zástupcovi telefonickou formou alebo formou videohovoru alebo inou elektronickou formou s ohľadom na zdravotný stav poistenca pri zachovaní správnosti poskytovania zdravotnej starostlivosti podľa § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. a to pri súčasnom zohľadnení špecifik dištančného spôsobu poskytovania zdravotnej starostlivosti v súvislosti s epidemickým rizikom priameho kontaktu s poistencom vrátane mimoriadnej situácie. Telefonický rozhovor alebo videohovor alebo iná elektronická komunikácia medzi poistencom a zdravotníckym pracovníkom s diagnostikou alebo terapiou poistenca. Zdravotné výkony musia byť zaznamenané v zdravotnej dokumentácii a eZdravie a nie je ich možné vzájomne kombinovať a ani kombinovať s inými výkonmi.</i></p>			

Cena bodu				
Kód výkonu	Názov, charakteristika alebo podmienky úhrady výkonu	Diagnózy	Počet bodov	Cena bodu v €
1B06025	<p>Názov výkonu Pohovor o zmene liečby na liečbu inzulínovou pumpou</p> <p>Charakteristika výkonu Poučenie a edukáciu pacienta o výhodách aj rizikách liečby inzulínovou pumpou vrátane názornej ukážky požívania v spolupráci s manažérom pre inzulínové pumpy.</p> <p>Podmienky úhrady výkonu</p> <ul style="list-style-type: none"> • schválenie inzulínovej pumpy poisťovňou, • príprava na liečbu inzulínovou pumpou, vysvetlenie vhodnosti takejto liečby, • stanovenie bazálneho a bolusového inzulínu, edukácia o zmenách dávok inzulínu a nácvik technickej obsluhy , • dĺžka trvania výkonu je minimálne 180 minút, • potrebný zápis v zdravotnej dokumentácii vrátane informovaného súhlasu pacienta • doloženie certifikátu lekára. <p>Výkon nebude uhradený v prípade pacientov s niektorým z nasledovných zdravotných stavov alebo niektorou z uvedených diagnóz:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pacient je dialyzovaný, • pacient má diagnostikovanú ketoacidózu, • pacient ma závažnú poruchu zraku, • E10.21 a N18.5, E11.21 a N18.5 • E10.11, E11.11 • H53 – H54 <p>Frekvencia vykazovania výkonu 1 krát za život</p>	E10.01, E10.11, E10.21, E10.31, E10.41, E10.51, E10.61, E10.73, E10.75, E10.81, E11.01, E11.11, E11.21, E11.31, E11.41, E11.51, E11.61, E11.73, E11.75, E11.81	1200	0,0260
1A02009	<p>Názov výkonu Kontinuálny monitoring glykémii</p> <p>Podmienky úhrady výkonu</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kontinuálne monitorovanie koncentrácie glukózy v intersticiálnej tekutine so zavedením senzoru. • Prenesenie nameraných údajov a ich vyhodnotenie pre optimalizáciu liečby. • Vykázanie výkonu je podmienené dôkladným zápisom a odôvodnením v zdravotnej dokumentácii. 	E10.01, E10.11, E10.21, E10.31, E10.41, E10.51, E10.61, E10.73, E10.75, E10.81, E11.01, E11.11, E11.21, E11.31, E11.41, E11.51, E11.61, E11.73, E11.75, E11.81	1000	0,0260
1A02012	<p>Názov výkonu Nastavenie na inzulínovú pumpu</p> <p>Podmienky úhrady výkonu</p> <ul style="list-style-type: none"> • Postupné nastavenie na liečbu inzulínovou pumpou. • Stanovenie dávky bazálneho a bolusového inzulínu. • Edukácia o zmenách dávok inzulínu. • Nácvik technickej obsluhy pumpy • Doloženie certifikátu lekára. <p>Výkon poisťovňa neakceptuje v prípade pacientov s niektorým z nasledovných zdravotných stavov alebo niektorou z uvedených diagnóz:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pacient je dialyzovaný, • pacient má diagnostikovanú ketoacidózu, • pacient ma závažnú poruchu zraku, 	E10.01, E10.11, E10.21, E10.31, E10.41, E10.51, E10.61, E10.73, E10.75, E10.81, E11.01, E11.11, E11.21, E11.31, E11.41, E11.51, E11.61, E11.73, E11.75, E11.81	12000	0,0260

	<ul style="list-style-type: none"> • E10.21 a N18.5, E11.21 a N18.5 • E10.11, E11.11 • H53 – H54 <p>Frekvencia vykazovania výkonu 1 krát za 4 roky</p>			
1A03007	<p>Názov výkonu Kontrolné diabetologické vyšetrenie pri liečbe inzulínovou pumpou</p> <p>Podmienky úhrady výkonu</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obsluha a využívanie technických možností pumpy. • Úprava dávok inzulínu. • Identifikácia chýb na základe údajov z pamäti pumpy. <p>Frekvencia vykazovania výkonu Najviac 3 krát po nastavení na inzulínovú pumpu alebo po každej výmene inzulínovej pumpy počas nasledujúcich 21 dní. Následne 6 krát ročne.</p>	E10.01, E10.11, E10.21, E10.31, E10.41, E10.51, E10.61, E10.73, E10.75, E10.81, E11.01, E11.11, E11.21, E11.31, E11.41, E11.51, E11.61, E11.73, E11.75, E11.81	1200	0,0260

Kód výkonu	Znenie výkonu	Podmienky akceptácie výkonu	Počet bodov	Cena bodu v €
1A01033	Komplexné pneumoftizeologické vyšetrenie pacienta (kompletná anamnéza, vyšetrenie všetkých orgánových systémov, založenie zdravotnej dokumentácie, diagnostický záver, liečebný plán a (alebo) zaradenie do dispenzárnej starostlivosti, odoslanie pacienta na ďalšie laboratórne, prístrojové alebo odborné vyšetrenia – vypísanie žiadaniek, poučenie pacienta, vypísanie receptov a lekárskej správy (trvanie najmenej 30 minút).	<p>Výkon vykazuje pneumoftizeológ, pediatrický pneumoftizeológ pri prvovšetrení len raz za život pri prevzatí dospeléj osoby do zdravotnej starostlivosti ako prvotné komplexné vyšetrenie s vystavením zdravotného záznamu.</p> <p>Výkon sa nemôže vykazovať s výkonom č. 60.</p>	525	0,0268
1A02060	Cielené vyšetrenie pneumoftizeologické alebo dispenzárna kontrola (cielená anamnéza, resp. anamnéza od poslednej kontroly), opis subjektívnych ťažkostí, objektívny nález, vypísanie správy, záver, vypracovanie plánu do nasledujúcej kontroly. Poučenie o diéte a životospráve a predvolanie na vyšetrenie je súčasťou výkonu. Vyšetrenie trvá dlhšie ako 20 minút.	<p>Výkon vykazuje pneumoftizeológ, pediatrický pneumoftizeológ. Vykazuje sa v danom mesiaci na 1URČ/NZ PZS pri tej istej dg iba 1x. Ostatné návštevy sú už kontrolné vyšetrenie, a vykazuje sa výkon 1A03044/63.</p> <p>Výkon sa nemôže vykazovať s výkonom č. 62.</p>	340	0,0268
1A02077	Cielené vyšetrenie poistenca s respiračným syndrómom pri pandémii COVID-19	<p>Ide o cielené vyšetrenie dvoch alebo viacerých orgánových systémov (cielená anamnéza, resp. anamnéza od poslednej kontroly), opis subjektívnych ťažkostí, objektívny nález, záznam nálezu, záver, vypracovanie plánu do nasledujúcej kontroly.</p> <p>Výkon sa nemôže vykazovať s výkonom č. 62a.</p>	900	0,0268
1A03044	Kontrolné pneumoftizeologické vyšetrenie vrátane rád a dokumentácie. Vyšetrenie trvá dlhšie ako 15 minút.	výkon vykazuje pneumoftizeológ, pediatrický pneumoftizeológ Vyšetrenie obsahuje subjektívny, objektívny nález, zhodnotenie výsledkov, záver, písomnú správu, vypísanie receptu, vypísanie žiadaniek na iné vyšetrenia, poučenie pacienta.	260	0,0268

		Výkon sa nemôže vykazovať s výkonom č. 63.		
4H00001	Spirografické vyšetrenie na stanovenie expiračných a inspiračných parametrov (vitálna kapacita, úsilný výdych za prvú sekundu, prietoky na rôznych úrovniach vitálnej kapacity) metódou krivky prietok - objem, vrátane grafickej registrácie. Pri výkone pod kódom 5766 sa výkon pod kódom 5765 nemôže vykazovať. Výkon môže vykazovať pneumológ, pediatričný pneumológ, imunológ a alergológ.	Výkon sa nemôže vykazovať s výkonom č. 5766.	1200	0,008105
4H00004	Stanovenie difúznej kapacity pľúc jednodychovou metódou. Výkon môže vykazovať pneumológ.	Výkon sa nemôže vykazovať s výkonom č. 5772.	2400	0,008105
4H00005	Stanovenie difúznej kapacity pľúc metódou rovnovážneho stavu. Výkon môže vykazovať pneumológ.	Výkon sa nemôže vykazovať s výkonom č.5773.	1750	0,008105

1.2. Úhrada za výkony vyjadrená cenou za výkon

Cena za výkon		
Kód výkonu	Názov, charakteristika alebo podmienky úhrady výkonu	Cena za výkon v €
250x	Odber venóznej krvi za účelom vyšetrenia laboratórnych parametrov. <ul style="list-style-type: none"> Výkon sa vykonáva samostatne maximálne 1x denne u poistenca na príslušnej ambulancii alebo na mieste určenom na odber krvi. V cene sú zahrnuté všetky náklady spojené s odberom vrátane odoslania krvi do laboratória. Výkon 250x nahrádza výkon pod kódom č. 250a a č. 250b. 	2,98
5153C	Punkcia alebo biopsia prostaty pod USG kontrolou <ul style="list-style-type: none"> Výkon môže vykonávať rádiológ s certifikátom s certifikovanou pracovnou činnosťou intervenčná rádiológia, urológ so špecializáciou v špecializačnom odbore urológia I. stupňa s certifikátom v certifikovanej pracovnej činnosti intervenčná ultrasonografia v urológii. <p>Výkon sa môže kombinovať s výkonmi 62, 63, 5304</p>	150,00

kód výkonu VŠZP	znenie výkonu - charakteristika výkonu	podmienky akceptovania - revízne pravidlá	kombinácia s inými výkonmi	povinné technické vybavenie	Cena v €
4L03003	cystoskopia flexibilným cystoskopom - endoskopické vyšetrenie močového mechúra optickým flexibilným cystoskopom.	výkon môžu vykázať nasledovné odbornosti: * urológ 012, onkourológ 322, pediatričný urológ 109, gynekologický urológ 312 výkon možné vykazovať pri nasledovných dg: *R31, N21.-, N22.-, N30.1, N30.2, N30.8, N30.9, N32.-, N33.-, N39.4-, C67.-, C76.3	možná kombinácia s výkonmi 62,63	flexibilný optický cystoskop	94,00
4L03004	cystoskopia flexibilným cystoskopom - endoskopické vyšetrenie močového mechúra digitálnym flexibilným cystoskopom.	výkon môžu vykázať nasledovné odbornosti: * urológ 012, onkourológ 322, pediatričný urológ 109, gynekologický urológ 312 výkon možné vykazovať pri nasledovných dg: *R31, N21.-, N22.-, N30.1, N30.2, N30.8, N30.9, N32.-, N33.-, N39.4-, C67.-, C76.3	možná kombinácia s výkonmi 62,63	flexibilný digitálny cystoskop	94,00

1.3. Skrining rakoviny krčka maternice

Kód výkonu	Názov, charakteristika alebo podmienky úhrady výkonu	Cena v €
4M04004	<p>Konzultačná, expertná kolposkopia</p> <p>Výkon sa uhrádza</p> <ul style="list-style-type: none"> • V prípade abnormálneho cytologického nálezu u poistenky. • Ak ho vykazuje lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore onkológia v gynekológii, držiteľ certifikovanej pracovnej činnosti v expertnej kolposkopii a vybrané gynekologicko-pôrodnické ambulancie. • Lekár musí byť evidovaný v informačnom systéme Poistovne u daného Poskytovateľa a súčasne uvedený v Zozname lekárov na konzultácie v prípade zistených abnormálnych cytologických náleзов alebo v inom obdobnom zozname zverejnenom na webovom sídle Ministerstva zdravotníctva SR a platnom v čase vykonania výkonu. • Pri dodržiavaní postupu v zmysle Odborného usmernenia na vykazovanie zdravotných výkonov a diagnóz (kódovanie) pre zdravotníckych pracovníkov a zariadenia ambulantnej zdravotnej starostlivosti participujúcich na skriningu rakoviny krčka maternice v platnom znení. 	25,00
4M04007	<p>Punch biopsia</p> <p>Výkon sa uhrádza</p> <ul style="list-style-type: none"> • V prípade abnormálneho cytologického nálezu u poistenky. • Ak ho vykazuje lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore onkológia v gynekológii, vybraná gynekologicko-pôrodnická ambulancia, držiteľia certifikovanej pracovnej činnosti – expertná kolposkopia a lekári, ktorí sú v príprave na získanie tejto certifikovanej pracovnej činnosti. • Lekár musí byť evidovaný v informačnom systéme Poistovne u daného Poskytovateľa a súčasne uvedený v Zozname lekárov na konzultácie v prípade zistených abnormálnych cytologických náleзов alebo v inom obdobnom zozname zverejnenom na webovom sídle Ministerstva zdravotníctva SR a platnom v čase vykonania výkonu. • Pri dodržiavaní postupu v zmysle Odborného usmernenia na vykazovanie zdravotných výkonov a diagnóz (kódovanie) pre zdravotníckych pracovníkov a zariadenia ambulantnej zdravotnej starostlivosti participujúcich na skriningu rakoviny krčka maternice v platnom znení. • Ak bol vykázaný s niektorou z nasledovných diagnóz v rámci manažmentu abnormálnych cytologických náleзов: <ul style="list-style-type: none"> - Ascus- R87.60, - ASC-H- R87.61, - L-SIL- R87.62,H-SIL-R87.63, - karcinóm- R87.64, - chýbajú žľazové bunky transformačnej zóny- R87.65, - iný abnormálny cytologický nález- R87.66, - nešpecifikovaný abnormálny cytologický nález- R87.67. • Ak bol vykázaný po stanovení histologickej diagnózy v rámci ďalšieho sledovania, follow up, s niektorým z nasledovných histologických diagnostických kódov: <ul style="list-style-type: none"> - N87.0 (CIN I, low grade SIL, ľahká dysplázia), - N87.1 (CIN II), - D06.0 (CGIN, AIS-glandulárne neoplázie), - D06.1 (CIN III, high grade SIL, ťažká dysplázia), - C53.0-9 (invazívny karcinóm). 	15,00

1.4. Výkony asistovanej reprodukcie (IVF)

Cena bodu			
Kód výkonu	Názov, charakteristika alebo podmienky úhrady výkonu	Počet bodov	Cena bodu v €
1192a	Výkon asistovanej reprodukcie jeden cyklus pred odberom oocytov	10 200	0,017925
1192b	Výkon asistovanej reprodukcie jeden cyklus s odberom oocytov k in vitro fertilizácii, bez prenosu embryí	48 630	0,017925
1192c	Výkon asistovanej reprodukcie jeden komplexný cyklus s prenosom embryí	65 200	0,017925

• Poistovňa uhradí výkony IVF v indikáciách stanovených platnou legislatívou:

- chýbajúce vajíčkovody alebo nezvratné poškodenie vajíčkovodov diagnostikované laparoskopicky alebo laparotomicky okrem stavov, ktoré vznikli ako následok predchádzajúcej sterilizácie alebo umelého prerušenia tehotenstva,
- endometrióza ženy, ktorá je diagnostikovaná laparoskopicky alebo laparotomicky,
- nezvratné poškodenie vaječníkov, ktoré je potvrdené biochemicky, laparoskopicky alebo laparotomicky, ak toto poškodenie nie je následkom umelého prerušenia tehotenstva,
- idiopatická sterilita, ktorá je neúspešne liečená jeden rok v špecializovanom zdravotníckom zariadení,
- mužský faktor sterility - azoospermia, astenospermia, ejakulačné dysfunkcie a ochorenia súvisiace s chemoterapiou alebo poúrazovými stavmi, ktoré sú overené andrológom,
- imunologické príčiny sterility overené laboratórne,
- riziko dedičného ochorenia, v dôsledku ktorého nemôžu mať manželia zdravé potomstvo, ktoré je overené genetikom,
- endokrinné príčiny sterility overené endokrinológom.
- Na schválenie úhrady výkonu IVF nie je potrebné udelenie súhlasu poisťovne vopred.
- Lieky indikované k realizácii cyklu IVF schvaľuje revízný lekár s miestom výkonu práce miestne príslušnej pobočke poisťovne v súlade s platným zoznamom kategorizovaných liekov.
- Poskytovateľ pri fakturácii výkonov IVF prikladá vyplnené tlačivá „Protokol k úhrade výkonu IVF“, dostupné na internetovej stránke poisťovne www.vszp.sk časti tlačivá.
- Poisťovňa uhradí, v súlade s platnou legislatívou, maximálne 3 výkony IVF (vrátane úhrad v iných zdravotných poisťovniach do dovŕšenia 39. roku veku života (t. j. do 39 rokov a 364 dní).

1.5. Individuálna zložka úhrady – Individuálna pripočítateľná položka

Základ pre výpočet ceny IPP			
Katégoria IPP	Kód zdravotného výkonu, ku ktorému je možné IPP vykázat'		Základ pre výpočet ceny IPP
IPP1	60, 62, 63, 60R, 503, 504, 505, 1A01033, 1A02060, 1A03044		1,98 €
IPP2	1544A, 1594, 1240, 820, 822, 825		3,19 €
IPP3	3286, 3288, 3306		5,39 €
IPP4	3335, 3337, 867, 869, 3351, 3364, 841, 842, 845		5,39 €
Charakteristika a pravidlá vykazovania vybraných IPP			
K výslednej cene IPP4 sa automaticky pripočítavajú 3,00 €.			
Charakteristika a pravidlá vykazovania vybraných IPP			
Katégoria IPP	Odbornosť	Kód zdravotného výkonu, ku ktorému je možné IPP vykázat'	Výsledná cena IPP
IPPD	002, 003, 004, 005, 010, 015, 017, 040, 048, 050, 064, 104, 107, 109, 114, 140, 153, 154, 155, 156, 163, 336	60, 62, 63, 1A01033, 1A02060, 1A03044	5,00 €
Výsledná cena IPPD nie je závislá od plnenia HP v zmysle Čl. I bod 3 tejto prílohy. Podmienkou úhrady IPPD je vek pacienta od 6 do 10 rokov. Ku kombinácii vybraných výkonov a príslušnej IPP môže poskytovateľ za dohodnutých podmienok vykázat' aj IPPD.			

1.6. Hodnotiace parametre

Časť - Špecializovaná ambulantná starostlivosť				
Zameranie	Parameter	Kritérium splnenia	Váha	Plnenie
Odborné hodnotenie poskytovateľa	Celkové náklady na ošetrovaného poistenca	Hodnota parametra je pod hranicou horného pásma definovanou výpočtom v príslušnej referenčnej skupine ambulancií.	40%	Reálne plnenie poskytovateľa
	Frekvencia návštev na ošetrovaného poistenca		10%	
	Podiel prvovýšetrení	Hodnota parametra je nad hranicou dolného pásma definovanou výpočtom v príslušnej referenčnej skupine ambulancií.	10%	
Elektronizácia	ePobočka	Poskytovateľ zasiela všetky dávky vrátane faktúr za poskytnutú zdravotnú starostlivosť cez ePobočku.	10%	Reálne plnenie poskytovateľa
	eZdravie	Poskytovateľ pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti vedie zdravotnú dokumentáciu v súlade s ustanovením § 19 a nasl. Zákona č. 576/2004 Z. z. a súčasne zasiela údaje zo zdravotnej dokumentácie elektronickou formou do elektronickej zdravotnej knižky (EZK) v rozsahu § 5 Zákona č. 153/2013 Z. z.	15%	Reálne plnenie poskytovateľa

Dostupnosť	Ordinačný čas	Stanovenie týždenného čistého ordinačného času v rozsahu aspoň 30 hodín pre každú ambulanciu.	15%	Reálne plnenie poskytovateľa
-------------------	---------------	---	-----	------------------------------

1.6.1 Doplnujúce informácie k Hodnotiacim parametrom

Celkové náklady na ošetrovaného poistenca

Priemerné celkové náklady na priamo poskytnutú zdravotnú starostlivosť vrátane SVLZ, preskripcie liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín a indikovanej špecializovanej ambulantnej starostlivosti na jedného ošetrovaného poistenca. Do výpočtu nie je zahrnutá preventívna zdravotná starostlivosť a zdravotná starostlivosť podľa definovaných výnimiek. Hodnotené obdobie: dva po sebe nasledujúce štvrtroky.

Frekvencia návštev na ošetrovaného poistenca

Celkový priemerný počet návštev na jedného ošetrovaného poistenca v hodnotenom období. V prípade, že poistenec bol vyšetrený na tej istej ambulancii v priebehu jedného dňa, považuje sa vyšetrenie za jednu návštevu. Za ošetrovaného poistenca sa považuje unikátne rodné číslo (URČ), t.j. ak ten istý poistenec navštívil ambulanciu v hodnotenom období viac krát, považuje sa za jedného ošetrovaného poistenca. Hodnotené obdobie: štyri po sebe nasledujúce štvrtroky.

Podiel prvovýšetrení

Podiel prvovýšetrených pacientov na celkovom počte ošetrovaných pacientov v hodnotenom období. Za prvovýšetreného pacienta sa považuje pacient, ktorý nenavštívil ambulanciu hodnoteného poskytovateľa v rovnakej odbornosti za uplynulých 12 mesiacov pred posudzovaným vyšetrením. Hodnotené obdobie: dva po sebe nasledujúce kalendárne štvrtroky.

1.7. Bonifikácia

Poisťovňa automaticky zaradí poskytovateľa do systému bonifikácie, pričom hlavný parameter pre vyhodnocovanie sú náklady na lieky.

Náklady na lieky – lieky zo zoznamu kategorizovaných liekov, ktorých spôsob úhrady je definovaný ako „A“, tzv. A-lieky. Do porovnania vstupujú A-lieky podané na špecializovaných pracoviskách (ambulantná starostlivosť, ústavná starostlivosť) v rámci zariadení na poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti, ktoré poisťovňa v príslušnom hodnotenom období akceptovala a uhradila.

Hodnotené obdobie: kalendárny rok, t. j. k 31.12. príslušného kalendárneho roka

Proces vyhodnotenia:

I. etapa - vyhodnotenie na úrovni PZS		
Referenčná hodnota	Hodnotené obdobie	Podmienka bonifikácie
Náklady na A-lieky k 31.12.predchádzajúceho roka	Náklady na A-lieky k 31.12.príslušného roka	minimálna úroveň zníženia nákladov je 10%*

*zníženie nákladov v porovnaní s nákladmi predchádzajúceho roka

Ak je výsledkom porovnania nákladov u PZS úspora v hodnotenom období, poisťovňa pristúpi k vyhodnoteniu v II. etape.

II. etapa - vyhodnotenie na úrovni SR	
Referenčná hodnota	Hodnotené obdobie
Náklady na A-lieky k 31.12.predchádzajúceho roka	Náklady na A-lieky k 31.12.príslušného roka
Náklady na URČ (A-lieky za predchádzajúci rok)	Náklady na URČ (A-lieky za príslušný rok)

Poisťovňa si vyhradzuje právo nepristúpiť k bonifikácii PZS, v prípade ak:

- znížená spotreba nie je pomerná k zmene spotreby na URČ,
- znížená spotreba konkrétnych ATC sa prejaví zvýšením u iných PZS,
- odmietnutie liečby u PZS, pričom v referenčnom období bola táto liečba u PZS dostupná,
- zmenou situácie na trhu – pokles ceny liekov na trhu (úspora u PZS z dôvodu zníženia ceny liekov na trhu nebude u PZS pri vyhodnotení akceptovaná).

Poistovňa pristúpi k bonifikácii PZS, ktorý dosiahol zníženie nákladov na A-lieky, vo výške **30% dosiahnutej úspory**

1.8. Špecializovaná ambulantná starostlivosť – mobilné odoberové miesta

Špecifické výkony v súvislosti s pandémiou COVID – 19 platné do 31.12.2022

Kód výkonu	Odbornosť	Názov výkonu	Diagnóza	Podmienky úhrady	Cena v €
299x	647	Odber a odoslanie biologického materiálu na bakteriologické, sérologické, mykologické, virologické a parazitologické vyšetrenie pri dôvodnom podozrení na infekčné ochorenie vrátane dezinfekcie.	U07.1 U07.2	Výkon indikovaný a poskytnutý v súlade s usmerneniami Ministerstva zdravotníctva SR pre vyšetrenie na prítomnosť SARS-CoV-2, odoberový set dodáva Regionálny úrad verejného zdravotníctva. Ak odoberový set dodá zariadenie SVLZ, odber biologického materiálu uhrádza poskytovateľovi toto zariadenie SVLZ. Výkon sa vykazuje najviac 1x za deň na jedného poistenca.	3,00
299d	647	Odber a odoslanie biologického materiálu na bakteriologické, sérologické, mykologické, virologické a parazitologické vyšetrenie pri dôvodnom podozrení na infekčné ochorenie vrátane dezinfekcie.	U07.1 U07.2	Výkon indikovaný a poskytnutý v súlade s usmerneniami Ministerstva zdravotníctva SR pre vyšetrenie na prítomnosť SARS-CoV-2. Odoberový set si zabezpečuje poskytovateľ sám.	3,00

Špecifické výkony v súvislosti s pandémiou COVID – 19 platné od 1.1.2023

Kód výkonu	Odbornosť	Názov výkonu	Diagnóza	Podmienky úhrady	Cena v €
299x	647	Odber a odoslanie biologického materiálu na bakteriologické, sérologické, mykologické, virologické a parazitologické vyšetrenie pri dôvodnom podozrení na infekčné ochorenie vrátane dezinfekcie.	U07.1 U07.2	Výkon indikovaný a poskytnutý v súlade s usmerneniami Ministerstva zdravotníctva SR pre vyšetrenie na prítomnosť SARS-CoV-2, odoberový set dodáva Regionálny úrad verejného zdravotníctva. Ak odoberový set dodá zariadenie SVLZ, odber biologického materiálu uhrádza poskytovateľovi toto zariadenie SVLZ. Výkon sa vykazuje najviac 1x za deň na jedného poistenca.	3,00

Vyhodnotenie COVID-19 IgM/IgG rýchleho diagnostického kazetového imunochromatografického testu

Spôsob vykazovania, uznávania a úhrady výkonu č. 16X					
Kód výkonu	Druh PZS	Odbornosť	Počet bodov	Cena bodu v €	Cena za výkon v €
16X	MOM	647	-	-	2,20

Poistovňa uhradí poskytovateľovi vyhodnotenie COVID-19 IgM/IgG rýchleho diagnostického kazetového imunochromatografického testu po predložení dokladu o preškolení personálu poskytovateľa. Doklad osvedčuje schopnosť poskytovateľa správne vyhodnotiť výsledky rýchlotestov a klinicky ich korektne interpretovať. Vystaviť takýto doklad je oprávnený lekár s odbornou špecializačnou skúškou z odboru 034 — klinická mikrobiológia. Okrem potvrdenia o preškolení poskytovateľ predloží nasledujúce doklady preukazujúce kvalitu rýchlotestov na protilátky anti-SARS-CoV-2:

- Declaration of Conformity vystavené originálnym výrobcom,
- CE značka,
- deklarovanie meraných tried imunoglobulínov,
- zabudovaná interná kontrola,
- funkčné aj pri vyššej hladine cholesterolu v sére ako 6,0 mmol/l.

Kritériá vychádzajú z Usmernenia Európskej komisie k diagnostickým testom in vitro na COVID-19 a ich funkčnosti (2020/C 1221/00 zverejnenom v Úradnom vestníku EÚ 15 apríla 2020). Poistovňa poskytovateľovi neuhradí vyhodnotenie iných rýchlotestov ako takých, ktoré spĺňajú hore uvedené kritériá kvality.

Výjazdová služba MOM

Typ prevozu	Názov prevozu	Diagnóza	Podmienky úhrady	Cena za 1 km jazdy v €
COVM*	Preprava MOM za účelom odberu biologického materiálu formou výjazdovej služby, k osobe, ktorej je cez CovidPass potvrdená indikácia zo zdravotných dôvodov.	U07.1 U07.2	Indikácia na výjazd na odber MOM a späť, realizovaná lekárom. Poistenec nie je schopný zo závažných zdravotných dôvodov využiť všetky dostupné prostriedky na transport k prevádzkovateľovi MOM. Dôvod musí byť zaznamenaný v zdravotnej dokumentácii.	0,903

*Poskytovateľ vykazuje prevozy v dátovom rozhraní pre dopravu v dávke 793n.

Príloha č. 1e
k Zmluve č. 33NSP2000122

Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti
od 1.7.2022 do 30.6.2023

Časť A. Ambulantná zdravotná starostlivosť

Čl. I Zložky úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť (ceny)

1. Urgentný príjem 1. typu a 2. typu

1.1. Urgentný príjem 1. typu

Pevná cena za poskytovanie urgentnej zdravotnej starostlivosti poskytovateľom, ktorý má povolenie na prevádzkovanie všeobecnej nemocnice alebo špecializovanej nemocnice, ktorá má urgentný príjem 1. typu je stanovená opatrením MZ SR č. 07045/203-OAP v platnom znení.

Poisťovňa mesačne poskytovateľovi uhradza časť pevnej ceny, tzv. podiel poisťovne na úhrade pevnej ceny za 1 mesiac uhrádzaný formou mesačnej paušálnej platby (ďalej len „podiel poisťovne“), ktorému zodpovedá podiel poistencov poisťovne na celkovom počte poistencov.

K podielu poisťovne sa pripočítava rozdiel medzi:

1. súčtom

- základu pre výpočet ceny za poskytovanie zdravotnej starostlivosti na expektačnom lôžku a
- základu pre výpočet ceny za poskytovanie zdravotnej starostlivosti za výkony a

2. podielom poisťovne,

avšak len v prípade, ak súčet podľa bodu 1. je **vyšší** ako podiel poisťovne.

V prípade, ak súčet podľa bodu 1. je **nižší** ako podiel poisťovne, poisťovňa poskytovateľovi uhradí len podiel poisťovne.

Podiel poisťovne a nižšie uvedené pevné ceny za expektácie pacientov zahŕňajú všetky náklady súvisiace s poskytovaním urgentnej zdravotnej starostlivosti zabezpečeným materiálno-technickým vybavením podľa osobitného predpisu a náklady na prevádzku, okrem nákladov na lieky označené symbolom „A“ zaradené do zoznamu liekov podľa § 5 a § 8 zákona o úhrade liekov z verejného poistenia a okrem nákladov na spoločné a vyšetrovacie a liečebné zložky, ktoré sa vykazujú zdravotnej poisťovni poistenca na osobitnom zúčtovacom doklade.

Cena za poskytovanie zdravotnej starostlivosti na expektačnom lôžku

Kód výkonu	Názov výkonu	Pevná cena v €
1B03001	Expektácia – dospelí pacienti	40,00

Pod expektáciou pacienta na pracovisku urgentného príjmu sa rozumie poskytnutie ústavnej zdravotnej starostlivosti s kontinuálnym monitorovaním základných vitálnych funkcií trvajúce minimálne 2 hodiny a menej ako 24 hodín.

Základom pre výpočet ceny za poskytovanie zdravotnej starostlivosti na expektačnom lôžku za jeden kalendárny mesiac je súčin počtu ošetrovaných dospelých poistencov poisťovne v príslušnom kalendárnom mesiaci a pevnej ceny 40 Eur.

Cena zahŕňa náklady:

- súvisiace s poskytovaním terapeutických výkonov (najmä infúzna liečba, inhalačná liečba, detoxikačná liečba, parenterálna liečba) okrem nákladov na lieky označené symbolom „A“ zaradené do zoznamu liekov podľa § 5 a § 8 zákona o úhrade liekov z verejného poistenia a okrem nákladov na spoločné a vyšetrovacie a liečebné zložky,
- súvisiace s poskytovaním podporných výkonov (polohovanie, aktívny ohrev, symptomatická liečba),
- na výkony sterilizácie zdravotníckych pomôcok.

Kód výkonu	Názov výkonu	Pevná cena v €
1B03001	Expektácia – pacienti do dovŕšenia 19. roku veku	90,00

Po expektáciou pacienta na pracovisku urgentného príjmu sa rozumie poskytnutie ústavnej zdravotnej starostlivosti s kontinuálnym monitorovaním základných vitálnych funkcií trvajúce minimálne 2 hodiny a menej ako 24 hodín.

Základom pre výpočet ceny za poskytovanie zdravotnej starostlivosti na expektačnom lôžku za jeden kalendárny mesiac je súčin počtu ošetrovaných poistencov poisťovne do dovŕšenia 19. roku veku v príslušnom kalendárnom mesiaci a pevnej ceny 90 Eur.

Cena zahŕňa náklady:

- súvisiace s poskytovaním terapeutických výkonov (najmä infúzna liečba, inhalačná liečba, detoxikačná liečba, parenterálna liečba) okrem nákladov na lieky označené symbolom „A“ zaradené do zoznamu liekov podľa § 5 a § 8 zákona o úhrade liekov z verejného poistenia a okrem nákladov na spoločné a vyšetrovacie a liečebné zložky,
- súvisiace s poskytovaním podporných výkonov (polohovanie, aktívny ohrev, symptomatická liečba),
- na výkony sterilizácie zdravotníckych pomôcok.

Cena za poskytovanie zdravotnej starostlivosti za výkony

Základom pre výpočet ceny za poskytovanie zdravotnej starostlivosti za výkony na urgentnom prijíme 1. typu, okrem zdravotných výkonov poskytovaných na expektačnom lôžku, je súčin bodového ohodnotenia zdravotného výkonu uvedený v časti „C“ v zozname výkonov opatrenia MZ SR č. 07045/203-OAP v platnom znení a ceny za jeden bod zdravotného výkonu.

Cena za bod:

výkony z I. časti Zoznamu výkonov	0,028140 €
výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ)	0,008105 €

**Príloha č. 1j
k Zmluve č. 33NSP2000122**

**Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti
od 1.7.2022 do 30.6.2023**

Časť A. Ambulantná zdravotná starostlivosť

Čl. I Zložky úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť (všeobecné ustanovenia)

1. Úhrada za výkony vyjadrená cenou bodu

Úhrada za výkony uvedené v tabuľke Cena bodu sa vypočíta ako násobok jednotkovej ceny bodu a počtu bodov daného výkonu. Počet bodov vyplýva z opatrenia Ministerstva zdravotníctva SR, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva platného v čase poskytnutia výkonu. Pokiaľ počet bodov nevyplýva z opatrenia Ministerstva zdravotníctva SR, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva platného v čase poskytnutia výkonu, použije sa počet bodov pre daný výkon uvedený v poslednom opatrení Ministerstva zdravotníctva SR, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva, v ktorom bol počet bodov pre daný výkon stanovený. V prípade zmluvne dohodnutého počtu bodov, použije sa pre výpočet úhrady za daný výkon počet bodov vyplývajúci zo zmluvy.

2. Úhrada za výkony vyjadrená cenou za výkon

Výkony uvedené v tabuľke Cena za výkon sa uhrádzajú cenou za výkon. Cena za výkon zahŕňa náklady a úhradu za zdravotnú starostlivosť poskytnutú pri danom výkone, pokiaľ nie je uvedené inak.

Čl. II Zložky úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť (ceny)

1. Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky (SVLZ)

1.1. SVLZ – laboratórne

SVLZ – laboratórne		
Cena bodu		
Kód odbornosti	Špecializačný odbor	Cena bodu v €
024	Klinická biochémia – nepretržitá prevádzka	0,006274
029	Patologická anatómia – prevádzka do 24 hod.	0,005992
029	Patologická anatómia č. výkonu 9980 / 1000 bodov	0,006639
031	Hematológia a transfuziológia – nepretržitá prevádzka	0,006755
034	Klinická mikrobiológia – prevádzka do 24 hod.	0,005527

1.2. SVLZ – zobrazovanie

SVLZ – zobrazovanie	
Cena bodu	
Špecializačný odbor	Cena bodu v €
Rádiológia odb. 023 – typ ZS 400 – okrem vybraných skiagrafických RTG výkonov: 5010, 5011, 5012, 5015, 5016, 5020, 5021, 5022, 5023, 5024, 5025, 5030, 5031, 5032, 5033, 5035, 5050, 5051, 5052, 5053, 5056, 5060, 5061, 5062, 5065, 5070, 5071, 5072, 5075, 5076, 5077, 5080, 5081, 5082, 5083, 5090, 5095, 5051R	0,007303
CT – počítačová tomografia – typ ZS 420 – Klaster 3	0,004114
MR – magnetická rezonancia – typ ZS 421 – Klaster 2	0,004267

1.3. SVLZ – ostatné

SVLZ – ostatné				
Cena bodu				
Kód odb.	Kód výkonu	Názov, charakteristika alebo podmienky úhrady výkonu	Počet bodov	Cena bodu v €
027	516	Vybrané výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ) z časti FYZIATRIA BALNEOTERAPIA A LIEČEBNÁ REHABILITÁCIA.	180	0,013166
	518		350	
	523a		145	
	530		180	
	531		220	
	540		180	
	541		350	
	542		300	
	509a		220	
	512		130	
	513		250	
	514a		450	0,014515
	522		290	
	532		300	
	533a		450	
027	-	Výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ okrem vybraných výkonov) z časti FYZIATRIA BALNEOTERAPIA A LIEČEBNÁ REHABILITÁCIA.	-	0,009080
187	-	Ostatné výkony SVLZ (zobrazovacie diagnostické metódy – typ ZS 400), okrem SVLZ – laboratórne, SVLZ – zobrazovacie a SVLZ – FBLR	-	0,006971

1.4. Maximálne ceny pripočítateľných položiek k výkonom SVLZ

Maximálne ceny pripočítateľných položiek pri výkonoch intervenčnej rádiológie
Pri poskytovaní výkonov intervenčnej rádiológie môže poskytovateľ vykázať iba kategorizovaný špeciálny zdravotnícky materiál (ďalej len „ŠZM“) uvedený v Zozname kategorizovaných špeciálnych zdravotníckych materiálov (ďalej len „Zoznam kategorizovaných ŠZM“), pokiaľ v zmluve nie je dohodnuté inak. Poistovňa uhradí poskytovateľovi cenu vo výške skutočných nadobúdacích nákladov ŠZM, maximálne však vo výške úhrady kategorizovaného ŠZM so stanovenou maximálnou tzv. pripočítateľnou položkou (ďalej len „pripočítateľná položka“), ktorá je zverejnená na webovej stránke poisťovne v Zozname kategorizovaného ŠZM s maximálne stanovenou tzv. pripočítateľnou položkou.

Maximálne ceny pripočítateľných položiek - filmov a PACS archivácie pri výkonoch RTG (typ ZS 400)	
FOTO	Cena v €
FOTO01 - Snímok rozmer 3 x 4 (stomatologický)	0,37
FOTO02 - Snímok rozmer 15 x 30 (stomatologický)	0,66
FOTO03 - Snímok rozmer 18 x 24	0,50
FOTO04 - Snímok rozmer 24 x 30	0,83
FOTO05 - Snímok rozmer 35 x 35	1,43
FOTO06 - Snímok rozmer 30 x 40	1,33
FOTO07 - Snímok rozmer 35 x 43	1,73
FOTO08 - Snímok rozmer 24 x 30 (pre mamografiu)	1,83
FOTO09 - Snímok rozmer 18 x 24 (pre mamografiu)	1,10
FOTO10 - Snímok rozmer A4	0,76
FOTO11 - Snímok rozmer 14 x 17 inch laser	5,97
FOTO12 - Snímok rozmer 8 x 10 inch laser	1,53
FOTO13 - Snímok rozmer A3	2,82
FOTO14 - Snímok rozmer 13 x 18	0,33
FOTO15 - Snímok rozmer 15 x 40	0,76
FOTO16 - Snímok rozmer 5 x 7 (axiálna projekcia)	2,32
FOTO17 - Snímok rozmer 18 x 43	0,86
FOTO18 - Snímok rozmer 20 x 40	0,93
Poskytovateľ vykáže k jednotlivým výkonom rádiológie reálny počet snímkov a kódové označenie použitých snímkov, ktoré použil pri výkone.	
PACS archivácia	
Úhrada PACS archivácie pri výkonoch v rádiológii vykazovanej v zmysle platného dátového rozhrania je ocenená paušálnou cenou 0,93 € pri každom realizovanom výkone.	

1.5. Osobitné ustanovenia o spôsobe a podmienkach úhrady vybraných skiagrafických RTG výkonov

Táto časť prílohy sa vzťahuje na skiagrafické RTG výkony uvedené v Tabuľke – Vybrané skiagrafické RTG výkony (ďalej v tejto časti prílohy ako „vybrané výkony“), určuje špecifiká spôsobu a podmienok ich úhrady a spôsob vykazovania PACS ako pripočítateľných položiek k týmto výkonom.

1.5.1 Poskytovateľ sa v súvislosti s úhradou zdravotnej starostlivosti podľa tejto časti prílohy zaväzuje:

- Poskytovať zdravotnú starostlivosť na pracovisku poskytujúcom vybrané výkony minimálne v rozsahu 30 ordinačných hodín týždenne.
- Vyhотовovať popis snímky ako súčasť vybraných výkonov priamo poskytovateľom.
- V ročnej periodicite, do 31. 3., zaslať poisťovni anonymizované údaje o dávkach ožiarenia poistencov poisťovne v elektronickej forme a rozsahu uvedenom v Tabuľke – rozsah údajov o ožiarení; alebo formou písomného súhlasu v prospech VŠZP poskytovateľ sprístupní anonymizované údaje, ktoré monitoruje externý dodávateľ minimálne v rovnakom rozsahu. Anonymizovanými údajmi sa účely tohto bodu rozumejú údaje, ktoré nie je možné priradiť ku konkrétnej osobe ani s použitím dodatočných informácií uchovávaných poskytovateľom.
- Nevyžadovať od poistenca poisťovne úhradu za vybrané výkony, ktoré sú v zmysle tejto zmluvy a jej príloh hradené poisťovňou.

1.5.2 Kontrola dodržiavania povinnosti poskytovateľa:

- Poisťovňa je kedykoľvek oprávnená vykonať kontrolu dodržiavania povinnosti uvedených v bodoch 1 až 4 tejto časti prílohy (ďalej v tejto časti prílohy ako „povinnosti poskytovateľa“). V prípade, že poisťovňa zistí porušenie povinností poskytovateľa, je oprávnená ho o tomto zistení písomne informovať a vyzvať poskytovateľa (ďalej v tejto časti prílohy ako „Výzva poisťovne“) na predloženie písomného vyjadrenia (ďalej v tejto časti prílohy ako „Vyjadrenie poskytovateľa“) k zisteniam poisťovne.
- Ak poisťovňa neakceptuje odôvodnenie uvedené vo Vyjadrení poskytovateľa alebo poskytovateľ toto Vyjadrenie nedoručí poisťovni v lehote stanovenej vo Výzve poisťovne (minimálne 5 pracovných dní odo dňa doručenia Výzvy poisťovne), je poisťovňa oprávnená uhrádzať vybrané výkony v cene bodu podľa Tabuľky – Cena bodu pre vybrané skiagrafické výkony pri porušení povinnosti poskytovateľa.
- Poisťovňa je oprávnená podľa písm. b) uhrádzať zdravotné výkony za obdobie od kalendárneho mesiaca bezprostredne nasledujúceho po mesiaci, v ktorom bola poskytovateľovi doručená Výzva poisťovne, do kalendárneho mesiaca bezprostredne nasledujúceho po mesiaci, v ktorom poskytovateľ doručil poisťovni písomné stanovisko, v ktorom deklaroval odstránenie následkov porušenia povinnosti poskytovateľa.

Tabuľka – Vybrané skiagrafické RTG výkony

Číslo výkonu	5010, 5011, 5012, 5015, 5016, 5020, 5021, 5022, 5023, 5024, 5025, 5030, 5031, 5032, 5033, 5035, 5050, 5051, 5052, 5053, 5056, 5060, 5061, 5062, 5065, 5070, 5071, 5072, 5075, 5076, 5077, 5080, 5081, 5082, 5083, 5090, 5095, 5051R
--------------	---

Tabuľka – Cena bodu pre vybrané skiagrafické RTG výkony a úhrada PACS

Pracovisko		P51283023501			
Typ ZS	Odbornosť	Klaster	Cena bodu v €	Vykazovanie pripočítateľných položiek	
				PACS	FOTO
400	023	4	0,015336	s nulovou cenou	nevykazovať

Tabuľka – Cena bodu pre vybrané skiagrafické RTG výkony pri porušení povinnosti poskytovateľa

Pre všetky pracoviská			
Typ ZS	Odbornosť	Cena bodu v €	PACS ako pripočítateľná položka je zahnutá v cene bodu
400	023	0,007303	Nie

Tabuľka – rozsah údajov o ožiarení

Údaj	štruktúra údaju
dátum a čas poskytnutia výkonu	DD.MM.RRRR , HH.MM
vek pacienta	celé číslo
pohlavie pacienta	M / Ž
typ výkonu	číslo výkonu vybraného skiagrafického výkonu
počet expozícií	celé číslo
dávka žiarenia	mSv (milisievert)
identifikácia prístroja	názov prístroja a rok výroby
bezvýznamný jedinečný identifikátor poistenca	číslo“

1.6. Skrining karcinómu prsníka

Preventívne výkony – skrining karcinómu prsníka				
Cena za výkon				
Kód výkonu	Názov výkonu	Charakteristika výkonu	Kód diagnózy	Cena za výkon (€)*
1301	skriningová mamografia	negatívny nález	Z01.6 Z80.3 Z87.7	30,00
1301a		abnormálny nález po mamografii, bez USG a biopsie		
1301b		negatívny nález po mamografii, doplnkových mamografických snímkach a/alebo USG, bez biopsie		
1301c		abnormálny nález po mamografii, doplnkových mamografických snímkach a/alebo USG, bez biopsie		
1301d		negatívny nález po mamografii, doplnkových mamografických snímkach a/alebo USG a po biopsii		
1301e		malígny nález po mamografii, doplnkových snímkach mamografie a/alebo USG a biopsii		
* V cene za výkon sú zahrnuté náklady za komplexné vyšetrenie poistenky, t. j. cena za mamografiu, USG, biopsiu, archiváciu snímkov, administratívne účely s tým spojené a následné odoslanie poistenky na vyššie pracovisko v prípade pozitívneho nálezu.				
Kód výkonu	Názov výkonu	Charakteristika výkonu		
1301f	Ďalšie vyšetrenia v rámci diagnostiky prípadnej choroby zistenej na základe skriningu	Ďalšie vyšetrenia v rámci diagnostiky prípadnej choroby zistenej na základe skriningu.		
<p>Výkon 1301f</p> <ul style="list-style-type: none"> -vykazuje sa súčasne s kódom 1301c, 1301d, alebo 1301e; -hradí sa s nulovou cenou. 				
<p>Poisťovňa uhradí poskytovateľovi zdravotnú starostlivosť súvisiacu so skriningom karcinómu prsníka za nasledovných podmienok:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Skrining nádorov prsníkov predstavuje organizovanú a vyhodnocovaciu činnosť majúcu za cieľ včasné zachytenie zhubných nádorov prsníka vykonávaním skriningových mamografických vyšetrení prsníkov a prípadne iných doplnkových diagnostických vyšetrení (USG, biopsia) u poistenkyní pozvaných poisťovňou. b) Skrining nádorov prsníkov sa vykonáva a uhrádza u poistenky, ktorá bola poisťovňou pozvaná na skrining nádorov prsníkov a poskytovateľovi sa preukáže „Pozývacím listom“ poisťovne. Pozývací list sa pre tieto účely považuje za odporúčanie na poskytnutie mamografie a ďalšej zdravotnej starostlivosti súvisiacej so skriningom nádorov prsníkov a pri vykázani na úhradu do poisťovne sa ako odporúčajúci lekár uvedie lekár v špecializačnom odbore rádiológia zamestnaný u poskytovateľa. c) Poskytovateľ v čase realizácie skriningu nádorov prsníkov spĺňa všetky podmienky vstupu mamografického pracoviska do populačného skriningu rakoviny prsníka zverejnených na webovom sídle Ministerstva zdravotníctva SR v dokumente „Skrining rakoviny prsníka“. d) Poskytovateľ je povinný oboznámiť poistenku o výsledku vyšetrenia bezodkladne po ukončení výkonu. Písomné vyrozumienie zašle poskytovateľ elektronickou alebo bežnou poštou ošetrovateľovi, ktorého poistenka uvedie pri skriningovom vyšetrení, a to do 3 pracovných dní od ukončenia výkonu, v prípade biopsie do 14 pracovných dní. V prípade pozitívneho nálezu mamografického skriningu je poskytovateľ povinný odoslať poistenku na vyššie pracovisko. e) Poskytovateľ je povinný nahlásiť poisťovni kontaktné údaje v rozsahu e-mailová adresa a telefonický kontakt slúžiace na objednanie poistenkyní na skrining mamografie, a to zaslaním kontaktných údajov elektronicky na skrining@vszp.sk do 3 pracovných dní odo dňa zazmluvnenia preventívnych výkonov skriningovej mamografie. Poskytovateľ sa zaväzuje oznamovať poisťovni každú zmenu v kontaktných údajoch bezodkladne. Poskytovateľ zároveň berie na vedomie a súhlasí, že poisťovňa bude poskytovateľom oznámené kontaktné údaje uvádzať na Pozývacom liste. f) Poskytovateľ postupuje v súlade s dokumentom „Štandardný postup na vykonávanie lekárskeho ožiarenia a na výkone prevencie – skriningová mamografia“ vydaným Ministerstvom zdravotníctva SR. g) Výkon skriningovej mamografie sa vykazuje samostatne 1x za 2 kalendárne roky v prípade, ak poistenka v posledných 2 rokoch neabsolvovala preventívnu mamografiu a bola poisťovňou pozvaná na skriningovú mamografiu. h) Poisťovňa akceptuje úhradu výkonu nad zmluvne dohodnutý maximálny rozsah úhrady zdravotnej starostlivosti. i) Výkon nebude poisťovňou akceptovaný v prípade, ak: <ul style="list-style-type: none"> - poistenka bola zaslaná na mamografický skrining v rámci gynekologickej prevencie; poskytovateľ v tomto prípade vykazuje poisťovni zdravotnú starostlivosť pod kódom výkonu prevencie - poskytovateľ nepostupoval v súlade s dokumentom „Štandardný postup na vykonávanie lekárskeho ožiarenia a na výkone prevencie – skriningová mamografia“ vydaným Ministerstvom zdravotníctva SR 				

- poskytovateľ vykáže výkony skrínigovej mamografie (1301a až 1301e) súčasne
- poskytovateľ vykáže výkony skrínigovej mamografie (1301a až 1301e) a diagnostickej (preventívnej) mamografie súčasne“

1.7. Priamo hradené výkony (typ ZS 400)

Kód výkonu	Názov výkonu	Odbornosť pracoviska	Odbornosť indikujúceho lekára	Kód diagnózy	Cena za výkon v €	Indikačné kritéria
7229	Vyšetrenie iných zápalov ženských panvových orgánov (mimo chlamýdií a HPV)	062, 029, 034	009,012,018,002	A56*, A63*, N72*, N74.8, N76.8, N87*	40,00 €	Pod jednotlivými priamo hradenými výkonmi sa rozumie skupina viacerých výkonov SVLZ v špecializačnom odbore lekárska genetika, patológia, mikrobiológia a imunológia vykazovaných pod spoločným kódom. Cena za priamo hradené výkony, ktoré tvoria jednu skupinu, sa uhrádza ako celok a nekombinuje sa s laboratórnymi výkonmi II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ). Indikovanie, poskytovanie a vykazovanie týchto priamo hradených výkonov musí byť uskutočnené v súlade s podmienkami uvedenými v tejto tabuľke.

Príloha č. 11
k Zmluve č. 33NSP200122

**Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti
od 1.7.2022 do 30.6.2023**

Časť A. Ambulantná zdravotná starostlivosť

Čl. I Zložky úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť (všeobecné ustanovenia)

1. Úhrada za výkony vyjadrená cenou za výkon

Výkony uvedené v tabuľke Cena za výkon sa uhrádzajú cenou za výkon. Cena za výkon zahŕňa náklady a úhradu za zdravotnú starostlivosť poskytnutú pri danom výkone, pokiaľ nie je uvedené inak.

Čl. II Zložky úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť (ceny)

1. Ambulantná pohotovostná služba (APS)

Cena za výkon		
Kód výkonu	Názov, charakteristika alebo podmienky úhrady výkonu	Cena za výkon v €
4	<p>Štandardné vyšetrenie jedného orgánového systému – kontrolné vyšetrenie.</p> <ul style="list-style-type: none"> Súčasťou výkonu je anamnéza, opis terajšieho ochorenia, objektívny nález, odoslanie na laboratórne, prístrojové alebo odborné vyšetrenie – vypísanie žiadaniek, záver, vypísanie receptov, poučenie pacienta. Výkon môže vykazovať lekár všeobecnej starostlivosti podľa § 8 ods. 2 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „lekár všeobecnej starostlivosti“), lekár ambulantnej pohotovostnej služby (APS), ako aj lekár záchrannej zdravotnej služby (ZZS). 	4,75
5	<p>Štandardné fyzikálne vyšetrenie jedného orgánového systému.</p> <ul style="list-style-type: none"> Kontrolné vyšetrenie, na základe symptomatologickej anamnézy vrátane rady a dokumentácie cez deň v sobotu, v nedeľu, počas sviatkov a 31. decembra. Výkon môže vykazovať lekár všeobecnej starostlivosti, lekár poskytujúci APS, ako aj lekár ZZS. 	8,31
6	<p>Štandardné fyzikálne vyšetrenie jedného orgánového systému na základe symptomatologickej anamnézy vrátane rady a dokumentácie medzi 19.00 - 7.00 hodinou.</p> <ul style="list-style-type: none"> Výkon môže vykazovať lekár všeobecnej starostlivosti, lekár poskytujúci APS, ako aj lekár ZZS. 	9,49
8	<p>Štandardné vyšetrenie dvoch alebo viacerých orgánových systémov.</p> <ul style="list-style-type: none"> Súčasťou výkonu je anamnéza, opis terajšieho ochorenia, objektívny nález, odoslanie na laboratórne, prístrojové alebo odborné vyšetrenie - vypísanie žiadaniek, záver, vypísanie receptov, poučenie pacienta (trvanie najmenej 20 minút). Výkon môže vykazovať lekár všeobecnej starostlivosti pri dispénzarnej starostlivosti, lekár poskytujúci APS, ako aj lekár ZZS. 	5,93
15c	Zhotovenie EKG záznamu s najmenej 12 zvodmi bez opisu.	2,37
26	<p>Návšteva mimo riadneho pracovného času lekára, vykonaná ihneď po výzve z dôvodov ochorenia.</p> <ul style="list-style-type: none"> Vyžaduje sa časový údaj. 	11,87
29	<p>Návšteva v noci vyžiadaná a vykonaná medzi 22.00 a 7.00 hodinou.</p> <ul style="list-style-type: none"> Vyžaduje sa časový údaj o vyžiadaní a vykonaní návštevy. 	21,36
30	Príplatok k výkonom pod kódmi 26 a 29 za návštevu vyžiadanú a vykonanú v sobotu, v nedeľu, počas sviatkov a 31. decembra.	10,68

64	Príplatok pri ambulantnej zdravotnej starostlivosti o	1,66
	a) pacienta ťažko mobilného, imobilného, mentálne postihnutého, dementného, zrakovovo alebo sluchovo postihnutého,	
	b) dieťa do veku piatich rokov možno k výkonom pod kódmi 4 až 6, 8, 60, 61, 62 a 63 vykazovať nasledujúci príplatok:	
	Pri výkonoch pod kódmi 4 až 8.	
67	Príplatok u dieťaťa do veku piatich rokov pri výkonoch - odber krvi, injekcie, infúzie, transfúzie, infiltrácie, implantácie, odobratie sterov, punkcie a pri výkone očkovania.	2,37
71	Vystavenie tlačiva. <ul style="list-style-type: none"> Na základe verejného zdravotného poistenia je uhrádzané vystavenie tlačiva - regresné hlásenie pre zdravotnú poisťovňu. 	0,83
71b	Krátka správa lekára ambulantnej pohotovostnej služby ošetrojúcemu lekárovi.	1,07
200	Obväz s výnimkou rýchlych obväzov a sprejov, očných a ušných klapiek, trojuholníkových šatiek, hotových náplastí alebo hotových kravatových obväzov na rany. <ul style="list-style-type: none"> Obväzy podľa výkonu pod kódom 200 sa nemôžu nevykazovať, keď slúžia na krytie rán, ktoré vznikli lekárskeho výkonom pri tom istom ošetrení. 	1,66
201	Obväz hrudníka alebo Desaultov obväz s výnimkou obväzu pupka.	9,49
204	Cirkulárny obväz hlavy, drieku, stabilizujúci obväz krku, ramenného alebo bedrového kĺbu alebo jednej končatiny cez najmenej dva kĺby ako obväz rany alebo na uvedenie končatiny do pokojného stavu, alebo kompresívny obväz, alebo zinkovo-glejový obväz.	2,37
206	Spevňujúci náplastový obväz malého kĺbu.	1,66
207	Spevňujúci náplastový obväz veľkého kĺbu.	2,85
210	Malý dlahový obväz aj ako núdzový obväz pri zlomeninách.	1,78
212	Dlahový obväz so znehybnením najmenej dvoch veľkých kĺbov (laktového, zápästného, členkového), ako aj núdzový obväz pri zlomeninách.	4,27
250a	Odobratie krvi venepunkciou do jednej striekačky alebo do jednej skúmavky, vrátane odberovej súpravy, za každú súpravu.	1,90
250b	Odber krvi do uzavretého systému, alebo odber pri podozrení na infekčné ochorenie, za každú odberovú súpravu.	3,56
252	Injekcia intrakutánna, subkutánna, submukózna, subkonjunktívna alebo intramuskulárna.	1,66
253	Injekcia intravenózna.	2,37
258	Odobratie kapilárnej krvi.	1,42
260a	Zavedenie katétra do periférnej cievy.	3,56
267	Medikamentózne ošetrenie infiltráciou, za každé ošetrenie.	2,37
271	Infúzia intravenózna v trvaní od 10 do 30 minút.	4,75
320	Umelé dýchanie (napríklad z úst do úst, dýchanie vakom, dýchanie aparátom).	3,56
321	Umelé dýchanie a extratorakálna tlaková masáž srdca.	8,31
322	Ústna a nasotracheálna intubácia.	4,75
323	Otvorenie horných dýchacích ciest koniotómiou, koniopunkciou, prípadne aj endotracheálnou intubáciou.	11,87
330	Výplach žalúdka žalúdkovou sondou.	5,22
332	Inhalácia kyslíka vrátane inhalovaného kyslíka, za každých 30 minút.	0,71
363	Digitálne vyprázdnenie konečníka.	3,80
603a	Vyhodnotenie EKG v prípade, že odborný lekár s príslušnou špecializáciou EKG len vyhodnotí. Nejde o automatické prístrojové vyhodnotenie.	3,56
1275	Odstránenie voľného cudzieho telesa zo spojovky alebo mechanická epilácia mihalnic jedného oka.	0,71
1402	Predná nosová tamponáda.	2,37
2000	Prvé ošetrenie malej rany.	2,37
2003	Prvé ošetrenie veľkej rany.	4,03
2011	Prvotné ošetrenie popáleniny I. alebo II. stupňa (ruka, noha, tvár), za každú popáleninu (toilette, debridement, topické prostriedky).	5,93
2011a	Prvotné ošetrenie popáleniny I. alebo II. stupňa do 5% povrchu tela, za každú popáleninu (toilette, debridement, topické prostriedky).	3,56

3525	Kompletný dôkaz základných patologických súčastí moču, za každú vzorku od pacienta	1,00
3526	Nekompletný dôkaz najviac troch z uvedených základných patologických súčastí moču, za každú patientsku vzorku	0,70
3635a	Kontrola glykémie glukomerom	1,19
Výška úhrady (paušál) mesačne na ambulanciu pevnej ambulantnej pohotovostnej služby		
<p>V súlade s platným Nariadením vlády SR č. 115/2018 Z.z. ktorým sa ustanovuje výška úhrad zdravotnej poisťovne za poskytovanie zubno-lekárskej pohotovostnej služby a ambulantnej pohotovostnej služby, spôsob výpočtu a pravidlá výpočtu týchto úhrad, sa výška úhrady zdravotnej poisťovne za poskytovanie ambulantnej pohotovostnej služby ustanovuje nasledovne:</p> <p>Poisťovňa mesačne poskytovateľovi uhradza časť paušálnej úhrady na jednu ambulanciu pevnej ambulantnej pohotovostnej služby, pričom podiel zdravotnej poisťovne na paušálnej úhrade zodpovedá podielu poistencov zdravotnej poisťovne na celkovom počte poistencov na území SR pre príslušný kalendárny rok.</p>		
Úhrada nad rámec mesačného paušálu a úhrady za výkony		
<p>Nad rámec mesačného paušálu a úhrady za výkony sa uhradza doprava lekára v prípade návštevnej APS. Úhrada pri prevoze APS, LSPR sa realizuje len za skutočný počet prejazdených kilometrov s lekárom (za nevyťažené vozidlo poisťovňa úhradu nerealizuje).</p>		
Typ prevozu		Cena za 1km v €
APS - služobným alebo objednaným vozidlom ambulantnej zdravotnej služby		0,50
LSPR - vlastným vozidlom		0,30

Cena za výkon		
Kód výkonu	Charakteristika výkonu	Cena za výkon
4571a	<p>Vyšetrenie C – reaktívneho proteínu</p> <ul style="list-style-type: none"> – Výkon indikuje a vykonáva PZS. – Výkon môže byť vykázaný s frekvenciou maximálne 1x denne na URČ. – Cena zahŕňa náklady na odobratie biologického materiálu a vyhodnotenie výsledku CRP vyšetrenia. <p>Podmienkou úhrady výkonu 4571a je splnenie nasledovných podmienok zo strany PZS:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Platný doklad o zakúpení, resp. prenájme prístrojového vybavenia. – Prehlásenie o zhode k prístroju. – Zaznamenanie výsledku a vyhodnotenia výsledku v zdravotnej dokumentácii poistenca. 	5,00

Príloha č. 1o
k Zmluve č. 33NSP2000122

Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti
od 1.7.2022 do 30.6.2023

Časť A. Ústavná zdravotná starostlivosť

Čl. I Zložky úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť (ceny)

1. DRG relevantné odbornosti

Ústavná zdravotná starostlivosť poskytnutá poistencovi na oddelení s odbornosťou, ktoré je v zmysle usmernenia Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej len „ÚDZS“) zaradené do vykazovania a úhrad podľa SK-DRG systému (ďalej len „DRG relevantné odbornosti“).

Úhrada za ústavnú zdravotnú starostlivosť na DRG relevantných odbornostiach je uvedená v prílohe č. 2o – Rozsah zdravotnej starostlivosti.

2.1. Základné pojmy

Hospitalizačný prípad je zdravotná starostlivosť poskytnutá pacientovi počas hospitalizácie u poskytovateľa na oddeleniach s DRG relevantnou odbornosťou podľa metodického usmernenia Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou platného v čase prijatia pacienta na hospitalizáciu, od dátumu jeho prijatia na hospitalizáciu až do dátumu prepustenia z hospitalizácie (ďalej len „Hospitalizačný prípad“). Ak poskytovateľ prevádzkuje viacero zdravotníckych zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti, považuje sa Hospitalizačný prípad za ukončený prepustením pacienta z ústavného zdravotníckeho zariadenia.

Poskytovateľom prevádzkujúcim viaceré ústavné zdravotnícke zariadenia sa pre účely klasifikačného systému DRG rozumie:

- a. Univerzitná nemocnica Bratislava, IČO: 31813861
 - Univerzitná nemocnica Bratislava – ANTOLSKÁ
 - Univerzitná nemocnica Bratislava – RUŽINOVSKÁ
 - Univerzitná nemocnica Bratislava – MICKIEWICZOVA
 - Univerzitná nemocnica Bratislava – LIMBOVÁ
- b. SVET ZDRAVIA, a.s., IČO: 35960884
 - SVET ZDRAVIA, a.s. - RIMAVSKÁ SOBOTA
 - SVET ZDRAVIA, a.s. - ŽIAR NAD HRONOM, BANSKÁ ŠTIAVNICA
- c. Národný ústav srdcových a cievnych chorôb, a.s., IČO: 35971126
 - Národný ústav srdcových a cievnych chorôb, a.s. – Limbová DKC
 - Národný ústav srdcových a cievnych chorôb, a.s. – Pod Krásnou hôrkou
- d. Univerzitná nemocnica - Nemocnica svätého Michala, a. s., IČO: [44570783](http://www.cksdrg.sk)
 - Univerzitná nemocnica - Nemocnica svätého Michala, a. s. – Bratislava
 - Univerzitná nemocnica - Nemocnica svätého Michala, a. s. – Košice

Definičná príručka obsahuje detailný popis slovenského klasifikačného systému DRG (ďalej aj ako „klasifikačný systém“) s uvedením grafického znázornenia všetkých zaraďovacích algoritmov, ako aj k nim prislúchajúcim logických výrazov a tabuliek.

Pravidlá kódovania sú pravidlá kódovania chorôb a zdravotných výkonov, ktoré sa poskytovateľ zaväzuje dodržiavať. Ustanovuje výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky zo 17. decembra 2015 č. 09467/2015.

Základná sadzba je suma v absolútnej hodnote, ktorá je uhrádzaná podľa klasifikačného systému za jednotlivý Hospitalizačný prípad s relatívnou váhou 1,0. Výška základnej sadzby je stanovená Centrom pre klasifikačný systém vo výške zverejnenej na webovej stránke <http://www.cksdrg.sk>.

Relatívna váha je hodnota uvedená pri príslušnej diagnosticko-terapeutickej skupine v katalógu prípadových paušálov platného ku dňu prijatia poistenca do ústavného zdravotníckeho zariadenia. Je relatívnym vyjadrením priemerných nákladov na hospitalizačný prípad príslušnej DRG skupiny

Katalóg prípadových paušalov je zoznam jednotlivých DRG skupín, ktorý obsahuje relatívne váhy a ďalšie údaje relevantné pre DRG zúčtovanie, ako napr. ošetrovacie doby a jej hraničné hodnoty pre jednotlivé DRG skupiny, zníženia a zvýšenia relatívnej váhy a prípadne ďalšie pripočítateľné položky.

Efektívna relatívna váha sa určuje z relatívnej váhy pri príslušnej diagnosticko-terapeutickej skupine v závislosti od toho, či dĺžka Hospitalizačného prípadu je mimo intervalu ošetrovacej doby v zmysle katalógu prípadových paušalov platného ku dňu prijatia poistenca do ústavného zdravotníckeho zariadenia.

Grouper je softvérový nástroj (počítačový program), ktorý zabezpečuje zaradenie Hospitalizačného prípadu do konkrétnej DRG skupiny.

Ošetrovacia doba je počet dní pobytu pacienta (medicínsky odôvodneného v zdravotnej dokumentácii) v jednom ústavnom zdravotníckom zariadení (nemocnici) na DRG relevantných oddeleniach, pričom sa do celkového počtu ošetrovacích dní nezapočíta deň prepustenia alebo prekladu pacienta. Do ošetrovacej doby sa nezapočítavajú dni na priepustke.

2.2. Podmienky akceptácie a úhrady ústavnej zdravotnej starostlivosti na DRG relevantných odbornostiach

2.2.1. Úhrada za Hospitalizačný prípad je daná súčinom základnej sadzby a efektívnej relatívnej váhy v súlade s platnými dokumentmi vydanými Centrom pre klasifikačný systém v znení platnom v čase prijatia poistenca do zdravotníckeho zariadenia ústavnej zdravotnej starostlivosti: Definičná príručka, Katalóg prípadových paušalov, Pravidlá kódovania, Kalkulačná príručka ako aj ďalšie nevyhnutne súvisiace dokumenty vydané Centrom pre klasifikačný systém.

2.2.2. Úhrada za Hospitalizačný prípad u poskytovateľa zahŕňa úhradu za akceptovanú komplexnú zdravotnú starostlivosť (vrátane nákladov na lieky, zdravotnícke pomôcky, dietetické potraviny a špeciálny zdravotnícky materiál, tkanivá a bunky poskytované pri transplantáciách, materské mlieko, transfúzne lieky), ak z medicínskeho hľadiska tieto mali byť podané poistencovi počas trvania Hospitalizačného prípadu:

- a. poskytnutú pacientovi poskytovateľom zdravotnej starostlivosti počas Hospitalizačného prípadu,
- b. poskytnutú pacientovi iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti počas Hospitalizačného prípadu na základe žiadanky alebo výmenného lístka vystaveného poskytovateľom,
- c. poskytnutú aj po ukončení Hospitalizačného prípadu, ak žiadanka alebo výmenný lístok na poskytnutú zdravotnú starostlivosť boli vystavené počas Hospitalizačného prípadu.

2.2.3. Úhrada za Hospitalizačný prípad nezahŕňa úhradu za:

- a. poskytnutú zdravotnú starostlivosť na základe žiadanky alebo výmenného lístka, ak neboli vystavené počas Hospitalizačného prípadu,
- b. pripočítateľné položky zverejnené v Katalógu prípadových paušalov,
- c. komplexnú zdravotnú starostlivosť v ambulancii záchranej zdravotnej služby pri preprave novorodencov a detí,
- d. dopravnú službu (DS),
- e. vrtuľníkovú záchrannú zdravotnú službu (VZZS),
- f. záchrannú zdravotnú službu (ZZS)
- g. lieky, zdravotnícke pomôcky a dietetické potraviny predpísané v deň prepustenia pacienta zo zdravotníckeho zariadenia v ambulancii poskytovateľa alebo iného poskytovateľa, ak z medicínskeho hľadiska tieto lieky, zdravotnícke pomôcky a dietetické potraviny nemali byť podané poistencovi ešte počas trvania Hospitalizačného prípadu,
- h. vybraný špeciálny zdravotnícky materiál uvedený v bode 2.2.7.

2.2.4. Úhrada za komplexnú zdravotnú starostlivosť na základe žiadanky vystavenej poskytovateľom alebo iným poskytovateľom v deň prijatia a v deň prepustenia z hospitalizácie, ako aj kedykoľvek počas hospitalizácie, bez ID Hospitalizačného prípadu, bude automaticky započítaná do úhrady za Hospitalizačný prípad, pokiaľ poskytovateľ nepreukáže, že zdravotná starostlivosť nesúvisí s Hospitalizačným prípadom. V prípade, ak na žiadanke nebude uvedený dátum vystavenia, zdravotná poisťovňa zdravotnú starostlivosť neuhradí a požiada poskytovateľa alebo iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o jeho doplnenie.

2.2.5. Poskytovateľ za zaväzuje vykázať mesačne všetky hromadné dávky poskytnutej ústavnej zdravotnej starostlivosti (typ ZS 60*) na jednej faktúre, ktorej súčasťou budú aj opravné a aditívne dávky poskytnutej ústavnej zdravotnej starostlivosti z predchádzajúcich období.

2.2.6. Poskytovateľ zaradený v systéme vykazovania poskytnutej ústavnej zdravotnej starostlivosti podľa DRG, vykazuje ústavnú zdravotnú starostlivosť za všetkých poistencov EÚ (okrem poistencov SR) ošetrených v príslušnom mesiaci v jednej samostatnej faktúre v súlade s platným metodickým usmernením Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

2.2.7. Zmluvné strany sa dohodli, že vybraným špeciálnym zdravotníckym materiálom (ďalej len „vybrané ŠZM“) sa rozumie:

Kód NŠZM	schvaľovanie	Názov nekategorizovaného špeciálneho zdravotníckeho materiálu
120026	**	Lokálne hemostiptické prostriedky
120027		Set autotransfúzny
120028	**	Set Stapler (Aortálny spojovací systém ACS)
170007		Nožnice k harmonickému skalpelu
Vysvetlivky:		
R	schvaľuje revízny lekár pobočky	
RR	schvaľuje revízny lekár generálneho riaditeľstva	
•	ZP nie je schvaľovaná vopred, RL pobočky vykoná kontrolu vykázaných ZP na konci kalendárneho štvrtroka	
**	možné použiť viac kusov pre jedného pacienta	

Vybrané ŠZM podľa tohto bodu je poskytovateľ povinný vykázat poisťovni v samostatnej faktúre. Poisťovňa posudzuje použitie vybraného ŠZM individuálne na unikátnej rodné číslo poistenca, a až po jeho schválení môže byť uskutočnená úhrada.

Poisťovňa uhrádza skutočné náklady súvisiace s obstaraním ŠZM, maximálne však do výšky maximálnej ceny kategorizovaného ŠZM podľa Zoznamu kategorizovaného ŠZM s maximálne stanovenou cenou zverejnenou na webovej stránke poisťovne.

- 2.2.8.** Poskytovateľ zaradený v systéme vykazovania poskytnutej ústavnej zdravotnej starostlivosti podľa DRG vykazuje pripočítateľné položky k hospitalizačným prípadom podľa dokumentu „Pripočítateľné položky DRG“ platný pre aktuálny kalendárny rok, ktorý je zverejnený na webom sídle poisťovne (www.vszp.sk). V prípade, že pripočítateľné položky nebudú poisťovni vykázané spôsobom podľa predchádzajúcej vety, poisťovňou akceptované nebudú. V prípade podania liekov, ktoré obstarala poisťovňa centrálnym nákupom, poskytovateľ vykazuje pripočítateľnú položku s nulovou cenou.
- 2.2.9.** Pripočítateľné položky s typom úhrady B sú hradené, ak sa na úhrade a cene týchto pripočítateľných položiek Poisťovňa a Poskytovateľ dohodli. Ak cena pre úhradu nebola pevne stanovená je Poskytovateľ oprávnený Poisťovňu vopred písomne požiadať o jej dohodnutie. Postup je uvedený v bode 2.2.11.
- 2.2.10.** Zmluvné strany sa dohodli, v prípade, že pripočítateľná položka, ktorej pevná cena nie je stanovená v Katalógu prípadových paušálov a ani v dokumente „Pripočítateľné položky DRG“ platnom pre aktuálny kalendárny rok (ďalej len „dokument“), ktorý je zverejnený na webom sídle poisťovne (www.vszp.sk), je poskytovateľ oprávnený poisťovňu vopred písomne požiadať o jej dohodnutie. V prípade, ak zo strany poskytovateľa ide o použitie pripočítateľnej položky, ktorá nemá stanovenú alebo dohodnutú cenu v súvislosti s poskytnutím neodkladnej zdravotnej starostlivosti, poskytovateľ môže poisťovňu požiadať o dohodnutie ceny pripočítateľnej položky aj dodatočne, najneskôr však po päť pracovných dní od poskytnutia tejto neodkladnej zdravotnej starostlivosti. V žiadosti je poskytovateľ povinný predložiť doklady (nadobúdacie doklady) preukazujúce nadobúdanie cenu pripočítateľnej položky – poisťovňa je v prípade potreby oprávnená vyžiadať si od poskytovateľa aj ďalšie relevantné doklady. Poisťovňa žiadosť poskytovateľa posúdi a v prípade, že jej vyhoví, túto skutočnosť poskytovateľovi písomne oznámi. Cena danej pripočítateľnej položky sa tým považuje za dohodnutú. Poisťovňa následne takto dohodnutú cenu pripočítateľnej položky platnú pre všetkých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti zverejní v dokumente, pričom zverejnená cena je odo dňa jej zverejnenia, resp. odo dňa uvedeného v dokumente. Poisťovňa si vyhradzuje právo na prehodnotenie dohodnutej ceny pripočítateľnej položky najmä v prípade, kedy nadobudne vedomosť o nižšej nadobúdacej cene danej pripočítateľnej položky ako je uvedená v dokumente.
- 2.2.11.** V prípade hospitalizácie, ktorej doba presiahne 6 po sebe nasledujúcich kalendárnych mesiacov a stav pacienta nedovoľuje jeho prepustenie do domácej starostlivosti, poskytovateľ je povinný pred uplynutím 6. mesiaca hospitalizácie pacienta poisťovňu požiadať o schválenie úhrady zdravotnej starostlivosti cenou ošetrovacieho dňa. V prípade schválenia úhrady cenou ošetrovacieho dňa poskytovateľ Hospitalizačný prípad ukončí posledným dňom 6. mesiaca a od prvého dňa 7. mesiaca bude ústavná zdravotná starostlivosť v prípade tohto pacienta uhrádzaná formou ceny ošetrovacieho dňa. Cena ošetrovacieho dňa bude zo strany poisťovne určená až po posúdení náročnosti zdravotnej starostlivosti.
- 2.2.12.** V prípade, ak Hospitalizačný prípad bol klasifikovaný do diagnosticko-terapeutickej skupiny, ktorá je v platnom katalógu prípadových paušálov uvedená bez relatívnej váhy, pri vybraných kódoch DRG sa použije relatívna váha uvedená v nasledovnej tabuľke:

Kód DRG	Názov DRG	Relatívna váha
B76A	Záchvaty, viac ako jeden deň hospitalizácie, s komplexnou diagnostikou a liečbou	0,8776
E76A	Tuberkulóza, viac ako 14 ošetrovacích dní	2,6820
B61B	Určité akútne ochorenia a poranenia miechy bez komplexného výkonu alebo viac ako 13 dní ošetrovacích dní alebo žiadne preloženie ďalej	1,9168
	Ostatné DRG skupiny bez určenej relatívnej váhy v platnom Katalógu prípadových paušálov	1,1400

2.3. Ustanovenia o revíznej činnosti

- 2.3.1.** Ak poisťovňa kontrolou zdravotnej starostlivosti uhrádzanej podľa klasifikačného systému zistí, že poskytovateľ porušil pravidlá kódovania podľa dokumentov vydaných Centrom pre klasifikačný systém v znení platnom v čase prijatia poistenca do zdravotníckeho zariadenia ústavnej zdravotnej starostlivosti, Hospitalizačný prípad bude poisťovňou zamietnutý. Poskytovateľ si však môže vykázať Hospitalizačný prípad opätovne v súlade s pravidlami kódovania. Poisťovňa zároveň:
- a) po vykonaní kontroly na vzorke určenej diagnosticko-terapeutickej skupiny, kde vzorka obsahuje minimálne 5 % všetkých prípadov a minimálne však 30 prípadov vykázaných zdravotnej starostlivosti v kontrolovanom období, zníži evidovanú sumu za všetky prípady poskytnutej zdravotnej starostlivosti vykázané v kontrolovanom období v určenej diagnosticko-terapeutickej skupine o sumu priemerného rozdielu medzi evidovanou sumou za zdravotnú starostlivosť vykázanú poskytovateľom a sumou zistenou na kontrolovanom vzorke prípadov vykázaných zdravotnej starostlivosti;
 - b) po vykonaní kontroly v jednotlivých prípadoch postupuje podľa bodu 7.8. zmluvy; postupom podľa Všeobecných zmluvných podmienok v platnom znení je poisťovňa zároveň oprávnená uplatniť si u poskytovateľa zmluvnú pokutu vo výške rozdielu medzi evidovanou sumou za zdravotnú starostlivosť jednotlivého prípadu vykázaného poskytovateľom a sumou za zdravotnú starostlivosť zistenú kontrolou poisťovne, ktorá mala byť poskytovateľovi za tento jednotlivý určený prípad poisťovňou podľa spravnosti uhradená.
- 2.3.2.** Poskytovateľ je povinný poskytovať zdravotnú starostlivosť správne a vykazovať ju na úhradu zdravotnej poisťovni tak, aby nedochádzalo k zvýšeniu finančnej náročnosti Hospitalizačného prípadu. Poisťovňa bude akceptovať kontinuálne poskytovanú zdravotnú starostlivosť, ktorá je adekvátna aktuálnemu zdravotnému stavu poistenca.
- 2.3.3.** Po ukončení Hospitalizačného prípadu je poskytovateľ povinný vyhotoviť prepúšťaciu správu (táto zásada platí aj pri preklade pacienta na iné oddelenie), ktorá okrem komplexného zhodnotenia zdravotného stavu poistenca a súhrnu výkonov poskytnutej zdravotnej starostlivosti musí obsahovať aj:
- a) zoznam liekov, ktoré poskytovateľ podal poistencovi počas hospitalizácie,
 - b) zoznam liekov a zdravotníckych pomôcok, ktoré poskytovateľ odporúča predpisovať poistencovi po ukončení hospitalizácie,
 - c) mená a kódy lekárov - špecialistov, ktorí odporúčali predpísanie liekov za podmienky dodržania preskripčných a indikačných obmedzení podľa písmena b) tohto bodu,
 - d) medicínske zdôvodnenie prekladu na iné oddelenie, resp. do iného zdravotníckeho zariadenia,
 - e) ID, dátum a čas začiatku Hospitalizačného prípadu,
 - f) ID, dátum a čas začiatku a ukončenia Hospitalizačného prípadu, ak Hospitalizačný prípad bol ukončený.
- 2.3.4.** Poskytovateľ je povinný na žiadosť poisťovne umožniť nahliadnutie do evidencie nozokomiálnych nákaz na jednotlivých oddeleniach v zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti, prehľadov sledovania rezistencie jednotlivých mikrobiálnych kmeňov, ústavných liekových formulárov, spotreby antibiotík resp. iných liekov, zaradenia poistencov do klinického výskumu.

Čl. II Osobitné podmienky akceptácie a úhrady ústavnej zdravotnej starostlivosti – eHospik.

1. Poskytovateľ je povinný prostredníctvom ePobočky posielat poisťovni najmenej jedenkrát počas pracovného dňa údaje potrebné na vedenie zoznamu poistencov za účelom poskytnutia ústavnej zdravotnej starostlivosti (ďalej len: „hospitalizácia“), v štruktúre (dátovom rozhraní – dávka 901) určenej poisťovňou a zverejnenej na internetovej stránke poisťovne; to neplatí, ak poskytovateľ počas pracovného dňa neprijal a ani neukončil hospitalizáciu žiadneho pacienta.
2. Poisťovňa je povinná vyjadriť sa k nahláseným plánovaným hospitalizáciám poskytovateľa do 5 pracovných dní od ich nahlásenia.
3. Poisťovňa je povinná na požiadanie poskytnúť poskytovateľovi programové vybavenie programu eHospik. Poskytovateľ môže namiesto programu eHospik použiť vlastné programové vybavenie, ktoré vytvára dávku 901.
4. Poskytovateľ, ktorý prijal pacienta na hospitalizáciu v dôsledku potreby poskytnúť mu neodkladnú zdravotnú starostlivosť, je povinný oznámiť túto skutočnosť poisťovni prostredníctvom dávky 901 najneskôr v pracovný deň bezprostredne nasledujúci po dni začatia hospitalizácie.
5. Poskytovateľ je povinný v zdravotnej dokumentácii pacienta vyznačiť dátum a hodinu začatia hospitalizácie, dátum a hodinu ukončenia hospitalizácie. Poskytovateľ je ďalej povinný oznámiť poisťovni prostredníctvom dávky 901 začatie aj ukončenie hospitalizácie pacienta.
6. Poskytovateľ prijme pacienta na hospitalizáciu na poskytovanie plánovanej zdravotnej starostlivosti počas dňa, ktorý poisťovňa určí v súhlase, alebo kedykoľvek po tomto dni; ak takýto deň poisťovňa v súhlase neurčila, tak najskôr v deň udelenia súhlasu. Poskytovateľ nesmie prijať pacienta na hospitalizáciu na poskytovanie plánovanej zdravotnej starostlivosti, ak mu poisťovňa neudelila súhlas na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti pacientovi alebo skôr, než v deň určený poisťovňou v súhlase.
7. Opakovaná hospitalizácia poistenca na rovnakom oddelení u poskytovateľa počas jedného súvislého poskytovania ústavnej starostlivosti sa považuje za jednu hospitalizáciu na príslušnom oddelení a poskytovateľovi patrí úhrada v súlade s Metodickým usmernením – Zúčtovanie hospitalizačných prípadov v systéme úhrad podľa SK-DRG.
8. Za hospitalizáciu, ktorou poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť v rozpore s bodmi 1, 4, 5 alebo 6 tejto časti, poisťovňa poskytovateľovi uhradí 100% z ceny ukončenej hospitalizácie na príslušnom oddelení, alebo z ceny výkonov uhrádzaných v ústavnej starostlivosti. Zmluvné strany sa dohodli, že za porušenie povinností

- poskytovateľa stanovených v bodoch 1, 4, 5 alebo 6 tejto časti, má poisťovňa nárok uplatniť si u poskytovateľa zmluvnú pokutu vo výške 300 EUR za každé jedno porušenie
9. Zasielaním údajov o hospitalizáciách alebo akceptovaním hospitalizácie v dávke 901 nie sú dotknuté ustanovenia uvedené v časti Podmienky akceptácie a úhrady ústavnej zdravotnej starostlivosti.

**Príloha č. 1r
k Zmluve č. 33NSP2000122**

**Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti
od 1.7.2022 do 30.6.2023**

Časť A. Ambulancia dopravnej zdravotnej služby

Ambulancia dopravnej zdravotnej služby

Popis jednotlivých typov preprav je uvedený v prílohe Metodického usmernenia o spracovaní a vykazovaní zdravotných výkonov poskytovateľov zdravotnej starostlivosti elektronickou formou vydaný Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou v platnom znení, pokiaľ v zmluve nie je uvedené inak.

Mobilný pacient – pacient, ktorý k sanitke príde samostatne, prípadne chodí pomocou barly alebo s oporou. Stav prepravovaného pacienta „chodiaci“.

Imobilný pacient - pacient, ktorý je k sanitke privezený na vozíku alebo na nosidlách a pri prevoze je schopný v sanitke sedieť, ale pri sedení resp. pri prevoze v sedacej polohe vyžaduje väčší priestor alebo špeciálne upravené sedadlo (napríklad polohovaná noha počas prevozu) – stav prepravovaného pacienta „sediaci“, ako aj pacient, ktorý musí pri prevoze ležať – stav pacienta „ležiaci“.

Typ prepravy DZSZ (dopravná služba zahraničie) je hradená za podmienky vopred schválenej individuálnej kalkulácie zo strany poisťovne pre konkrétny prípad prepravy poistenca vrátane jazdy bez vyťaženého vozidla poistencom.

Cena za 1km jazdy vozidlom ambulancie dopravnej zdravotnej služby zahŕňa všetky náklady súvisiace s poskytnutím prepravy do zdravotníckeho zariadenia a medzi zdravotníckymi zariadeniami na účely poskytnutia zdravotnej starostlivosti a zo zdravotníckeho zariadenia po poskytnutí zdravotnej starostlivosti.

1. Cena za 1 kilometer podľa typu prepravy:

Typ prepravy	Stav pacienta	Základná cena za 1 km poskytovania dopravnej služby v závislosti od počtu najjazdených kilometrov (x) uvedená v €.			
		0<=x<=10	11<=x<=20	21<=x<=80	81<=x
LIEK	-	0,790	0,790	0,790	0,790
INF	mobilný	1,530	1,530	1,417	1,308
	imobilný	1,552	1,552	1,439	1,330
DZS	mobilný	1,190	0,952	0,744	DZSD
	imobilný	1,214	0,976	0,767	DZSD
DIAL	mobilný	1,190	0,952	0,744	0,744
	imobilný	1,214	0,976	0,767	0,767
DZSP	mobilný	1,123	1,123	1,123	1,123
	imobilný	1,123	1,123	1,123	1,123
DZSD	mobilný	DZS	DZS	DZS	0,708
	imobilný	DZS	DZS	DZS	0,730
DZSZ	mobilný	0,898	0,898	0,898	0,898
	imobilný	0,898	0,898	0,898	0,898
APS – tento typ prevozu u dopravcu je možné zazmluvniť len v prípade písomnej dohody dopravcu s poskytovateľom zdravotnej starostlivosti zabezpečujúcim APS.	-	0,545	0,545	0,545	0,545

Bonifikačné pásma určené na základe priemerného veku vozového parku		
Priemerný vek vozového parku	Bonifikačné pásmo	bonifikačný príplatok k základnej cene uvedený v €
od 9 rokov	I.	0
od 7 rokov do 8 rokov a 364 dní	II.	0,07
do 6 rokov a 364 dní	III.	0,14
Zaradenie do bonifikačného pásma ovplyvňuje základnú cenu za 1 km poskytovania dopravnej služby, okrem typu prevozu APS.		
Osobitné podmienky úhrady		
Poistovňa k základnej cene za 1 km poskytovania dopravnej služby v závislosti od počtu najjazdených kilometrov (x) pripočíta bonifikačný príplatok podľa zaradenia do konkrétneho bonifikačného pásma v závislosti od priemerného veku vozového parku.		
Vek vozidla sa počíta odo dňa jeho prvej evidencie uvedeného v osvedčení o evidencii vozidiel časť II (ďalej len „veľký technický preukaz“). Priemerný vek vozového parku poskytovateľa sa určí ako podiel súčtu veku všetkých vozidiel poskytovateľa používaných na výkon činnosti podľa tejto zmluvy a nahlásených poisťovní a ich celkového počtu		
Poistovňa vyhodnocuje zaradenie do bonifikačného pásma s prihliadnutím na priemerný vek vozového parku poskytovateľa k prvému dňu každého kalendárneho štvrtroka, od ktorého súčasne dochádza aj k nadobudnutiu účinnosti prípadných zmien. Každú zmenu zaradenia do bonifikačného pásma poisťovňa oznámi poskytovateľovi a to buď písomne formou listu, alebo elektronicky v ePobočke. Zmenu poisťovňa poskytovateľovi oznámi najneskôr v posledný deň mesiaca, ktorý predchádza mesiacu, od ktorého má byť zmena účinná.		

2. Prepravy realizované na základe pokynu operačného strediska

Krízovou situáciou sa na účely tejto zmluvy rozumie: Vyhlásenie núdzového stavu podľa ústavného zákona č. 227/2002 Z. z. o bezpečnosti štátu v čase vojny, vojnového stavu, výnimočného stavu a núdzového stavu v znení neskorších predpisov alebo mimoriadnej situácie podľa zákona č. 42/1994 Z. z. o civilnej ochrane obyvateľstva v znení neskorších predpisov z dôvodu ochorenia COVID-19 spôsobeným korónovým vírusom SARS-CoV-2 na území Slovenskej republiky.

Typ prepravy	Popis prepravy a podmienky úhrady	Cena za kilometer v €
KOS	<p>preprava osoby na pokyn operačného strediska počas krízovej situácie z dôvodu ochorenia COVID-19</p> <ul style="list-style-type: none"> vykazuje sa počet km vykazuje sa na základe preukázateľnej výzvy (pokynu) operačného strediska 	0,70 €
COVI	<p>preprava zdravotníckeho pracovníka za účelom odberu biologického materiálu z dôvodu ochorenia Covid-19 formou výjazdovej služby k osobe, ktorej je cez CovidPass potvrdená indikácia zo zdravotných dôvodov.</p> <ul style="list-style-type: none"> realizuje sa na pokyn operačného strediska tiesňového volania záchrannej zdravotnej služby počas krízovej situácie z dôvodu ochorenia COVID-19 v prípade, ak je v rámci jednej jazdy plánovaný odber biologického materiálu jednému alebo viacerým poistencom (okružná jazda alebo hromadný odber vzoriek), dopravca vykáže typ prepravy COVI bez uvedenia rodných čísel pacientov. V prípade, že ide o poistencov viac ako jednej poisťovne, sa počet km uvedie zainteresovaným zdravotným poisťovníam (nie pomerným rozpočítaním medzi zdravotné poisťovne; napr. ak je preprava realizovaná pre 3 zdravotné poisťovne a počet km je 15 km, tak sa pre každú zdravotnú poisťovňu uvedie 15 km). 	0,70 €
POS	<p>Preprava osoby na pokyn operačného strediska v zmysle všeobecne záväzných právnych predpisov.</p> <ul style="list-style-type: none"> vykazuje sa počet km vykazuje sa na základe preukázateľnej výzvy (pokynu) operačného strediska 	0,70 €

3. Paušálna mesačná úhrada v type ZS 800

Poisťovňa sa v súlade s touto zmluvou zaväzuje uhradiť poskytovateľovi za zúčtovacie obdobie sumu rovnajúcu sa minimálne sume uvedenej v prílohe č. 2r bod II. tejto zmluvy v tabuľke označenej ako: „Dopravná zdravotná služba – paušálna úhrada“ a maximálne sumu rovnajúcu sa sume uvedenej v prílohe č. 2r bod II. tejto zmluvy v tabuľke označenej ako: „Dopravná zdravotná služba – zmluvný rozsah“.

3.1. Proces prehodnocovania výšky paušálnej úhrady – časová postupnosť a pravidlá

Výška paušálnej úhrady sa prehodnocuje pravidelne každý kalendárny polrok.
Toto obdobie trvá 3 mesiace a na účely tejto prílohy sa nazýva: „Prehodnocovacie obdobie“.

Priemerná mesačná produkcia Hodnoteného obdobia sa porovnáva s výškou paušálnej mesačnej úhrady. „Hodnoteným obdobím“ sa na účel tejto prílohy rozumie 6 po sebe nasledujúcich kalendárnych mesiacov, ktoré bezprostredne predchádzajú „Prehodnocovaciemu obdobiu“.

Pravidlá prehodnocovania výšky Paušálnej úhrady

Hodnoteného obdobia	Priemerná mesačná produkcia počas Hodnoteného obdobia	Výška Paušálnej úhrady
6 po sebe nasledujúcich kalendárnych mesiacov	je o 25 % vyššia ako hodnota paušálnej úhrady	sa zvyšuje o 15 %
	je o 25 % nižšia ako hodnota paušálnej úhrady	sa znižuje o 15 %

Mesačnou produkciou sa na účely tohto bodu rozumie poskytovateľom vykázaná a poisťovňou uznaná doprava v súlade s bodom 1 a 2 tejto prílohy.

Príklad časovej postupnosti prehodnocovania výšky paušálnej úhrady

od 1.1. do 30.6.	od 1.7. do 30.9.	od 1.10.
Hodnoteného obdobia	Prehodnocovacie obdobie	Účinky prehodnotenia

Poisťovňa a poskytovateľ sa dohodli, že v prípade okolností hodných osobitného zreteľa, ktoré majú vplyv na zabezpečenie dostupnosti dopravnej zdravotnej služby, pristúpia k rokovaniu o úprave výšky Paušálnej úhrady.

Zmluvné strany sa dohodli, že k prvému prehodnoteniu Paušálnej úhrady s vplyvom na jej výšku dôjde s účinnosťou od 1.4.2023.

3.2. Proces prehodnocovania výšky paušálnej úhrady – informovanie poskytovateľa

Poisťovňa sa zaväzuje informovať poskytovateľa o každej zmene výšky Paušálnej úhrady najneskôr k poslednému dňu Prehodnocovacieho obdobia. Informovaním sa rozumie predovšetkým zaslanie prehodnotenia vo forme listu prostredníctvom ePobočky alebo e-mailom.

**Príloha č. 2b
k Zmluve č. 33NSP2000122**

**Rozsah a metodika úhrady zdravotnej starostlivosti
od 1.7.2022 do 30.6.2023**

A. Rozsah zdravotnej starostlivosti – je vecný rozsah a rozsah úhrady poskytovanej zdravotnej starostlivosti, plne alebo čiastočne hradenej na základe verejného zdravotného poistenia.

I. VECNÝ ROZSAH PREDMETU ZMLUVY

Vecný rozsah predmetu zmluvy je určený druhom poskytovanej zdravotnej starostlivosti v tom špecializačnom odbore, v ktorom je poskytovateľ oprávnený poskytovať zdravotnú starostlivosť na základe platného rozhodnutia príslušného orgánu, a na ktorom sa zmluvné strany dohodli nasledovne:

Druh zdravotníckeho zariadenia:		všeobecná nemocnica		
Miesto prevádzky: ul. Nemocničná, 1944/10, 026 14 Dolný Kubín				
Druh a forma zdravotnej starostlivosti podľa Čl. 2 Zmluvy "Predmet zmluvy"				
Ambulantná zdravotná starostlivosť				
1.	Všeobecná	druh	odbornosť ambulancií / (časť kódov poskytovateľa "yzz")	typ ZS
		Všeobecná starostlivosť o deti a dorast	008/(201)	102

* uvádza sa časť kódu poskytovateľa „yzz“ (tvar kódu poskytovateľa p99999sppyzz), kde „y“ je subkód označujúci druh odborného útvaru a „zz“ označuje poradové číslo rovnakého druhu odborného útvaru rovnakého odborného zamerania v zmysle platného Metodického usmernenia Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

** Špecializovaná ambulancia poskytuje zdravotnú starostlivosť aj dispenzarizovaným poistencom VŠZP v danej odbornosti.

**Príloha č. 2c
k Zmluve č. 33NSP2000122**

**Rozsah a metodika úhrady zdravotnej starostlivosti
od 1.7.2022 do 30.6.2023**

A. Rozsah zdravotnej starostlivosti – je vecný rozsah a rozsah úhrady poskytovanej zdravotnej starostlivosti, plne alebo čiastočne hradenej na základe verejného zdravotného poistenia.

I. VECNÝ ROZSAH PREDMETU ZMLUVY

Vecný rozsah predmetu zmluvy je určený druhom poskytovanej zdravotnej starostlivosti v tom špecializačnom odbore, v ktorom je poskytovateľ oprávnený poskytovať zdravotnú starostlivosť na základe platného rozhodnutia príslušného orgánu, a na ktorom sa zmluvné strany dohodli nasledovne:

Druh zdravotníckeho zariadenia:		všeobecná nemocnica		
Miesto prevádzky: ul. Nemocničná, 1944/10, 026 14 Dolný Kubín				
Druh a forma zdravotnej starostlivosti podľa Čl. 2 Zmluvy "Predmet zmluvy"				
Ambulantná zdravotná starostlivosť				
1.	Špecializovaná	druh	odbornosť ambulancií / (časť kódov poskytovateľa "yzz")	typ ZS
		Gynekológia a pôrodníctvo	009/(203)	103

* uvádza sa časť kódu poskytovateľa „yzz“ (tvar kódu poskytovateľa p99999sppyzz), kde „y“ je subkód označujúci druh odborného útvaru a „zz“ označuje poradové číslo rovnakého druhu odborného útvaru rovnakého odborného zamerania v zmysle platného Metodického usmernenia Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

** Špecializovaná ambulancia poskytuje zdravotnú starostlivosť aj dispenzarizovaným poistencom VŠZP v danej odbornosti.

**Príloha č. 2d
k Zmluve č. 33NSP2000122**

**Rozsah a metodika úhrady zdravotnej starostlivosti
od 1.7.2022 do 30.6.2023**

A. Rozsah zdravotnej starostlivosti – je vecný rozsah a rozsah úhrady poskytovanej zdravotnej starostlivosti, plne alebo čiastočne hradenej na základe verejného zdravotného poistenia.

I. VECNÝ ROZSAH PREDMETU ZMLUVY

Vecný rozsah predmetu zmluvy je určený druhom poskytovanej zdravotnej starostlivosti v tom špecializačnom odbore, v ktorom je poskytovateľ oprávnený poskytovať zdravotnú starostlivosť na základe platného rozhodnutia príslušného orgánu, a na ktorom sa zmluvné strany dohodli nasledovne:

Druh zdravotníckeho zariadenia:		všeobecná nemocnica		
Miesto prevádzky: ul. Nemocničná, 1944/10, 026 14 Dolný Kubín				
Druh a forma zdravotnej starostlivosti podľa Čl. 2 Zmluvy "Predmet zmluvy"				
Ambulantná zdravotná starostlivosť				
		druh	odbornosť ambulancií / (časť kódov poskytovateľa "yzz")	typ ZS
1.	Špecializovaná	Špecializovaná	001/(201); 004/(201); 005/(201); 007/(201); 009/(201,202); 010/(201); 011/(201); 025/(201); 027/(201,202); 031/(201); 040/(201); 048/(202); 049/(201); 050/(201); 051/(201); 068/(201); 153/(201); 271/(201)	200
		ÚPS - ústavná pohotovostná služba	007/(801); 009/(801)	302
		Špecializovaná – mobilné odberové miesto	647/(201)	201

* uvádza sa časť kódu poskytovateľa „yzz“ (tvar kódu poskytovateľa p99999sppyzz), kde „y“ je subkód označujúci druh odborného útvaru a „zz“ označuje poradové číslo rovnakého druhu odborného útvaru rovnakého odborného zamerania v zmysle platného Metodického usmernenia Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

** Špecializovaná ambulancia poskytuje zdravotnú starostlivosť aj dispenzarizovaným poistencom VŠZP v danej odbornosti.

II. MAXIMÁLNY ROZSAH ÚHRADY ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Maximálny rozsah úhrady zdravotnej starostlivosti **nehradenej prospektívnym rozpočtom** pre vybrané typy zdravotnej starostlivosti je uvedený v tejto časti prílohy.

Typ ZS	zdravotná starostlivosť	mesačný zmluvný rozsah v €
200, 302	Špecializovaná	Bez obmedzenia
201	Špecializovaná – mobilné odberové miesto	Bez obmedzenia

Doúčtovanie zdravotných výkonov realizovaných poskytovateľom nebude v zmysle Čl. 7 zmluvy vykonané. V prípade, že bude poskytovateľovi stanovený maximálny zmluvný rozsah, má poskytovateľ nárok na doúčtovanie zdravotných výkonov realizovaných poskytovateľom za primerané obdobie v súlade s Čl. 7 tejto zmluvy.

Poisťovňa je oprávnená vykonať analýzu priemerných nákladov na jedno unikátne rodné číslo poistencov (ďalej ako: „URČ“) pre konkrétny typ ZS, ktorým bude poskytovateľom poskytnutá zdravotná starostlivosť.

V prípade, že poisťovňa identifikuje neopodstatnene vysoké náklady na jedno URČ, je oprávnená vyvolať rokovanie s poskytovateľom, obsahom ktorého bude dohoda o stanovení maximálneho zmluvného rozsahu.

III. ÚHRADA NAD MAXIMÁLNY ROZSAH ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Pri zdravotnej starostlivosti hradenej prospektívnym rozpočtom sa nad rámec maximálneho rozsahu úhrady zdravotnej starostlivosti uhrádza:

- Výkony zdravotnej starostlivosti poskytovanej poistencom iných členských štátov EÚ, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu a Švajčiarska, cudzincom zo štátov, s ktorými má SR uzavreté medzištátne dohody, bezdomovcom a poistencom podľa § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

Pri zdravotnej starostlivosti nehradenej prospektívnym rozpočtom sa nad rámec maximálneho rozsahu úhrady zdravotnej starostlivosti uhrádza.

1. Kapitácia.
2. Preventívne zdravotné výkony a ostatné zdravotné výkony vo všeobecnej ambulantnej starostlivosti uvedené v tabuľke „Cena bodu“ a „Cena za výkon“.
3. Ambulantná zdravotná starostlivosť – lieky (A, AS);
4. Individuálne pripočítateľné položky;
5. Preventívne zdravotné výkony a zdravotné výkony, ktoré sú súčasťou preventívnej prehliadky v špecializovanej ambulantnej starostlivosti; výkony s Dg. Q35-Q37 v odbore čelustná ortopédia poskytovaná poistencom s rúžštepom pery a rúžštepom podnebia – podmienkou uznania výkonov je predloženie potvrdenia o evidencii poistenca v príslušnom špecializovanom pracovisku;
6. Výkony č. 4M04004 a 4M04007 ako súčasť skríningu rakoviny krčka maternice
7. Zubno-lekárske výkony vrátane stomatoprotetiky;
8. Preventívne zdravotné výkony v stomatológii č. D02, D02a a D06. Poisťovňa neuhrádza zdravotné výkony v základnom prevedení v súvislosti so zubným kazom u poistenca, ktorý v predchádzajúcom kalendárnom roku neabsolvoval preventívnu prehliadku;
9. Zdravotné výkony v stomatológii č. D01 a D05
10. Expektačné lôžka;
11. Paušálna platba na urgentný príjem; zdravotné výkony poskytnuté na urgentnom príjme.
12. Výkony APS;
13. Výkony ADOS č. 3439, 3440 a 3441
14. Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky – výkony č. 5303, 5305 a 5308 s Dg.Z01.4 ako súčasť preventívnej prehliadky; výkony č. 1301 a 1301a až 1301e s Dg. Z01.6, Z80.3 a Z87.7 ako súčasť skríningu karcinómu prsníka.
15. Špecifické výkony SVLZ – Laboratórne v súvislosti s pandémiou COVID-19 – výkony č. 5D87007, 299d.
16. Výkony dialýz; odporúčaný maximálny počet chronických dialýz poskytovaných jednému poistencovi zaradenému do dlhodobého dialyzačného programu (v súlade s koncepciou odboru) sú tri dialýzy týždenne, prekročenie uvedeného počtu musí byť osobitne zdôvodnené v zdravotnej dokumentácii.
17. Výkony LSPP, ZZS, VZZS, prevoz typu APS, LSPP, LSPR, RLP, RZP, MIJ, LPP, LPS, DZSZ, RZP „S“.
18. Lieky, okrem liekov pri mimotelovej eliminačnej liečbe a liekov podávaných v stacionároch s výnimkou psychiatrického stacionára, so symbolom úhrady „A“ zaradené do zoznamu liekov podľa osobitného predpisu, pokiaľ tieto budú preukázateľne nadobudnuté v súlade so všeobecne záväznými predpismi, v súlade so zákonom 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, v súlade so zákonom č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach v znení neskorších predpisov, zákonom č. 147/2001 Z. z. o reklame v znení neskorších predpisov, zákonom č. 18/1996 Z. z. o cenách v znení neskorších predpisov, zákonom č. 431/2002 Z. z. o účtovníctve v znení neskorších predpisov a súvisiacich predpisoch a vykázané v súlade s platným Metodickým usmernením Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou lieky so symbolom úhrady „A“ zaradené do zoznamu liekov podľa osobitného predpisu.
19. Výkony zdravotnej starostlivosti poskytovanej poistencom iných členských štátov EÚ, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu a Švajčiarska, cudzincom zo štátov, s ktorými má SR uzavreté medzištátne dohody, bezdomovcom a poistencom podľa § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.
20. Výkony IVF 1932a, 1192b, 1192c

**Príloha č. 2e
k Zmluve č. 33NSP2000122**

**Rozsah a metodika úhrady zdravotnej starostlivosti
od 1.7.2022 do 30.6.2023**

A. Rozsah zdravotnej starostlivosti – je vecný rozsah a rozsah úhrady poskytovanej zdravotnej starostlivosti, plne alebo čiastočne hradenej na základe verejného zdravotného poistenia.

I. VECNÝ ROZSAH PREDMETU ZMLUVY

Vecný rozsah predmetu zmluvy je určený druhom poskytovanej zdravotnej starostlivosti v tom špecializačnom odbore, v ktorom je poskytovateľ oprávnený poskytovať zdravotnú starostlivosť na základe platného rozhodnutia príslušného orgánu, a na ktorom sa zmluvné strany dohodli nasledovne:

Druh zdravotníckeho zariadenia:		všeobecná nemocnica		
Miesto prevádzky: ul. Nemocničná, 1944/10, 026 14 Dolný Kubín				
Druh a forma zdravotnej starostlivosti podľa Čl. 2 Zmluvy "Predmet zmluvy"				
Ambulantná zdravotná starostlivosť				
1.	Špecializovaná	druh	odbornosť ambulancií / (časť kódov poskytovateľa "yzz")	typ ZS
		Urgentný príjem 1. typu	975/(801)	303

* uvádza sa časť kódu poskytovateľa „yzz“ (tvar kódu poskytovateľa p99999sppyzz), kde „y“ je subkód označujúci druh odborného útvaru a „zz“ označuje poradové číslo rovnakého druhu odborného útvaru rovnakého odborného zamerania v zmysle platného Metodického usmernenia Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

** Špecializovaná ambulancia poskytuje zdravotnú starostlivosť aj dispenzarizovaným poistencom VŠZP v danej odbornosti.

**Príloha č. 2j
k Zmluve č. 33NSP2000122**

**Rozsah a metodika úhrady zdravotnej starostlivosti
od 1.7.2022 do 30.6.2023**

A. Rozsah zdravotnej starostlivosti – je vecný rozsah a rozsah úhrady poskytovanej zdravotnej starostlivosti, plne alebo čiastočne hradenej na základe verejného zdravotného poistenia.

I. VECNÝ ROZSAH PREDMETU ZMLUVY

Vecný rozsah predmetu zmluvy je určený druhom poskytovanej zdravotnej starostlivosti v tom špecializačnom odbore, v ktorom je poskytovateľ oprávnený poskytovať zdravotnú starostlivosť na základe platného rozhodnutia príslušného orgánu, a na ktorom sa zmluvné strany dohodli nasledovne:

Druh zdravotníckeho zariadenia:		všeobecná nemocnica		
Miesto prevádzky: ul. Nemocničná, 1944/10, 026 14 Dolný Kubín				
Druh a forma zdravotnej starostlivosti podľa Čl. 2 Zmluvy "Predmet zmluvy"				
Ambulantná zdravotná starostlivosť				
1.	Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky	druh	odbornosť ambulancií / (časť kódov poskytovateľa "yzz")	typ ZS
		Zobrazovacie	023/(501,502,504)	400
		Funkčná diagnostika	187/(501)	400
		FBLR	027/(501)	400
		Laboratórne	024/(501), 029/(501,502); 031/(501); 034/(501)	400
		CT - počítačová tomografia	023/(503)	420
		MR - magnetická rezonancia	023/(505)	421

* uvádza sa časť kódu poskytovateľa „yzz“ (tvar kódu poskytovateľa p99999sppyzz), kde „y“ je subkód označujúci druh odborného útvaru a „zz“ označuje poradové číslo rovnakého druhu odborného útvaru rovnakého odborného zamerania v zmysle platného Metodického usmernenia Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

** Špecializovaná ambulancia poskytuje zdravotnú starostlivosť aj dispenzarizovaným poistencom VŠZP v danej odbornosti.

II. MAXIMÁLNY ROZSAH ÚHRADY ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Maximálny rozsah úhrady zdravotnej starostlivosti **nehradenej prospektívnym rozpočtom** pre vybrané typy zdravotnej starostlivosti je uvedený v tejto časti prílohy.

Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky – úhrada zdravotnej starostlivosti formou degresu – zmluvný rozsah

Typ ZS	zdravotná starostlivosť	zmluvný rozsah v €
400	Laboratórne, zobrazovacie, funkčná diagnostika - mesačný zmluvný rozsah	127 376,00
400	Laboratórne, zobrazovacie, funkčná diagnostika - polročný zmluvný rozsah	764 256, 00
400	FBLR	Bez obmedzenia
420	CT - počítačová tomografia - mesačný zmluvný rozsah	38 006, 00
420	CT - počítačová tomografia - polročný zmluvný rozsah	228 036, 00
421	MR - magnetická rezonancia - mesačný zmluvný rozsah	41 009, 00
421	MR - magnetická rezonancia - polročný zmluvný rozsah	246 054, 00

Pokiaľ poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť (v type ZS 400, 420, 421) vo výške presahujú zmluvný rozsah na kalendárny polrok, poisťovňa ju poskytovateľovi uhradí nasledovným spôsobom: úhrada bude realizovaná vo výške 35% zo sumy presahujúcej zmluvný rozsah na kalendárny polrok, maximálne však vo výške 35% zo sumy vypočítanej ako 10% zmluvného rozsahu na kalendárny polrok. V tomto prípade sa postup podľa Čl. 7 bod 3 nepoužije.

III. ÚHRADA NAD MAXIMÁLNY ROZSAH ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Pri zdravotnej starostlivosti hradenej prospektívnym rozpočtom sa nad rámec maximálneho rozsahu úhrady zdravotnej starostlivosti uhrádza:

- Výkony zdravotnej starostlivosti poskytovanej poistencom iných členských štátov EÚ, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu a Švajčiarska, cudzincom zo štátov, s ktorými má SR uzavreté medzištátne dohody, bezdomovcom a poistencom podľa § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

Pri zdravotnej starostlivosti nehradenej prospektívnym rozpočtom sa nad rámec maximálneho rozsahu úhrady zdravotnej starostlivosti uhrádza.

1. Kapitácia.
2. Preventívne zdravotné výkony a ostatné zdravotné výkony vo všeobecnej ambulantnej starostlivosti uvedené v tabuľke „Cena bodu“ a „Cena za výkon“.
3. Ambulantná zdravotná starostlivosť – lieky (A, AS);
4. Individuálne pripočítateľné položky;
5. Preventívne zdravotné výkony a zdravotné výkony, ktoré sú súčasťou preventívnej prehliadky v špecializovanej ambulantnej starostlivosti; výkony s Dg. Q35-Q37 v odbore čelustná ortopédia poskytovaná poisťovňou s rúžštepom pery a rúžštepom podnebia – podmienkou uznania výkonov je predloženie potvrdenia o evidencii poistenca v príslušnom špecializovanom pracovisku;
6. Výkony č. 4M04004 a 4M04007 ako súčasť skríningu rakoviny krčka maternice
7. Zubno-lekárske výkony vrátane stomatoprotetiky;
8. Preventívne zdravotné výkony v stomatológii č. D02, D02a a D06. Poisťovňa neuhrádza zdravotné výkony v základnom prevedení v súvislosti so zubným kazom u poistenca, ktorý v predchádzajúcom kalendárnom roku neabsolvoval preventívnu prehliadku;
9. Zdravotné výkony v stomatológii č. D01 a D05
10. Expektačné lôžka;
11. Paušálna platba na urgentný príjem; zdravotné výkony poskytnuté na urgentnom príjme.
12. Výkony APS;
13. Výkony ADOS č. 3439, 3440 a 3441
14. Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky – výkony č. 5303, 5305 a 5308 s Dg.Z01.4 ako súčasť preventívnej prehliadky; výkony č. 1301 a 1301a až 1301e s Dg. Z01.6, Z80.3 a Z87.7 ako súčasť skríningu karcinómu prsníka.
15. Špecifické výkony SVLZ – Laboratórne v súvislosti s pandemiou COVID-19 – výkony č. 5D87007, 299d.
16. Výkony dialýz; odporúčaný maximálny počet chronických dialýz poskytovaných jednému poistencovi zaradenému do dlhodobého dialyzačného programu (v súlade s koncepciou odboru) sú tri dialýzy týždenne, prekročenie uvedeného počtu musí byť osobitne zdôvodnené v zdravotnej dokumentácii.
17. Výkony LSPP, ZZS, VZZS, prevoz typu APS, LSPP, LSPR, RLP, RZP, MIJ, LPP, LPS, DZSZ, RZP „S“.
18. Lieky, okrem liekov pri mimotelovej eliminačnej liečbe a liekov podávaných v stacionároch s výnimkou psychiatrického stacionára, so symbolom úhrady „A, AS“ zaradené do zoznamu liekov podľa osobitného predpisu, pokiaľ tieto budú preukázateľne nadobudnuté v súlade so všeobecne záväznými predpismi, v súlade so zákonom 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, v súlade so zákonom č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach v znení neskorších predpisov, zákonom č. 147/2001 Z. z. o reklame v znení neskorších predpisov, zákonom č. 18/1996 Z. z. o cenách v znení neskorších predpisov, zákonom č. 431/2002 Z. z. o účtovníctve v znení neskorších predpisov a súvisiacich predpisoch a vykázané v súlade s platným Metodickým usmernením Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou lieky so symbolom úhrady „A, AS“ zaradené do zoznamu liekov podľa osobitného predpisu.
19. Výkony zdravotnej starostlivosti poskytovanej poisťovňou iných členských štátov EÚ, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu a Švajčiarska, cudzincom zo štátov, s ktorými má SR uzavreté medzištátne dohody, bezdomovcom a poisťovňou podľa § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.
20. Výkony IVF 1932a, 1192b, 1192c.

**Príloha č. 21
k Zmluve č. 33NSP2000122**

**Rozsah a metodika úhrady zdravotnej starostlivosti
od 1.7.2022 do 30.6.2023**

A. Rozsah zdravotnej starostlivosti – je vecný rozsah a rozsah úhrady poskytovanej zdravotnej starostlivosti, plne alebo čiastočne hradenej na základe verejného zdravotného poistenia.

I. VECNÝ ROZSAH PREDMETU ZMLUVY

Vecný rozsah predmetu zmluvy je určený druhom poskytovanej zdravotnej starostlivosti v tom špecializačnom odbore, v ktorom je poskytovateľ oprávnený poskytovať zdravotnú starostlivosť na základe platného rozhodnutia príslušného orgánu, a na ktorom sa zmluvné strany dohodli nasledovne:

Druh zdravotníckeho zariadenia:		všeobecná nemocnica		
Miesto prevádzky: ul. Nemocničná, 1944/10, 026 14 Dolný Kubín				
Druh a forma zdravotnej starostlivosti podľa Čl. 2 Zmluvy "Predmet zmluvy"				
Ambulantná zdravotná starostlivosť				
		druh	odbornosť ambulancií / (časť kódov poskytovateľa "yzz")	typ ZS
1.	Ambulantná pohotovostná služba	APS pre dospelých - spádová oblasť: okres Dolný Kubín	174/(202)	300
		APS pre deti a dorast - spádová oblasť: okres Dolný Kubín	176/(201)	300

* uvádza sa časť kódu poskytovateľa „yzz“ (tvar kódu poskytovateľa p99999sppyzz), kde „y“ je subkód označujúci druh odborného útvaru a „zz“ označuje poradové číslo rovnakého druhu odborného útvaru rovnakého odborného zamerania v zmysle platného Metodického usmernenia Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

** Špecializovaná ambulancia poskytuje zdravotnú starostlivosť aj dispenzarizovaným poistencom VŠZP v danej odbornosti.

**Príloha č. 2o
k Zmluve č. 33NSP2000122**

**Rozsah a metodika úhrady zdravotnej starostlivosti
od 1.7.2022 do 30.6.2023**

A. Rozsah zdravotnej starostlivosti – je vecný rozsah a rozsah úhrady poskytovanej zdravotnej starostlivosti, plne alebo čiastočne hradenej na základe verejného zdravotného poistenia.

I. VECNÝ ROZSAH PREDMETU ZMLUVY

Vecný rozsah predmetu zmluvy je určený druhom poskytovanej zdravotnej starostlivosti v tom špecializačnom odbore, v ktorom je poskytovateľ oprávnený poskytovať zdravotnú starostlivosť na základe platného rozhodnutia príslušného orgánu, a na ktorom sa zmluvné strany dohodli nasledovne:

Druh zdravotníckeho zariadenia:		všeobecná nemocnica	
Miesto prevádzky: ul. Nemocničná, 1944/10, 026 14 Dolný Kubín			
Druh a forma zdravotnej starostlivosti podľa Čl. 2 Zmluvy "Predmet zmluvy"			
Ústavná zdravotná starostlivosť			
		druh	odbornosť ambulancií / (časť kódov poskytovateľa "yzz")
1.	Nemocnica	Všeobecná	001/(101); 004/(101); 007/(101); 009/(101); 010/(101); 011/(101); 025/(101); 051/(101); 196/(101); 199/(101); 201/(101); 202/(101); 625/(101)
		špecializovaná	205/(101);
			typ ZS
			601
			603

* uvádza sa časť kódu poskytovateľa „yzz“ (tvar kódu poskytovateľa p99999sppyzz, kde „y“ je subkód označujúci druh odborného útvaru a „zz“ označuje poradové číslo rovnakého druhu odborného útvaru rovnakého odborného zamerania v zmysle platného Metodického usmernenia Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

** Špecializovaná ambulancia poskytuje zdravotnú starostlivosť aj dispenzarizovaným poistencom VŠZP v danej odbornosti.

II. MAXIMÁLNY ROZSAH ÚHRADY ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI – PROSPEKTÍVNY ROZPOČET

Maximálny rozsah úhrady zdravotnej starostlivosti hradenej prospektívnym rozpočtom je určený výškou prospektívneho rozpočtu za zdravotnú starostlivosť poskytnutú v zúčtovacom období, ktorým je kalendárny mesiac.

Maximálny rozsah úhrady zdravotnej starostlivosti nehradenej prospektívnym rozpočtom pre vybrané typy zdravotnej starostlivosti je uvedený v tejto časti prílohy.

1. Štruktúra prospektívneho rozpočtu

Zmluvné strany sa dohodli na nasledovnej štruktúre prospektívneho rozpočtu, ktorá vychádza z Vecného rozsahu predmetu zmluvy:

Štruktúra úhrady zdravotnej starostlivosti			
ZS hradená prospektívnym rozpočtom		ZS nehradená prospektívnym rozpočtom	
Ústavná zdravotná starostlivosť			
601	Lôžková nemocničná starostlivosť		
603	Špecializovaná lôžková starostlivosť pre dospelých		
		Ambulantná zdravotná starostlivosť	
		102	Všeobecná ambulantná starostlivosť pre deti a dospelých

		103	Gynekologická špecializovaná ambulantná starostlivosť
		200	Špecializovaná ambulantná starostlivosť
		201	Mobilné odberové miesto
		300	Ambulantná pohotovostná služba
		302	Ústavná pohotovostná služba
		303	Urgentný príjem
		Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky	
		400	Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky
		420	Počítačová tomografia
		421	Magnetická rezonancia
		Iné	
		800	Dopravná služba

2. Výška prospektívneho rozpočtu

Zmluvné strany sa dohodli na výške prospektívneho rozpočtu (ďalej len „PRUZZ“) na jeden kalendárny mesiac pre obdobie od 1.7.2022:

Tabuľka platná pre obdobie od **1.7.2022 do 31.7.2022**

Výška (PRUZZ) na jeden kalendárny mesiac (v EUR)	Typ ZS
1 706 874, 00	Ústavná zdravotná starostlivosť

Tabuľka platná pre obdobie od **1.8.2022**

Výška (PRUZZ) na jeden kalendárny mesiac (v EUR)	Typ ZS
1 070 454,00	Ústavná zdravotná starostlivosť

Zúčtovacím obdobím je jeden kalendárny mesiac.

Vo vzťahu k úhrade zdravotnej starostlivosti hradenej prostredníctvom prospektívneho rozpočtu sa postup podľa bodu 7.3. zmluvy nepoužije.“

3. Výpočet úhrady za ústavnú zdravotnú starostlivosť rozpočtu

Úhrada za ústavnú zdravotnú starostlivosť sa vypočíta na základe nasledujúceho vzorca:

$$\text{Úhrada} = \text{PRUZZ} - \text{SKUT AZS}_{\text{DRG}} - \text{SKUT SVLZ}_{\text{DRG}}$$

PRUZZ – prospektívny rozpočet

SKUT AZS_{DRG} – ambulantná zdravotná starostlivosť, ktorej poskytnutie súvisí s hospitalizačným prípadom

SKUT SVLZ_{DRG} – zdravotná starostlivosť zo segmentu spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek, ktorých poskytnutie súvisí s hospitalizačným prípadom

4. Vyhodnocovanie prospektívneho rozpočtu

Vyhodnocovanie prospektívneho rozpočtu vykonáva poisťovňa pre účely správneho nastavenia výšky prospektívneho rozpočtu na jeden kalendárny mesiac. Vyhodnocovaním sa zisťuje primeranosť výšky nastaveného prospektívneho rozpočtu na jeden kalendárny mesiac vo vzťahu k skutočne poskytnutej zdravotnej starostlivosti poskytovateľom. Hodnoteným obdobím sú 2 bezprostredne predchádzajúce štvrtroky.

Poisťovňa vykoná hodnotenie prospektívneho rozpočtu v nasledovných termínoch:

por. č. hodnotenia	hodnotené obdobie (mesiac/rok)	priebeh hodnotenia (mesiac/rok)	obdobie uplatňovania prípadnej zmeny (od – mesiac/rok)
1.	01/2023 – 06/2023	09/2023	10/2023
2.	04/2023 – 09/2023	12/2023	01/2024
3.	07/2023 – 12/2023	03/2024	04/2024

Vyhodnotenie sa realizuje nasledujúcim postupom:

$$\frac{CM_{HODN}}{CM_{REF}} - 1$$

CM HODN – casemix hodnoteného obdobia – súčet efektívnych relatívnych váh akceptovaných hospitalizačných prípadov
 CM REF – casemix referenčného obdobia

CASEMIX referenčného obdobia pre účely vyhodnotenia
3970

Vyhodnocovanie PRUZZ - percentuálne hranice pre zmenu PRUZZ
+/- 10%

Výsledok vyhodnotenia	Vplyv na PRUZZ	Výška PRUZZ
$\frac{CM_{HODN}}{CM_{REF}} - 1 = < -0,10; 0,10 >$	bez zmeny	PRUZZ naposledy dohodnutý
$\frac{CM_{HODN}}{CM_{REF}} - 1 < -0,10$	zníženie PRUZZ o 2%	nová výška PRUZZ sa bude uplatňovať od štvrtroka nasledujúcom po štvrtroku, v ktorom sa uskutočnilo vyhodnotenie
$\frac{CM_{HODN}}{CM_{REF}} - 1 > 0,10$	zvýšenie PRUZZ o 2%	

Výsledok vyhodnotenia spolu s výškou PRUZZ pre nasledujúce obdobie sa poisťovňa zaväzuje poskytovateľovi písomne oznámiť najneskôr v posledný deň štvrtroka, v ktorom sa realizuje vyhodnotenie.

III. ÚHRADA NAD MAXIMÁLNA ROZSAH ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Pri zdravotnej starostlivosti hradenej prospektívnym rozpočtom sa nad rámec maximálneho rozsahu úhrady zdravotnej starostlivosti uhrádza:

1. Ústavná zdravotná starostlivosť – Mimoriadne finančne náročná zdravotná starostlivosť
2. Výkony zdravotnej starostlivosti poskytovanej poistencom iných členských štátov EÚ, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu a Švajčiarska, cudzincom zo štátov, s ktorými má SR uzavreté medzištátne dohody, bezdomovcom a poistencom podľa § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

**Príloha č. 2r
k Zmluve č. 33NSP2000122**

**Rozsah a metodika úhrady zdravotnej starostlivosti
od 1.7.2022 do 30.6.2023**

A. Rozsah zdravotnej starostlivosti – je vecný rozsah a rozsah úhrady poskytovanej zdravotnej starostlivosti, plne alebo čiastočne hradenej na základe verejného zdravotného poistenia.

I. VECNÝ ROZSAH PREDMETU ZMLUVY

Vecný rozsah predmetu zmluvy je určený druhom poskytovanej zdravotnej starostlivosti v tom špecializačnom odbore, v ktorom je poskytovateľ oprávnený poskytovať zdravotnú starostlivosť na základe platného rozhodnutia príslušného orgánu, a na ktorom sa zmluvné strany dohodli nasledovne:

Druh zdravotníckeho zariadenia:		Všeobecná nemocnica		
Miesto prevádzky: ul. Nemocničná 1944/10, 026 14 Dolný Kubín				
Druh a forma zdravotnej starostlivosti podľa Čl. 2 Zmluvy "Predmet zmluvy"				
Ambulancia dopravnej zdravotnej služby				
1.	Ambulancia dopravnej zdravotnej služby	druh	odbornosť ambulancií / (časť kódov poskytovateľa "yzz")	typ ZS
		Doprava	649/(201 – 210)	800

* uvádza sa časť kódu poskytovateľa „yzz“ (tvar kódu poskytovateľa p99999sppyzz), kde „y“ je subkód označujúci druh odborného útvaru a „zz“ označuje poradové číslo rovnakého druhu odborného útvaru rovnakého odborného zamerania v zmysle platného Metodického usmernenia Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

** Špecializovaná ambulancia poskytuje zdravotnú starostlivosť aj dispenzarizovaným poistencom VŠZP v danej odbornosti.

II. MAXIMÁLNY ROZSAH ÚHRADY ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI A PAUŠÁLNA ÚHRADA

Maximálny rozsah úhrady zdravotnej starostlivosti **nehradenej prospektívnym rozpočtom** pre vybrané typy zdravotnej starostlivosti je uvedený v tejto časti prílohy.

Typ ZS	zdravotná starostlivosť	mesačný zmluvný rozsah v €
800	Doprava	17 287, 00

Typ ZS	zdravotná starostlivosť	paušálna úhrada v €
800	Doprava	15 558, 00

III. ÚHRADA NAD MAXIMÁLNY ROZSAH ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

- Výkony zdravotnej starostlivosti poskytovanej poistencom iných členských štátov EÚ, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu a Švajčiarska, cudzincom zo štátov, s ktorými má SR uzavreté medzištátne dohody, bezdomovcom a poistencom podľa § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

**Príloha č. 3
k Zmluve č. 33NSP2000122**

Kritéria na uzatváranie zmlúv

Všeobecná zdravotná poisťovňa, a. s. v súlade s § 7 ods. 4 písm. a) zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov stanovuje nasledovné kritériá na uzatváranie zmlúv:

Poradové číslo	Názov kritéria	Váha kritéria v %
1	<p>Dostupnosť zdravotnej starostlivosti</p> <p>najmenej v rozsahu verejnej minimálnej siete poskytovateľov zdravotnej starostlivosti podľa platného Nariadenia vlády SR č. 640/2008 Z. z.</p>	20
2	<p>Personálne zabezpečenie</p> <p>Poskytovanie zdravotnej starostlivosti osobami, ktoré spĺňajú podmienky na výkon zdravotníckeho povolania alebo samostatnej zdravotníckej praxe v príslušnom odbore v počte najmenej na úrovni predpísaného minimálneho personálneho vybavenia zdravotníckeho zariadenia podľa výnosu MZ SR z 10. septembra 2008 č. 09812/2008-OL o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení, a najmä Vyhlášky Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 189/2019 Z. z. ktorou sa ustanovujú minimálne požiadavky na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie ambulancie dopravnej zdravotnej služby a dispečingu, podrobnosti o označovaní ambulancie dopravnej zdravotnej služby, označovaní ochranných odevov zamestnancov ambulancie dopravnej zdravotnej služby a vzor žiadanky na prepravu.</p>	20
3	<p>Materiálno – technické vybavenie</p> <p>Materiálno-technické vybavenie pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti najmenej na úrovni predpísaného minimálneho materiálno-technického vybavenia zdravotníckeho zariadenia podľa výnosu MZ SR z 10. septembra 2008 č. 09812/2008-OL o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení, a najmä Vyhlášky Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 189/2019 Z. z. ktorou sa ustanovujú minimálne požiadavky na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie ambulancie dopravnej zdravotnej služby a dispečingu, podrobnosti o označovaní ambulancie dopravnej zdravotnej služby, označovaní ochranných odevov zamestnancov ambulancie dopravnej zdravotnej služby a vzor žiadanky na prepravu a tiež takými zdravotníckymi pomôckami a prístrojmi, ktoré spĺňajú technické požiadavky ustanovené zákonom č. 56/2018 Z. z. o posudzovaní zhody výrobku, sprístupňovaní určeného výrobku na trhu a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.</p>	20
4	<p>Indikátory kvality</p> <p>Indikátory kvality podľa ustanovenia § 7 ods. 4 písm. a), bod 2 a nasl. zákona NR SR č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v platnom znení, ich spracovanie a doručenie poisťovní</p>	20
5	<p>Cena za poskytovanú zdravotnú starostlivosť</p> <p>V súlade s ustanoveniami § 7 zákona č. 581/2004 Z. z. je každý zmluvný partner VŠZP oprávnený do 30 dní odo dňa uverejnenia nižšej ceny podať návrh zdravotnej poisťovni na novú výšku úhrady za zdravotnú starostlivosť, ktorá je nižšia ako nižšia cena. Zmluvní poskytovatelia zdravotnej starostlivosti môžu podať návrh na príslušnej krajskej pobočke VŠZP, a to podľa miesta výkonu poskytovania zdravotnej starostlivosti</p>	20

Príloha č. 4

k Zmluve č. 33NSP2000122

Nakladanie s liekmi zdravotníckymi pomôckami a špeciálnym zdravotníckym materiálom obstaranými poisťovňou.

Článok I

Všeobecné ustanovenia

1. Predmetom tejto prílohy zmluvy je stanovenie pravidiel nakladania s liekmi, zdravotníckymi pomôckami a špeciálnym zdravotníckym materiálom (ďalej len „lieky, ZP a ŠZM“), ktoré v súlade s § 6 ods. 13 písm. b) zákona č. 581/2004 Z. z. obstarala pre poskytovateľa poisťovňa, a to z vlastného podnetu alebo na základe žiadosti poskytovateľa a určenie práv a povinností zmluvných strán pri nakladaní s uvedenými liekmi, ZP a ŠZM (ďalej len „Pravidlá“).
2. Poskytovateľ plní všetky povinnosti vyplývajúce mu z Pravidiel bezodplatne.
3. Práva a povinnosti medzi poskytovateľom a poisťovňou, ktoré nie sú priamo upravené v týchto Pravidlách upravuje aj naďalej zmluva, ktorej súčasťou sú Všeobecné zmluvné podmienky.

Článok II

Obstaranie liekov, ZP a ŠZM

1. Poisťovňa obstaráva pre poskytovateľa lieky, ZP a ŠZM z vlastného podnetu alebo na základe žiadosti poskytovateľa.
2. Žiadosť poskytovateľa o obstaranie lieku, ZP a ŠZM musí obsahovať:
 - a. názov lieku, ZP, alebo ŠZM, kód pridelený Štátnym ústavom pre kontrolu liečiv (ďalej len „ŠUKL“), príp. u lieku názov účinnej látky
 - b. požadovaný počet balení lieku, resp. počet kusov ZP alebo ŠZM
 - c. dĺžka obdobia, na ktoré liek, ZP a ŠZM poskytovateľ žiada obstarat'
 - d. bližšiu identifikáciu ZP a ŠZM
 - e. podpis štatutárneho zástupcu poskytovateľa.
3. Poisťovňa na základe farmako – ekonomického zhodnotenia daného lieku, ZP alebo ŠZM rozhodne, či daný liek, ZP alebo ŠZM uvedený v žiadosti poskytovateľa obstará centrálnym nákupom, pričom oznámenie o schválení, resp. neschválení žiadosti o obstaraní lieku, ZP alebo ŠZM zašle písomne poskytovateľovi v lehote 30 dní odo dňa doručenia žiadosti poskytovateľa.
4. V prípade, že lieky, ZP alebo ŠZM obstaráva poisťovňa z vlastného podnetu, poskytovateľ požiada poisťovňu o schválenie liekov, ZP alebo ŠZM, ktoré vyžadujú predchádzajúce schválenie zdravotnou poisťovňou na tlačive, ktoré je zverejnené na webovom sídle poisťovne www.vszp.sk.
5. Poisťovňa na základe „Stanoviska k úhrade centrálnu nakupovaného lieku“ (ďalej len „stanovisko“) vystaví objednávku a zabezpečí dodanie lieku podľa dohody s poskytovateľom na dohodnuté obdobie a v dohodnutom objeme.
6. Lieky, ZP a ŠZM, ktoré nevyžadujú predchádzajúce schválenie poisťovňou, objednáva poisťovňa podľa aktuálnych potrieb poskytovateľa. Poskytovateľ nahlási poisťovni elektronicky predpokladaný počet balení na 30 kalendárnych dní, resp. podľa dohody s poisťovňou. Požiadavky na dodávanie koagulačných faktorov sú riešené osobitne.
7. Konkrétne podmienky obstarania liekov, ZP a ŠZM podľa bodu 5 a 6 sú určené v jednotlivých oznámeniach o centrálnom nákupe lieku, ktoré sú zverejnené na webovom sídle poisťovne www.vszp.sk

Článok III

Práva a povinnosti zmluvných strán v súvislosti s nakladaním s liekmi, ZP a ŠZM, ktoré obstarala poisťovňa

1. Poisťovňa je povinná najmä:
 - a. zverejniť a pravidelne aktualizovať na webovom sídle poisťovne www.vszp.sk, ktoré lieky obstaráva;
 - b. vopred písomne informovať poskytovateľa, ktoré lieky, ZP a ŠZM poisťovňa bude centrálné obstarávať, resp. písomne vopred informovať poskytovateľa o ukončení obstarávania liekov, ZP a ŠZM a pravidelne aktualizovať na webovom sídle poisťovne www.vszp.sk;
 - c. zabezpečiť distribúciu obstaraného lieku, ZP a ŠZM do lekárne, alebo výdajne, ktorú poskytovateľ vopred nahlásil poisťovni
 - d. na žiadosť poskytovateľa zabezpečiť presun nespotrebovaných liekov, ZP a ŠZM inému poskytovateľovi prostredníctvom zmluvného dodávateľa
 - e. vykonávať u poskytovateľa v priebehu roka kontroly stavu liekov, ZP a ŠZM, ktoré obstarala poisťovňa.
2. Poskytovateľ, okrem povinností stanovených vo Všeobecných zmluvných podmienkach, je povinný najmä:
 - a. používať prednostne lieky, ZP a ŠZM, ktoré poisťovňa obstarala
 - b. pri indikovaní liekov, ZP a ŠZM postupovať účelne a hospodárne podľa súčasných poznatkov farmakoterapie
 - c. dodržiavať preskripčné a indikačné obmedzenia pri predpisovaní liekov, ZP a ŠZM obstaraných poisťovňou
 - d. písomne nahlásiť a vopred dohodnúť s poisťovňou lekárneň, ktorá prevezme obstaraný liek, ZP a ŠZM
 - e. zabezpečiť uchovávanie liekov, ZP a ŠZM v súlade s požiadavkami správnej lekárenskej praxe a zabezpečiť, aby nedošlo k ich poškodeniu alebo zneužitiu; uchovávať ich v lekárni až do doby, keď bude na základe žiadanky vydaný na podanie poistencovi v príslušnej ambulancii poskytovateľa
 - f. skladovať lieky, ZP a ŠZM oddelene od liekov, ZP a ŠZM obstaraných poskytovateľom resp. inou zdravotnou poisťovňou
 - g. viesť riadne a v súlade so skutočným stavom evidenciu liekov v baleniach, ZP a ŠZM a všetky doklady k liekom, ZP a ŠZM obstaraných poisťovňou a umožniť poisťovni fyzickú kontrolu a nepriamu kontrolu na diaľku stavu liekov
 - h. prevziať z lekárne liek, ZP a ŠZM len na žiadanku príslušnej ambulancie poskytovateľa
 - i. minimálne tri mesiace pred uplynutím expiračnej doby lieku, ZP alebo ŠZM písomne alebo elektronicky požiadať poisťovňu o ich nahradenie liekom, ZP alebo ŠZM s expiračnou dobou minimálne 12 mesiacov odo dňa dodania poskytovateľovi
 - j. nahradiť lieky nákupom z vlastných finančných zdrojov v prípade, že zavinením poskytovateľa došlo k ich znehodnoteniu (napr. porucha na chladiacom zariadení, nesprávne skladovanie

liekov, preexpirované lieky) a zaslať poisťovni nadobúdacie doklady o ich nákupe a znehodnotiť ich na vlastné náklady. Uvedené písomne oznámiť poisťovni.

- k. zasielať priebežne mailom na adresu: cnp.cnp@vszp.sk informáciu o stavoch liekov, ZP a ŠZM a presunoch liekov, ZP a ŠZM pri každej zmene v liečbe poistenca, ktorá má vplyv na plnenie predmetu týchto Pravidiel (napr. ukončenie liečby z dôvodu úmrtia poistenca, prerušenie liečby zo zdravotných dôvodov, gravidita, ukončenie poisťného vzťahu s poisťovňou, zmeny poskytovateľa, ktorý liek alebo ZP podáva)
- l. zaslať poisťovni podľa potreby zhodnotenie priebehu liečby u poistenca s imuno-tolerančnou liečbou
- m. vydať poistencovi lieky na domácu liečbu maximálne na tri mesiace, počet balení prevzatých liekov a sumu celkom v eurách za celkový počet prevzatých liekov poistenc potvrdí svojím podpisom v zdravotnej dokumentácii; poskytovateľ vypočíta cenu ako násobok ceny - maximálna úhrada zdravotnou poisťovňou - za jedno balenie lieku podľa platného Zoznamu kategorizovaných liekov
- n. viesť zdravotnú dokumentáciu v súlade s platnou legislatívou
- o. zabezpečiť aby pri vydaní liekov poistencovi na domácu liečbu jeho zdravotná dokumentácia obsahovala informovaný písomný súhlas poistenca o správnom nakladaní s týmito liekmi, poskytovateľ je povinný upozorniť poistenca na povinnosť vedenia evidencie o podanej liečbe
- p. zasielať poisťovni mailom na adresu cnp.cnp@vszp.sk presun liekov a ZP – príjem od iného poskytovateľa a výdaj inému poskytovateľovi – na tlačive „Protokol na presun lieku“, ktorý je zverejnený na webovom sídle poisťovne www.vszp.sk,
- q. zasielať poisťovni cez ePobočku stav nespotrebovaných liekov v baleniach (aj nulový stav liekov), stav nespotrebovaných ZP a ŠZM v ambulancii vždy za kalendárny štvrtrok najneskôr do 15. dňa mesiaca, ktorý nasleduje po skončení kalendárneho štvrtroka. Tieto stavy budú považované za východiskové stavy pri kontrole stavu liekov, ZP a ŠZM obstaraných poisťovňou
- r. hlásiť poisťovni dodané lieky, ktoré nie sú označené logom „VšZP“
- s. dočerpať nespotrebované centrálné nakúpené lieky najneskôr do 6 mesiacov od dátumu ukončenia centrálného nákupu príslušného lieku
- t. dodržiavať poisťovňou zaslané a zverejnené informácie na webovom sídle poisťovne www.vszp.sk o začatí nákupu a ukončení centrálného nákupu v plnom rozsahu.

Článok IV Vykazovanie

- 1 Poskytovateľ je povinný vykazovať lieky, ZP a ŠZM obstarané poisťovňou ako pripočítateľnú položku s nulovou cenou v súlade s:
 - a. platným Metodickým usmernením Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou o spracovaní a vykazovaní zdravotných výkonov poskytovateľov zdravotnej starostlivosti
 - b. Čl. 4 ods. 2 Všeobecných zmluvných podmienok (t. j. správne, úplne a bez formálnych nedostatkov).
2. Aditívne a opravné dávky za lieky obstarané zdravotnou poisťovňou zasiela poskytovateľ mailom na adresu: cnp.cnp@vszp.sk len v prípade, že sa nejedná o opravu chybné zrevidovaných liekov na príslušnej pobočke zdravotnej poisťovne. Chybné zrevidované dávky zasiela poskytovateľ na opakovanú revíziu centru spracovania výkonov príslušnej krajskej pobočky cez ePobočku.

3. Poskytovateľ je povinný vykazovať lieky a ZP v deň, kedy boli skutočne podané alebo vydané poistencovi.
4. Poskytovateľ je povinný vykazovať iba tie lieky, ktoré skutočne poistencovi podal, resp. ktoré vydal poistencovi na domácu liečbu.
5. Ak poskytovateľ vydal poistencovi lieky obstarané poisťovňou na domácu liečbu, vykazuje ich zdravotnej poisťovni s dátumom vydania liekov poistencovi, ktorých prevzatie poistenec potvrdil svojím podpisom v zdravotnej dokumentácii.
6. Poskytovateľ je povinný vykazovať poisťovni lieky, ZP a ŠZM, ktoré mu boli presunuté od iného poskytovateľa.
7. Ak poistenec vráti poskytovateľovi lieky, ktoré si nepodal v domácej liečbe a ktoré mu už raz boli vydané na domácu liečbu, poskytovateľ je povinný o tejto skutočnosti písomne informovať poisťovňu a zároveň zaslať opravnú dávku, v ktorej bude vykázané skutočné množstvo vydaných liekov, znížených o vrátené množstvo liekov. Za spôsob ďalšieho nakladania s vrátenými liekmi zodpovedá poskytovateľ, o postupe informuje písomne poisťovňu.
8. Ak poskytovateľ opomenul vykázať poisťovni lieky, ktoré poistencovi podal v príslušnom zúčtovacom období, je povinný ich vykázať v tom kalendárnom mesiaci, v ktorom zistil, že ich opomenul, najneskôr však do 31.3. nasledujúceho kalendárneho roka po kalendárnom roku, v ktorom lieky poistencovi podal.
9. Ak poskytovateľ podá alebo vydá poistencovi porovnateľný liek s vyššou úhradou poisťovne, poisťovňa môže v odôvodnených prípadoch uhradiť poskytovateľovi aj porovnateľný liek, maximálne však do výšky ceny lieku centrálne obstaraného poisťovňou. Za porovnateľný liek sa považuje liek z referenčnej skupiny, v ktorej sú zaradené lieky s obsahom rovnakého liečiva a zároveň s rovnakou cestou podania, rovnakou liekovou formou, rovnakým množstvom liečiva v jednej dávke, rovnakou veľkosťou balenia, rovnakým dávkovaním.

Článok V Kontrola

1. Poisťovňa vykonáva u poskytovateľa kontrolu nakladania s liekmi, ZP a ŠZM a kontrolu plnenia povinností, ktoré sú definované v týchto Pravidlách a Všeobecných zmluvných podmienkach.
2. Na začiatku kontroly si poisťovňa a poskytovateľ definujú, merateľnú vykazovaciu jednotku (balenie lieku). Toto vymedzenie musí byť súčasťou protokolu.
3. Pri ukladaní zmluvných pokút za porušenie Pravidiel postupujú zmluvné strany podľa Čl. VI Pravidiel.
4. Pohľadávku poisťovne, ktorá vznikne nesprávnym vedením dokladov a je zistená pri dokladovej kontrole, alebo ktorá predstavuje rozdiel zistený pri kontrole stavu liekov, ZP a ŠZM, je možné jednostranne započítať s pohľadávkou poskytovateľa za neuhradené zmluvne dohodnuté výkony zdravotnej starostlivosti.

Článok VI Následky porušenia povinností

1. Za porušenie povinností týkajúcich sa obstarania a nakladania s liekmi, ZP a ŠZM a ich vykazovania v zmysle Pravidiel a Všeobecných zmluvných podmienok si poisťovňa môže u poskytovateľa uplatniť zmluvnú pokutu:
 - a) vo výške 25% z ceny lieku za každé balenie lieku v prípade, že poskytovateľ za príslušné zúčtovacie obdobie, kedy liek podal poistencovi, tento nevykázal v súlade s Pravidlami,
 - b) vo výške 50% z ceny za každý liek, ZP a ŠZM v prípade, ak sa pri vyhodnotení výsledkov vykonanej fyzickej (kusovej) kontroly stavu liekov, ZP a ŠZM dodaných poisťovňou u poskytovateľa zistí rozdiel voči evidenčnému stavu poisťovne, ktorý poskytovateľ nebude vedieť zdôvodniť a zdokladovať.
2. Za preukázané porušenie ostatných podmienok týkajúcich sa nakladania s liekmi, ZP a ŠZM majú zmluvné strany právo uplatniť si u druhej zmluvnej strany zmluvnú pokutu vo výške 100 eur za každú porušenú povinnosť v Pravidlách.
3. V prípade opakovaného porušenia tej istej povinnosti, je poisťovňa oprávnená uplatniť si voči poskytovateľovi zmluvnú pokutu až do výšky dvojnásobku výšky zmluvnej pokuty uplatnenej podľa tohto článku Pravidiel.
4. Uplatnením zmluvnej pokuty nie je dotknuté právo poškodenej strany na náhradu škody.
5. Zmluvná strana je povinná zaplatiť zmluvnú pokutu, aj keď porušením povinnosti nevznikne žiadna škoda.
6. Zmluvnú pokutu uplatnenú poisťovňou, je možné jednostranne započítať s pohľadávkou poskytovateľa za neuhradené zmluvne dohodnuté výkony zdravotnej starostlivosti, to neplatí na pohľadávku štátu v správe poskytovateľa zdravotnej starostlivosti.

7. Ak v súvislosti s porušením povinností poskytovateľa podľa Čl. III bod 2 liek obstaraný poisťovňou expiruje, je zdravotná poisťovňa oprávnená si hodnotu tohto lieku započítať voči pohľadávkam poskytovateľa vyplývajúcim z tejto Zmluvy.

**Príloha č. 5
k Zmluve č. 33NSP2000122**

Všeobecné zmluvné podmienky účinné od 1. 7. 2022

**Čl. 1
Úvodné ustanovenia**

1. Všeobecné zmluvné podmienky (ďalej len „VZP“) upravujú niektoré práva a povinnosti medzi Všeobecnou zdravotnou poisťovňou, a.s. so sídlom, Panónska cesta 2, 851 04 Bratislava – mestská časť Petržalka, IČO: 35 937 874, zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I., oddiel Sa, vložka číslo: 3602/B (ďalej len „poisťovňa“) a poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, poskytovateľom služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, zariadením sociálnych služieb a zariadením sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately, agentúrou domácej ošetrovateľskej služby a poskytovateľom lekárenskej starostlivosti (ďalej len „poskytovateľ zdravotnej starostlivosti“ alebo „zariadenie sociálnej pomoci“ alebo „ADOS“ alebo „poskytovateľ“ alebo „poskytovateľ lekárenskej starostlivosti“) vyplývajúce zo zmluvy o poskytovaní a úhrade zdravotnej starostlivosti, služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, ošetrovateľskej starostlivosti v zariadení sociálnej pomoci, domácej ošetrovateľskej starostlivosti a lekárenskej starostlivosti.
2. Zdravotnou starostlivosťou sa rozumie v zmysle Čl. 1 starostlivosť poskytovaná najmä v zariadeniach ambulantnej zdravotnej starostlivosti a ústavnej zdravotnej starostlivosti v zmysle § 7 zákona č. 578/2004 Z.z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „zákon č. 578/2004 Z.z.“). Zdravotná starostlivosť je v zmysle § 2 ods. 1 zákona č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „zákon č. 576/2004 Z.z.“) súbor pracovných činností, ktoré vykonávajú zdravotnícki pracovníci, vrátane poskytovania liekov, zdravotníckych pomôcok a diietických potravín s cieľom predĺženia života fyzickej osoby, zvýšenia kvality jej života a zdravého vývoja budúcich generácií; zdravotná starostlivosť zahŕňa prevenciu, dispenzarizáciu, diagnostiku, liečbu, biomedicínsky výskum, ošetrovateľskú starostlivosť a pôrodnú asistenciu. Súčasťou poskytovania zdravotnej starostlivosti je aj preprava podľa § 14 ods. 1 zákona č. 576/2004 Z.z. Lekárskou starostlivosťou sa rozumie starostlivosť poskytovaná vo verejnej lekární a v pobočke verejnej lekárne, v nemocničnej lekární, vo výdajni zdravotníckych pomôcok, vo výdajni ortopedicko-protetických zdravotníckych pomôcok a vo výdajni audio-protetických zdravotníckych pomôcok v zmysle zákona č. 362/2011 Z.z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „zákon č. 362/2011 Z.z.“)
3. Zmluvu o poskytovaní a úhrade zdravotnej a lekárenskej starostlivosti uzatvára poisťovňa s poskytovateľom v zmysle §§ 7,7a,7b zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 581/2004 Z. z.“) (ďalej len „Zmluva“). Zmluva je dvojstranný právny úkon, ktorý uzatvára poisťovňa s poskytovateľom a jej predmetom je zabezpečovanie poskytovania a úhrada zdravotnej a lekárenskej a starostlivosti, ktorá je plne alebo čiastočne hrazená na základe verejného zdravotného poistenia, a to v cene, rozsahu a za podmienok dohodnutých v Zmluve.
4. Zmluva sa riadi príslušnými ustanoveniami všeobecne záväzných právnych predpisov uvedenými v Čl. 1 Zmluvy, zmluvne dohodnutými podmienkami vrátane všetkých jej príloh. Všetky súčasti Zmluvy sú pre zmluvné strany záväzné. Odlišné ustanovenia Zmluvy majú prednosť pred VZP. Ustanovenia Zmluvy a VZP nevzťahujúce sa na poskytovaný druh zdravotnej starostlivosti sa neuplatnia.

**Čl. 2
Povinnosti pri poskytovaní zdravotnej a lekárenskej starostlivosti**

1. Poskytovateľ je povinný:
 - a. pri poskytovaní zdravotnej a lekárenskej starostlivosti v zmysle Zmluvy a jej úhrade plniť všetky povinnosti uložené všeobecne záväznými právnymi predpismi, odbornými usmerneniami Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky (ďalej len „MZ SR“), metodickými usmerneniami a odporúčaniami Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej len „Úrad“), Zmluvou, VZP a platnou legislatívou EÚ upravujúcou poskytovanie a úhradu zdravotnej starostlivosti,
 - b. poskytovať zdravotnú a lekárenskú starostlivosť tak, aby prostriedky verejného zdravotného poistenia boli vynakladané účelne, efektívne, hospodárne a správne,
 - c. poskytovať zdravotnú a lekárenskú starostlivosť v súlade s rozhodnutím príslušného orgánu, predložiť poisťovni rozhodnutie príslušného orgánu, na základe ktorého je oprávnený poskytovať zdravotnú a lekárenskú starostlivosť, oznamovať poisťovni písomne a bez zbytočného odkladu vyznačenie zmeny údajov v povolení a rozhodnutie o dočasnom pozastavení alebo zrušení povolenia na prevádzkovanie uvedených činností najneskôr však do 7 dní od doručenia listiny poskytovateľovi, v ktorej orgán príslušný na vydanie povolenia vyznačil zmeny údajov v povolení alebo od nadobudnutia právoplatnosti uvedeného rozhodnutia,
 - d. oznamovať poisťovni podstatné zmeny v personálnom zabezpečení (napr. úväzky lekárov), materiálno-technickom vybavení zdravotníckeho zariadenia zdravotníckou technikou používanou pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, pokiaľ sú poskytované výkony zdravotnej starostlivosti vykazované k úhrade poisťovni (ide najmä o SVLZ výkony),
 - e. poskytovať zdravotnú a lekárenskú starostlivosť s personálnym zabezpečením a materiálno-technickým vybavením, s použitím zdravotníckej techniky, ktoré spĺňajú požiadavky všeobecne záväzných právnych predpisov a technických noriem,

- f. oznamovať poisťovní kódy lekárov, sestier, iných zdravotníckych pracovníkov, výšku úväzku, kódy poskytovateľa a každú ich zmenu. Oznámenie nového kódu poskytovateľa nie je dôvodom na rozšírenie predmetu Zmluvy,
- g. oznamovať poisťovní zmenu ordinačných a otváracích hodín ako aj akékoľvek ďalšie zmeny týkajúce sa zmluvného vzťahu medzi poskytovateľom a poisťovňou,
- h. zistiť pred poskytnutím zdravotnej a lekárenskej starostlivosti, pri priamom kontakte s poistencom poistný vzťah poistenca k poisťovni z preukazu poistenca, európskeho preukazu zdravotného poistenia alebo náhradného certifikátu alebo občianskeho preukazu s elektronickým čipom alebo dokladu o pobyte s elektronickým čipom alebo webového sídla Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou alebo mobilnej aplikácie zdravotnej poisťovne a overiť rozsah zdravotnej a lekárenskej starostlivosti, na ktorý má poistenec nárok z verejného zdravotného poistenia, na webovej stránke poisťovne,
- i. poskytovať zdravotnú starostlivosť osobne alebo prostredníctvom osôb, ktoré spĺňajú podmienky na výkon zdravotníckeho povolania v príslušnom odbore,
- j. oznamovať poisťovní k poslednému dňu v kalendárnom mesiaci na tlačive predpísanom Úradom alebo v elektronickej podobe každé poskytnutie zdravotnej starostlivosti osobe v dôsledku porušenia liečebného režimu, užitia alkoholu alebo inej návykovej látky, ako aj úraz alebo iné poškodenie zdravia, v súvislosti s ktorým poskytol osobe zdravotnú starostlivosť, pri dôvodnom podozrení, že k úrazu alebo inému poškodeniu zdravia došlo zavineným protiprávnym konaním tretej osoby; smrteľné úrazy, ťažké úrazy, hromadné úrazy a choroby z povolania je poskytovateľ povinný oznamovať všetky bez výnimky,
- k. zabezpečiť zastupovanie v rozsahu povolenia počas svojej dočasnej neprítomnosti a súčasne na viditeľnom mieste označiť poskytovateľa, ktorý ho bude zastupovať a túto skutočnosť oznámiť príslušnému samosprávnemu kraju prostredníctvom národného zdravotníckeho informačného systému, uvedené sa nevzťahuje na poskytovateľa ústavnej zdravotnej starostlivosti. Ak neprítomnosť poskytovateľa trvá dlhšie ako 3 pracovné dni a poskytovateľ nemá zabezpečené zastupovanie, uvedenú skutočnosť oznámi poskytovateľ poisťovní bezodkladne.
- l. poskytnúť preventívnu prehliadku, resp. zabezpečiť poskytnutie všetkých výkonov v rozsahu stanovenom všeobecne záväzným právnym predpisom. V prípade, ak nemá poskytovateľ potrebné materiálno-technické vybavenie v ambulancii, odošle poistenca k inému poskytovateľovi na poskytnutie zdravotnej starostlivosti súvisiacej s náplňou preventívnej prehliadky, v žiadosti uvedie aké výkony majú byť poskytnuté a skutočnosť, že ide o preventívnu prehliadku. Poskytnutie preventívnej prehliadky, rozsah výkonov a závery vyplývajúce z preventívnej prehliadky zaznamená poskytovateľ v zdravotnej dokumentácii. Poskytnutie preventívnej prehliadky potvrdí v zdravotnej dokumentácii svojím podpisom poistenec alebo jeho zákonný zástupca,
- m. viesť zdravotnú dokumentáciu vrátane jej zabezpečenia a uchovávaní a v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi tak, aby údaje v zdravotnej dokumentácii poskytovali pravdivý a komplexný prehľad o zdravotnom stave poistenca a zdravotnej starostlivosti poskytnutej poistencovi. Zdravotnú dokumentáciu vedie poskytovateľ primárne v elektronickej forme ak zákon č. 576/2004 Z.z. neustanovuje, že sa vedie alebo môže viesť aj v písomnej forme. Obsah a podmienky vedenia elektronickej zdravotnej dokumentácie ustanovuje zákon č. 153/2013 Z.z. o národnom zdravotníckom informačnom systéme a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „zákon č. 153/2013 Z.z.“). V prípade odoslania poistenca na ďalšie poskytovanie zdravotnej starostlivosti je povinný vyhotoviť výpis zo zdravotnej dokumentácie s uvedením výsledkov všetkých vykonaných vyšetrení. Po poskytnutí zdravotnej starostlivosti je poskytovateľ povinný zaznamenať všetky výkony a vyšetrenia v zdravotnej dokumentácii tak, aby mohli byť poskytnuté ostatným poskytovateľom (najmä poskytovateľovi, na odporúčanie ktorého bola poskytnutá zdravotná starostlivosť a poskytovateľovi všeobecnej ambulantnej starostlivosti, s ktorým má poistenec uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti),
- n. postupovať v súlade s platným odborným usmernením MZ SR pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v oblasti poskytovania a úhrady vecných dávok podľa platnej legislatívy EÚ pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti poistencom EÚ v SR,
- o. pri predpisovaní a odporúčaní liekov, zdravotníckych pomôcok, dietetických potravín, pri odporúčaní používania voľnopredajných liekov, dietetických potravín a zdravotníckych pomôcok v súvislosti s poskytovaním ošetrovateľskej starostlivosti, postupovať podľa súčasných poznatkov farmakoterapie účelne a hospodárne, dodržiavať všetky indikačné obmedzenia, preskripčné obmedzenia, množstvové, finančné a časové limity stanovené v záväzných opatreniach MZ SR; pri poskytovaní liekov dodržiavať terapeutické indikácie vrátane ostatných klinických informácií, ktoré vyplývajú zo súhrnu charakteristických vlastností lieku schváleného pri registrácii, pri poskytovaní zdravotníckych pomôcok dodržiavať účel ich použitia schválený pri posudzovaní zhody; pri predpisovaní humánných liekov, ktoré sa musia predpisovať len s uvedením názvu liečiv v zmysle prílohy č. 1 zákona č. 362/2011 Z.z., zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín s výnimkou tých, ktoré obstarala poisťovňa, sa zakazuje určovať pacientovi, v ktorej verejnej lekární a výtvarni zdravotníckych pomôcok si má humánný liek, zdravotnícku pomôcku alebo dietetickú potravinu vybrať. Predpísanie liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín je poskytovateľ povinný zaznamenať v zdravotnej dokumentácii, prípadne aj v liekovej knižke v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi.
- p. pri predpisovaní liekov, zdravotníckych pomôcok, dietetických potravín dodržiavať elektronickejšiu formu ich predpisovania (preskripčný záznam, elektronický lekársky predpis, lekársky poukaz, objednávka) v súlade s ustanoveniami zákona č. 362/2011 Z.z.; vo výnimočných prípadoch ustanovených týmto zákonom (napr. lekársky predpis so šikmým modrým pruhom, na liek s obsahom omamnej látky II. skupiny alebo psychotropnej látky II. skupiny, predpis pre seba alebo blízke osoby atd.) používať len tlačivá lekárskeho predpisu a lekárskeho poukazu vyhotovených v súlade so všeobecne záväzným právnym predpisom. Poskytovateľ je povinný na riadne a čitateľne vyplnenom preskripčnom zázname, lekárskom predpise alebo lekárskom poukaze, vyplniť všetky náležitosti v súlade so zákonom č. 362/2011 Z. z. Za úplnosť a správnosť vyplnenia preskripčného záznamu, lekárskeho predpisu, lekárskeho poukazu zodpovedá lekár alebo iná oprávnená osoba, ktorý preskripčný záznam, lekársky predpis alebo lekársky poukaz vyplnil.

- q. požiadať poisťovňu o dodanie liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín, pri ktorých poisťovňa vopred v písomnej alebo elektronickej forme, najmä však zverejnením na svojom webovom sídle www.vszp.sk (ďalej len „webové sídlo“) oznámi poskytovateľovi, že ich zabezpečuje pre poskytovateľov od ich výrobcu alebo veľkodistribútora.
 - r. výška úhrady zdravotnou poisťovňou, výška úhrady pacienta a podmienky úhrady sa riadia Zoznamom kategorizovaných liekov plne uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia, Zoznamom kategorizovaných zdravotníckych pomôcok plne uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia, Zoznamom kategorizovaných dietetických potravín plne uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia platnými v čase výdaja lieku, zdravotníckej pomôcky a dietetickej potraviny.
 - s. osobitné prípady úhrad registrovaných ale nekategorizovaných liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín sa riadia ustanoveniami § 88 zákona 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 (ďalej len „zákon č. 363/2011 Z.z.“)
2. Poskytovateľ zodpovedá za účelnosť, efektívnosť a hospodárnosť indikovania zdravotnej starostlivosti a poskytovania lekárenskej starostlivosti.
 3. Poskytovateľ zodpovedá za to, že navrhne zabezpečenie poskytnutia plánovanej zdravotnej starostlivosti poistencom poisťovne v krajinách EÚ iba za podmienok stanovených v zákone č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. Postup a príslušné tlačivá sú uverejnené na webovom sídle poisťovne.
 4. Poskytovateľ všeobecnej ambulantnej starostlivosti alebo iná oprávnená osoba (sestra, pôrodná asistentka), ktorá predpisuje lieky, zdravotnícke pomôcky alebo dietetické potraviny na základe odporúčania odborného lekára (aj v prípade, že ide o predpis bez preskripčného obmedzenia), uvedie v preskripčnom zázname a pri predpisovaní na lekárskych predpisoch alebo lekárskych poukazoch, na rubovej strane poznámku: „NA ODPORÚČANIE ODBORNÉHO LEKÁRA“ s uvedením mena a priezviska a kódu odborného lekára, názvu, sídla a kódu poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, dátumu vytvorenia elektronického záznamu o poskytnutí ambulantnej starostlivosti alebo elektronického záznamu o prepustení osoby z ústavnej zdravotnej starostlivosti alebo dátumu lekárskej správy alebo prepúšťacej správy, v ktorej odporučal predpísanie humánneho lieku, zdravotníckej pomôcky a dietetickej potraviny; za opodstatnenosť indikácie odporúčaného lieku, zdravotníckej pomôcky alebo dietetickej potraviny zodpovedá odporúčajúci odborný lekár. Všeobecný lekár alebo iná oprávnená osoba poznámku na lekárskom predpise autorizuje odtlačkom svojej pečiatky, dátumom a jeho vlastnoručným podpisom, ak nejde o predpis formou preskripčného záznamu. Odborný lekár v odporúčaní uvedie ako dlho má všeobecný lekár alebo iná oprávnená osoba liek, zdravotnícku pomôcku alebo dietetickú potravinu pacientovi predpisovať, pričom táto lehota nesmie presiahnuť 12 mesiacov; ošetrojúci lekár ústavného zdravotníckeho zariadenia v prepúšťacej správe uvedie kód poskytovateľa a kód lekára indikujúceho liečbu s uvedením lehoty, počas ktorej má indikovaná liečba trvať. Humánny liek, zdravotnícka pomôcka alebo dietetická potravina predpísaná všeobecným lekárom alebo inou oprávnenou osobou na základe odporúčania odborného lekára nie je uhrádzaná na základe verejného zdravotného poistenia, ak poskytovateľ zdravotnej starostlivosti, s ktorým je odborný lekár v pracovnoprávnom vzťahu alebo obdobnom pracovnom vzťahu, nemá uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti so zdravotnou poisťovňou, v ktorej je pacient poistený.
 5. Podanie vzorky lieku (§ 8 ods. 19 zákona č. 147/2001 Z. z. o reklame v znení neskorších predpisov), ktorú poskytovateľovi doručil zástupca výrobcu alebo veľkodistribútora, musí byť zaznamenané v zdravotnej dokumentácii poistenca.
 6. Poskytovateľ môže poistencovi predpísať individuálne zhotovovanú zdravotnícku pomôcku podskupín I1 až I5 len vtedy, pokiaľ použitie sériovo vyrábanej zdravotníckej pomôcky je pre poistenca preukázateľne nevhodné. Poskytovateľ je povinný v zdravotnej dokumentácii a na lekárskom poukaze na zdravotnícku pomôcku, uviesť všetky údaje vyplývajúce zo všeobecne záväzných právnych predpisov (vrátane medicínskeho odôvodnenia nevhodnosti použitia sériovo vyrábanej zdravotníckej pomôcky) a ako kód zdravotníckej pomôcky uvedie číselný kód uvedený v Zozname zdravotníckych pomôcok na mieru. Poskytovateľ v preskripčnom zázname/lekárskom poukaze v časti Odôvodnenie predpisu pomôcky medicínsky odôvodní nevhodnosť použitia sériovo vyrábaných zdravotníckych pomôcok rovnakého účelu určenia, ktoré sú zaradené v Zozname zdravotníckych pomôcok plne uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia. Pod nevhodnosťou použitia sa rozumie skutočnosť, že sériovo vyrábané zdravotnícke pomôcky neposkytujú poistencovi liečebný prínos alebo podporu stabilizácie zdravotného stavu primerané k diagnóze, ktorá bola poistencovi objektívne stanovená. Poskytovateľ berie na vedomie, že ak predpíše individuálne zhotovovanú zdravotnícku pomôcku v rozpore s týmto bodom VZP alebo v rozpore s indikačnými alebo preskripčnými obmedzeniami, poisťovňa bude postupovať v súlade s § 121 ods. 6 zákona č. 362/2011 Z.z. (nárok poisťovne na náhradu plnenia voči poskytovateľovi).
 7. Ak poskytovateľ plánuje predpísať alebo poskytnúť poistencovi liek, zdravotnícku pomôcku alebo dietetickú potravinu, ktorých úhrada vyžaduje v súlade s platnými právnymi predpismi a Zmluvou vydanie predchádzajúceho súhlasu revízného lekára zdravotnej poisťovne (v zmysle Zoznamu kategorizovaných liekov plne uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia, Zoznamu kategorizovaných zdravotníckych pomôcok plne uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia, Zoznamu kategorizovaných dietetických potravín plne uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia platnými v čase podania žiadosti o súhlas skratka „ind. obm., ZP“), požiada o vydanie súhlasu s úhradou na aktuálnom tlačive, ktoré je zverejnené na webovom sídle poisťovne. Vyplnené tlačivo poskytovateľ písomne alebo elektronicke doručí poisťovní pred poskytnutím lieku, zdravotníckej pomôcky, dietetickej potraviny. Poisťovňa do 10 dní po skompletizovaní žiadosti vydá stanovisko k úhrade lieku, zdravotníckej pomôcky, dietetickej potraviny a doručí ho poskytovateľovi.
 8. Poskytovateľ v prípade súhlasného stanoviska s úhradou podľa bodu 7 vystaví samostatný preskripčný záznam alebo v zákonomnom stanovených prípadoch lekársky predpis, resp. poukaz a uvedie evidenčné číslo vydaného súhlasu s úhradou, dátum vydania súhlasu, dobu trvania vydaného súhlasu, kód produkt zodpovedajúci kódom produktu na vydanom

súhlase, eventuálne množstvo bal./ks, na ktorý je vydaný súhlas s úhradou, meno a priezvisko revízneho lekára, ktorý súhlas vydal, schválenú maximálnu výšku úhrady zdravotnou poisťovňou a označenie, že ide o PRODUKT NA VÝNIMKU.

9. Poskytovateľ všeobecnej ambulantnej starostlivosti alebo iný ošetrojúci lekár, ktorý potvrdil, navrhol alebo schválil poskytovanie domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ďalej len „DOS“) alebo ošetrovateľskej starostlivosti v zariadení sociálnej pomoci, zabezpečí potrebné lieky, zdravotnícke pomôcky a dietetické potraviny predpisom na lekárske predpis alebo lekárske poukaz; uvedené neplatí ak ide o zdravotnícke pomôcky, ktoré sú súčasťou povinného materiálne-technického vybavenia zariadenia sociálnej pomoci v zmysle súvisiacich všeobecne záväzných právnych predpisov). Lieky so symbolom úhrady „A“ zaradené do Zoznamu liečiv a liekov plne uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia zabezpečí a podáva lekár všeobecnej ambulantnej starostlivosti v rámci návštevnej služby alebo ambulantne. Poskytovateľ všeobecnej ambulantnej starostlivosti alebo iný ošetrojúci lekár:
 - a. spolupracuje pri poskytovaní DOS s ADOS a zariadením sociálnej pomoci, ktoré sú v zmluvnom vzťahu s poisťovňou,
 - b. navrhuje poskytovanie DOS poisťovňou, s ktorými má uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti,
 - c. poskytovateľom ADOS schvaľuje plán ošetrovateľskej starostlivosti a rozsah poskytovania DOS, pre zariadenia sociálnej pomoci špecifikuje indikáciu ošetrovateľskej starostlivosti vzhľadom k zdravotnému stavu poistenca na tlačive Kontrolného listu podľa štandardného postupu Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta v zariadení sociálnej pomoci alebo na samostatnom tlačive lekárskeho nálezu
 - d. Návrh na poskytovanie DOS, ktorého vzor je zverejnený na webovom sídle poisťovne, potvrdí svojím podpisom a odtlačkom pečiatky. Do zdravotnej dokumentácie poistenca zaznamená údaj o potvrdení návrhu na poskytovanie DOS a rozsah navrhutej DOS. V zdravotnej dokumentácii osobitne zdôvodní návrh na poskytnutie jednorazových výkonov prostredníctvom ADOS, ako je podanie očkovacej látky, vykonanie odberov, kontrola tlaku krvi u imobilných hypertonikov a pod. Návrh musí byť riadne vyplnený, zdôvodnený a potvrdený. Ak poskytovanie DOS navrhuje všeobecný lekár poistenca, návrh zdôvodní, podpíše a potvrdí pečiatkou iba všeobecný lekár. Ak poskytovanie DOS navrhuje iný ošetrojúci lekár poistenca, návrh zdôvodní, podpíše a potvrdí pečiatkou tento ošetrojúci lekár; zároveň tento návrh podpíše a pečiatkou potvrdí aj všeobecný lekár poistenca, ktorého sa takýto návrh iného ošetrojúceho lekára týka. Za indikovanie ošetrovateľskej starostlivosti je zodpovedný indikujúci lekár. Ak všeobecný lekár liečbu nenavrhol, tak v návrhu uvedie kód indikujúceho lekára.
 - e. Návrh zodpovednej osoby na indikáciu poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti osobe umiestnenej v zariadení sociálnej pomoci (ďalej len „Návrh“) musí byť riadne vyplnený a potvrdený zodpovednou osobou a všeobecným lekárom poistenca. Do zdravotnej dokumentácie poistenca lekár zaznamená údaj o potvrdení Návrhu a rozsah navrhutej ošetrovateľskej starostlivosti.
10. Poskytovateľ všeobecnej ambulantnej starostlivosti alebo iný ošetrojúci lekár poskytuje v prípade potreby pracovníkom DOS, ADOS a zariadenia sociálnej pomoci konzultácie v rozsahu príslušnej špecializácie týkajúce sa u neho kapitovaných poistencov. Poskytovateľ všeobecnej ambulantnej starostlivosti, ktorý, indikoval dlhodobé poskytovanie DOS, vykoná u poistenca minimálne raz mesačne návštevu a do zdravotnej dokumentácie uvedie epikrízu o rozsahu a efektívnosti poskytovanej DOS, zdôvodní ďalšie poskytovanie DOS, prípadne upraví rozsah výkonov DOS podľa aktuálneho stavu poistenca. Poskytovateľ všeobecnej ambulantnej starostlivosti, ktorý navrhol dlhodobé poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti v zariadení sociálnej pomoci, vykoná u poistenca každých šesť mesiacov návštevu a do zdravotnej dokumentácie uvedie epikrízu. Epikrízu vyhotovenú ošetrojúcim lekárom s odôvodnením indikácie pokračovania ošetrovateľskej starostlivosti vzhľadom k zdravotnému stavu poistenca zasiela zariadenie sociálnej pomoci do zdravotnej poisťovne v prípade, že zdravotný stav poistenca vyžaduje pokračovanie poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti podľa indikačných kritérií na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti osobe umiestnenej v zariadení sociálnej pomoci (ďalej len „indikačné kritériá“) aj po 6 mesiacoch a v prípade, ak poistenec preruší pobyt v zariadení sociálnej pomoci na dlhšie ako 1 mesiac a po jeho návrate zdravotný stav poistenca vyžaduje poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti podľa indikačných kritérií.
11. Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti:
 - indikuje vykonanie výkonov spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek (ďalej len „SVLZ“) uhrádzaných z verejného zdravotného poistenia, ak ich poskytnutie je potrebné zo zdravotných dôvodov,
 - môže indikovať len tie SVLZ výkony, ktoré sú nevyhnutné pre ním poskytovanú zdravotnú starostlivosť alebo boli tieto výkony vyžadované iným poskytovateľom,
 - môže o poskytnutie výkonov SVLZ požiadať len poskytovateľa prevádzkujúceho zariadenie SVLZ (ďalej len „poskytovateľ SVLZ“), s ktorým má poisťovňa uzatvorenú zmluvu o poskytovaní a úhrade zdravotnej starostlivosti, to neplatí ak pacient výslovne požiada o to, aby výkony SVLZ poskytol poskytovateľ, s ktorým poisťovňa nemá uzatvorenú zmluvu a tieto výkony SVLZ uhradí ako samoplatca,
 - súčasne platí, že poskytovateľ SVLZ nemôže poisťovni vykázat k úhrade výkony SVLZ indikované poskytovateľom, ktorý nemá s poisťovňou uzatvorenú zmluvu o poskytovaní a úhrade zdravotnej starostlivosti alebo výkony, pri ktorých bola na žiadanke uvedená informácia, že ide o výkon nehradený na základe verejného zdravotného poistenia
12. Poskytovateľ, ktorý indikuje výkony SVLZ, na žiadanke o vykonanie výkonov SVLZ uvedie:
 - a. meno, priezvisko, rodné číslo poistenca (resp. evidenčné číslo poistenca),
 - b. kód poisťovne poistenca,
 - c. diagnózu ochorenia poistenca podľa 10. revízie Medzinárodnej klasifikácie chorôb (MKCH 10),
 - d. druh a počet požadovaných vyšetrení,
 - e. kód odosielajúceho zdravotníckeho pracovníka,
 - f. v osobitných prípadoch (podľa charakteru výkonu) aj dátum a čas odberu biologického materiálu, epikrízu ochorenia, dôležité údaje pre správnu a efektívnu realizáciu výkonu,
 - g. ak ide o výkon nehradený na základe verejného zdravotného poistenia, uvedie túto informáciu zreteľne na žiadanke. Uvedené sa týka aj delegovaných výkonov v zmysle platného Odborného usmernenia Ministerstva zdravotníctva

- Slovenskej republiky o postupe objednávaní, vykonávaní a kontroly laboratórných a zobrazovacích vyšetrení (ďalej len „OU MZ SR o postupe objednávaní, vykonávaní a kontroly laboratórných a zobrazovacích vyšetrení“).
13. Záznam o indikovaných SVLZ vyšetreniach a ich výsledky musia byť súčasťou zdravotnej dokumentácie pacienta.
 14. Poskytovateľ SVLZ zodpovedá za správnosť výsledkov vykonaných vyšetrení vrátane ich popisu.
 15. Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti, ktorý indikuje SVLZ vyšetrenia musí dbať na ich účelnosť, a to najmä:
 - a. zdravotné výkony uvedené v Katalógu výkonov v kapitole Genetika môže indikovať len lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore lekárska genetika alebo hematológia a transfuziológia,
 - b. lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore všeobecné lekárstvo pre dospelých a všeobecný lekár pre deti a dorast nemôže indikovať vyšetrenia onkomarkerov, vyšetrenia amplifikačnými metódami, stanovenie špecifického IFN-gama, výkony CT a MR diagnostiky,
 - c. poskytovateľ indikuje vyšetrenia SVLZ spravidla u jedného poskytovateľa SVLZ. To neplatí v prípade, ak poskytovateľ SVLZ nemôže vzhľadom na materiálo-technické vybavenie a personálne zabezpečenie takéto vyšetrenia realizovať. Uvedené sa týka aj delegovaných výkonov v zmysle platného OU MZ SR o postupe objednávaní, vykonávaní a kontroly laboratórných a zobrazovacích vyšetrení
 16. Poskytovateľ môže v priamej súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti poistencovi objednať u poskytovateľa, ktorý má uzatvorenú s poisťovňou zmluvu o preprave ako službu súvisiacu s poskytovaním zdravotnej starostlivosti prepravu z miesta bydliska poistenca do miesta poskytovania zdravotnej starostlivosti poistencovi a späť alebo medzi dvomi miestami poskytovania zdravotnej starostlivosti.
 17. Poskytovateľ je povinný v zdravotnej dokumentácii odôvodniť objednanie prepravy. Prepravu poskytovateľ objednáva na tlačive „Príkaz na prepravu zo zdravotných dôvodov“, ktorého vzor je uvedený na webovom sídle poisťovne. Za objednanie prepravy je zodpovedný objednávajúci lekár, ktorý môže prepravu objednať iba za účelom prevozu:
 - a. poistenca do zdravotníckeho zariadenia alebo zo zdravotníckeho zariadenia v cudzine alebo štátoch EÚ na vopred schválenú liečbu príslušnou pobočkou poisťovne,
 - b. poistenca na vyššie odborné alebo špecializované pracovisko ako pokračovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti,
 - c. poistenca, ak jeho zdravotný stav vyžaduje počas prepravy protiepidemický režim, ktorý sa nedá zabezpečiť iným spôsobom prepravy,
 - d. poistenca, ktorý je zaradený do dlhodobého dialyzačného programu alebo do transplantáčného programu (pred transplantáciou) a preprava sa týka zdravotnej starostlivosti poskytovanej v súvislosti s týmito programami,
 - e. poistenca, ktorému je poskytovaná ambulantná chemoterapia, aktinoterapia alebo dispenzárna kontrola u onkológa, ak vzhľadom na zdravotný stav nie je schopný samostatného pohybu a dopravy prostriedkami verejnej dopravy,
 - f. poistenca, ktorý nie je schopný samostatného pohybu a dopravy prostriedkami verejnej dopravy,
 - g. poistenca na kúpeľnú starostlivosť, ktorá bezprostredne nadväzuje na ústavnú starostlivosť osoby, ktorej preprava vzhľadom na jej zdravotný stav nie je možná prostriedkami verejnej hromadnej dopravy alebo iným spôsobom,
 - h. lekára návštevnjej lekárskej služby prvej pomoci na výkon neodkladnej návštevy v mieste bydliska poistenca,
 - i. transfúzných prípravkov a liekov v osobitne naliehavých prípadoch
 18. Ak poskytovateľ lekárenskej starostlivosti vydal liek, zdravotnícku pomôcku alebo dietetickú potravinu na základe preskripčného záznamu, lekárskeho predpisu alebo lekárskeho poukazu, ktorého predpisaním predpisujúci lekár alebo iná oprávnená osoba porušila povinnosť dodržiavať preskripčné a indikačné obmedzenia alebo povinnosť podľa § 119 ods. 11 a § 119a zákona č. 362/2011 Z. z., poisťovňa je povinná uhradiť lekárenskú starostlivosť poskytovateľovi, ak poskytovateľ pri výdaji neporušil žiadne povinnosti upravené týmito VZP, ktoré by mali vplyv na to, že inak by zdravotnícka pomôcka nebola vydaná. Poisťovňa má právo na náhradu plnenia podľa predchádzajúcej vety voči predpisujúcemu lekárovi alebo inej oprávnenej osobe, ktorá takéto porušenie zákonných povinností spôsobila.
 19. Ak poskytovateľ lekárenskej starostlivosti napriek upozorneniu zo strany poisťovne vydal liek, zdravotnícku pomôcku alebo dietetickú potravinu na základe, preskripčného záznamu, lekárskeho predpisu alebo lekárskeho poukazu, pri predpise ktorej predpisujúci lekár alebo iná oprávnená osoba porušila povinnosť § 120 ods. 1 písm. g) zákona č. 362/2011 Z. z. (ide najmä o lekársky predpis alebo poukaz vystavený nezmluvným lekárom, inou oprávnenou osobou alebo odborným lekárom v pracovnom právnom alebo obdobnom pracovnom vzťahu u nezmluvného poskytovateľa), poisťovňa nie je povinná uhradiť lekárenskú starostlivosť poskytovateľovi.
 20. V ambulantnom zdravotníckom zariadení nesmie predpisujúci lekár alebo iná oprávnená osoba vydávať humánne lieky, zdravotnícke pomôcky a dietetické potraviny okrem tých, ktoré obstarala zdravotná poisťovňa podľa čl. 6 ods. 13 písm. b) zákona č. 581/2004 Z.z. a o ktorých to ustanoví všeobecne záväzný právny predpis (napr. § 18 ods. 1 písm. c) štvrtého bodu, ďalej lieky s poznámkou na „ad manus medicí“ na preskripčnom zázname alebo lekárskom predpise v zmysle § 119 ods. 16 zákona č. 362/2011 Z.z).
 21. Poskytovateľ lekárenskej starostlivosti
 - a) poskytuje poistencom poisťovne lekárenskú starostlivosť vo verejnej lekární v rozsahu činnosti stanovenej v povolení na poskytovanie lekárenskej starostlivosti vydanom príslušným orgánom
 - b) prevádzkuje verejnú lekáreň v súlade so zákonom č 362/2011 Z. z. a s ďalšími súvisiacimi platnými všeobecne záväznými právnymi predpismi,
 - c) zodpovedá za to, že odborný zástupca vykonáva činnosť odborného zástupcu len na jednom mieste výkonu činnosti a že zdravotnícki pracovníci poskytujúci lekárenskú starostlivosť splňajú zákonom stanovené podmienky na poskytovanie tejto starostlivosti,
 - d) dodržiava všetky povinnosti stanovené v § 23 ods. 1 zákona č. 362/2011 Z. z., najmä:
 - da) poskytuje lekárenskú starostlivosť podľa zákona č. 362/2011 Z. z.,
 - db) dodržiava požiadavky správnej lekárenskej praxe,
 - dc) vykonáva zabezpečovanie, uchovávanie, prípravu, kontrolu, výdaj liekov a zdravotníckych pomôcok vrátane internetového výdaja,
 - dd) vykonáva zabezpečovanie a výdaj dietetických potravín,
 - de) vykonáva zhotovovanie zdravotníckych pomôcok na mieru a ich výdaj,
 - df) vykonáva dohľad nad liekmi a dohľad nad zdravotníckymi pomôckami,

- dg) vykonáva zabezpečovanie, uchovávanie a výdaj doplnkového sortimentu,
- dh) vykonáva fyzikálne a biochemické vyšetrenia zamerané na primárnu prevenciu a sledovanie účinnosti a bezpečnosti farmakoterapie, ktoré si nevyžadujú ďalšie laboratórne spracovanie,
- di) zabezpečuje spätný predaj humánnych liekov zaradených v zozname kategorizovaných liekov držiteľovi povolenia na veľkodistribúciu humánnych liekov, ktorý ich držiteľovi povolenia na poskytovanie lekárenskej starostlivosti vo verejnej lekárni alebo v nemocničnej lekárni dodal, a predaj humánnych liekov zaradených v zozname kategorizovaných liekov medzi držiteľmi povolenia na poskytovanie lekárenskej starostlivosti vo verejnej lekárni alebo v nemocničnej lekárni na účel ich výdaja vo verejnej lekárni alebo v nemocničnej lekárni ak bol tento predaj uskutočnený v súlade s § 23 ods. 1 písm. as) zákona č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 362/2011 Z. z.“).
- dj) vyberá od poisťencov poisťovne úhradu za humánne lieky, zdravotnícke pomôcky a dietetické potraviny čiastočne uhrádzané na základe verejného zdravotného poistenia pri zachovaní stanoveného pomeru úhrady poisťovne a poisťenca poisťovne, s výnimkou postupu podľa § 89 ods. 2 zákona č. 363/2011 Z.z.,
- dk) uvádza na doklade z registračnej pokladne údaj o výške prepočítaného doplatku za najlacnejší náhradný liek, ak sa tento započítava do úhrnnej výšky úhrad poisťenca poisťovne podľa osobitného predpisu;
- dl) pri výdaji lieku, zdravotníckej pomôcky alebo dietetickej potraviny na základe lekárskeho predpisu alebo lekárskeho poukazu, ktoré sú čiastočne alebo úplne uhrádzané na základe verejného zdravotného poistenia, overuje zhodu údajov na lekárskom predpise alebo lekárskom poukaze s údajmi v preskripčnom zázname a s údajmi na preukaze poisťenca, občianskom preukaze s elektronickým čipom alebo doklade o pobyte s elektronickým čipom a ak zistí nesprávnosť údajov lekárskeho predpisu alebo lekárskeho poukazu v mene, priezvisku, rodnom čísle alebo v číselnom kóde zdravotnej poisťovne, pričom pôjde o zjavnú chybu v písaní, vykonať opravu týchto údajov na lekárskom predpise alebo lekárskom poukaze, inak je oprávnený lekársky predpis alebo lekársky poukaz odmietnuť,
- e) zabezpečí pri zaobchádzaní s liekmi, zdravotníckymi pomôckami a dietetickými potravinami podmienky pre zachovanie ich kvality, účinnosti a bezpečnosti,
- f) vydá liek, dietetickú potravinu a zdravotnícku pomôcku len na preskripčný záznam, výpis z preskripčného záznamu, lekárske predpisy, výpisy z lekárskeho predpisu a lekárske poukazy, ktoré spĺňajú náležitosti podľa zákona č. 362/2011 Z. z., s výnimkou dôležitých liekov, o ktorých vydaní rozhodne osoba oprávnená vydať liek,
- g) vydá liek, zdravotnícku pomôcku, dietetickú potravinu na základe preskripčného záznamu, ak bol liek, zdravotnícka pomôcka, dietetická potravina predpísaná elektronicky vytvorením preskripčného záznamu,
- h) na základe lekárskeho poukazu vydá poisťencovi poisťovne len zdravotnícku pomôcku platne registrovanú alebo evidovanú Štátnym ústavom pre kontrolu liečiv (ďalej len „ŠÚKL“) v súlade s § 110 zákona č. 362/2011 Z. z.,
- i) lieky, zdravotnícke pomôcky alebo dietetické potraviny, ktoré tvoria osobitné prípady úhrad a vyžadujú predchádzajúci súhlas poisťovne s ich úhradou, vydá poskytovateľ iba v prípade, ak na zadnej strane lekárskeho predpisu je predpisujúcim lekárom uvedené evidenčné číslo vydaného súhlasu s úhradou, dátum vydania súhlasu, dobu trvania vydaného súhlasu, kód produktu zhodný s kódom produktu na vydanom súhlase, eventuálne množstvo bal./ks, na ktorý je vydaný súhlas s úhradou, údaj o nedočerpanom množstve, meno a priezvisko revízneho lekára, ktorý súhlas vydal, schválenú maximálnu výšku úhrady zdravotnou poisťovňou a označenie, že ide o PRODUKT NA VÝNIMKU,
- j) vedie riadne a v súlade so skutočným stavom kusovú evidenciu liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín a systém kusovej evidencie sprístupní poisťovni na požiadanie tak, aby poisťovňa mohla účinne skontrolovať správnosť predpisovania a výdaja; na požiadanie sprístupní poisťovni všetky doklady o nadobudnutí liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín a umožní súčasne kontrolu skladových zásob, údaje o počtoch všetkých vydaných liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín v kontrolovanom období za všetky zdravotné poisťovne,
- k) ak poisťenec poisťovne nepredloží občiansky preukaz s elektronickým čipom, ak ho má vydaný, preukaz poisťenca alebo európsky preukaz zdravotného poistenia, poskytovateľ môže vydať liek, dietetickú potravinu alebo zdravotnícku pomôcku len za plnú úhradu poisťencom poisťovne; poskytovateľ nemá v takom prípade voči poisťovni nárok na úhradu,
- l) je povinný plniť vlastné daňové povinnosti podľa § 78 zákona č. 222/2004 Z. z. o dani z pridanej hodnoty v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 222/2004 Z. z.“) tak, aby poisťovňa nebola zaviazaná na plnenie ručenia za daň v zmysle § 69b tohto zákona,
- m) postupovať v súlade s platným odborným usmernením MZ SR pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v oblasti poskytovania a úhrady vecných dávok podľa platnej legislatívy Európskej únie (ďalej len „EÚ“) pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti poisťencom EÚ v Slovenskej republike,
- n) pri výdaji liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín dodržiavať všetky preskripčné obmedzenia, množstvom, finančne a časové limity stanovené v záväzných opatreniach MZ SR,
- o) zabezpečiť, aby výdajová pečiatka lekárne bola vyhotovená podľa aktuálne platného Metodického usmernenia Úradu o pečiatkach lekárov, vybraných pracovníkov v zdravotníctve a poskytovateľov zdravotnej starostlivosti,
- p) zodpovedá za doručenie faktúry poisťovni, pričom za deň doručenia faktúry sa považuje deň, kedy k zaslanej faktúre boli dodané do centra spracovania výkonov príslušného podľa miesta prevádzky poskytovateľa (ďalej aj ako „do poisťovne“) tie lekárske predpisy a lekárske poukazy, ktoré sú neoddeliteľnou prílohou faktúry v súlade s čl. 5 týchto VZP,
- y) je povinný na základe osobitnej písomnej žiadosti poisťovne, zabezpečiť uskladnenie liekov a zdravotníckych pomôcok obstaraných poisťovňou na základe žiadosti poskytovateľa zdravotnej starostlivosti v zmysle § 6 ods. 13 písm. b) zákona č. 581/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov a zabezpečiť ich výdaj poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti v súlade s požiadavkami na správnu lekárenskú prax a zabezpečiť, aby nedošlo k ich poškodeniu alebo zneužitiu,
- z) sa zaväzuje dodržiavať povinnosti stanovené zákonom č. 153/2013 Z.z.,

- za) je povinný bezodkladne vytvoriť dispenzačný záznam podpísaný zdokonaleným elektronickým podpisom v elektronickej zdravotnej knižke o vydanom humánnom lieku, ktorého predpis je viazaný na lekársky predpis, zdravotníckej pomôcky, dietetickej potraviny, ktorá je uvedená v zozname kategorizovaných dietetických potravín, alebo zdravotníckej pomôcky, ktorá je uvedená v zozname kategorizovaných zdravotníckych pomôcok, ak je dietetická potravina alebo zdravotnícka pomôcka uhrádzaná na základe verejného zdravotného poistenia,
- zb) pri výdaji humánného lieku alebo dietetickej potraviny predpísanej na lekárskom predpise alebo pri výdaji zdravotníckej pomôcky predpísanej na lekárskom poukaze je poskytovateľ povinný vytvoriť dispenzačný záznam podľa § 121 ods. 3 písm. d) zákona č. 362/2011 Z. z. a potvrdiť výdaj humánného lieku, zdravotníckej pomôcky alebo dietetickej potraviny svojím podpisom na lekárskom predpise alebo lekárskom poukaze otlačkom svojej pečiatky a dátumom výdaja; uvedené neplatí, ak sa humánný liek, zdravotnícka pomôcka alebo dietetická potravina vydáva na základe preskripčného záznamu,
- zc) je oprávnený, v prípade záujmu poistenca poisťovne, autentifikovať tohto poistenca za účelom aktivácie mobilnej aplikácie poisťovne. Podrobnosti ohľadne postupu autentifikácie poistenca sú zverejnené na webovom sídle poisťovne.

22. V rámci postupu pri výdaji liekov a manipulácii s lekáskymi predpismi a poukazmi platia nasledovné podmienky:

- a) platnosť lekárskeho predpisu alebo preskripčného záznamu je
 - aa) sedem dní na hromadne vyrábaný humánný liek a individuálne pripravovaný humánný liek, ak neobsahuje protimikrobiálne antibiotikum, chemoterapeutikum, omamnú látku II. skupiny a psychotropnú látku II. skupiny a dietetickú potravinu,
 - ab) päť dní na humánný liek s obsahom omamnej látky II. skupiny a psychotropnej látky II. skupiny,
 - ac) tri dni na humánný liek s obsahom protimikrobiálneho antibiotika a chemoterapeutika,
 - ad) jeden deň na humánný liek predpísaný lekárom zubnolekárskej pohotovostnej služby, lekárom ambulancie pohotovostnej služby a lekárom ústavnej pohotovostnej služby,
 - ae) pri preskripčnom zázname s poznámkou „REPETATUR“ najviac jeden rok.
- b) Platnosť preskripčného záznamu, ak ide o zdravotnícku pomôcku, a lekárskeho poukazu je jeden mesiac. Platnosť preskripčného záznamu a lekárskeho poukazu na individuálne zhotovenie ortopedicko-protetickej zdravotníckej pomôcky na mieru alebo stomatologickej zdravotníckej pomôcky na mieru je tri mesiace, ak bol preskripčný záznam uplatnený alebo lekársky poukaz predložený vo výdajni zdravotníckych pomôcok do jedného mesiaca odo dňa, keď bol vystavený.
- c) Poskytovateľ nevydá humánný liek, zdravotnícku pomôcku a dietetickú potravinu, ak preskripčný záznam, lekársky predpis alebo lekársky poukaz nie je vyplnený podľa § 120 ods. 1 zákona č. 362/2011 Z. z., okrem dôležitého humánného lieku, o vydaní ktorého rozhodne osoba oprávnená vydať humánný liek s prihliadnutím na naliehavosť podania humánného lieku poistencovi poisťovne, ak ide o bezprostredné ohrozenie života alebo hrozí závažné zhoršenie jeho zdravotného stavu.
- d) Poskytovateľ, ktorý vydáva lieky, zdravotnícke pomôcky a dietetické potraviny pri výdaji humánného lieku, zdravotníckej pomôcky alebo dietetickej potraviny je povinný vyznačiť v dispenzačnom zázname časť ceny vydaného humánného lieku, zdravotníckej pomôcky alebo dietetickej potraviny, ktorú uhrádza príslušná zdravotná poisťovňa, a časť ceny vydaného humánného lieku, zdravotníckej pomôcky alebo dietetickej potraviny, ktorú uhrádza poistenec. Osoba oprávnená vydávať lieky pri výdaji humánného lieku potvrdí v liekovej knižke poistenca výdaj humánného lieku, ak ju poistencovi zdravotná poisťovňa vydala a poistenec ju pri výdaji humánných liekov predložil; to neplatí, ak sa humánný liek, zdravotnícka pomôcka alebo dietetická potravina vydáva na základe preskripčného záznamu.
- e) Poskytovateľ je povinný v prípadoch uvedených v Čl. 5 časť B bod 13 pripojiť lekársky predpis a lekársky poukaz, na základe ktorého bol vydaný humánný liek, dietetická potravina alebo zdravotnícka pomôcka uhrádzaná z verejného zdravotného poistenia k faktúre, ktorú zašle poisťovní, ak v osobitnej Zmluve nie je uvedené inak. V prípade lekárskeho predpisu na lieky s obsahom omamnej látky II. skupiny, je prvopis osobitného tlačiva lekárskeho predpisu povinnou prílohou faktúry podľa zákona č. 362/2011 Z. z. § 120 ods. 8. V prípade poistencov iných členských štátov EÚ, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu a Švajčiarska je poskytovateľ povinný k faktúre ako prílohu pripojiť kópiu nárokového dokladu, ak sa poistenec iného štátu preukázal európskym preukazom alebo náhradným certifikátom a súčasne lekársky predpis alebo výpis z lekárskeho predpisu, ak sa liek, dietetická potravina alebo zdravotnícka pomôcka nevydáva na základe preskripčného záznamu. Kópia nárokového dokladu sa nepredkladá za poistenca EÚ, ktorý sa preukázal preukazom zdravotnej poisťovne SR s označením „EÚ“, príslušným nárokovým dokladom zaevidovaným v slovenskej zdravotnej poisťovni.
- f) Poskytovateľ zodpovedá za správnosť výdaja podľa preskripčného záznamu lekárskeho predpisu a lekárskeho poukazu. Ak ide o výdaj humánného lieku je osoba oprávnená vydávať lieky povinná kontrolovať správnosť dávkovania humánného lieku z hľadiska prekročenia najvyššej jednotlivéj a dennej dávky liečiva a upozorniť na osobitné varovania pri užívaní a používaní humánného lieku. Rovnako je osoba, ktorá vydáva humánný liek, zdravotnícku pomôcku alebo dietetickú potravinu na základe lekárskeho predpisu alebo lekárskeho poukazu, povinná kontrolovať správnosť údajov uvedených na lekárskom predpise alebo lekárskom poukaze s údajmi uvedenými v preskripčnom zázname; to neplatí, ak bol lekársky predpis alebo lekársky poukaz vystavený ručne.
- g) Ak má poskytovateľ, ktorý vydáva humánný liek, zdravotnícku pomôcku a dietetickú potravinu pochybnosti o správnosti lekárskeho predpisu, lekárskeho poukazu alebo o správnosti preskripčného záznamu alebo o správnosti dávkovania humánného lieku z hľadiska prekročenia najvyššej jednotlivéj a dennej dávky liečiva alebo o dodržaní preskripčných a indikačných obmedzení a nemožno tieto pochybnosti odstrániť ani po overení u predpisujúceho lekára, humánný liek, zdravotnícku pomôcku alebo dietetickú potravinu nevydá.
- h) Poskytovateľ, ktorý vydáva humánný liek, zdravotnícku pomôcku a dietetickú potravinu pri výdaji humánného lieku, ktorý je uhrádzaný alebo čiastočne uhrádzaný na základe verejného zdravotného poistenia, je povinný informovať poistenca poisťovne o možnosti výberu náhradného humánného lieku a o výške doplatku

- poistenca poisťovne za všetky náhradné humánne lieky podľa platného zoznamu kategorizovaných liekov, ktoré je možné vydať na základe predloženého preskripčného záznamu alebo lekárskeho predpisu,
- hb) je povinný vydať poisťencovi poisťovne humánny liek, ktorého liečivo je uvedené v prílohe č. 1 zákona č. 362/2011 Z. z., ktorý je bez doplatku alebo s najnižším doplatkom poistenca poisťovne a ktorý je dostupný, ak si poistenec poisťovne nevyberie inak; uvedené neplatí v prípade liekov, ktoré vyžadujú predchádzajúci súhlas zdravotnej poisťovne,
 - hc) humánneho lieku, zdravotníckej pomôcky a dietetickej potraviny vyznačí v dispenzačnom zázname a na lekárskom predpise alebo lekárskom poukaze názov a kód vydaného humánneho lieku,
 - hd) je povinný vydať humánny liek, zdravotnícku pomôcku alebo dietetickú potravinu na základe preskripčného záznamu, ak bol humánny liek, zdravotnícka pomôcka alebo dietetická potravina predpísaná elektronicky vytvorením preskripčného záznamu,
 - he) humánneho lieku na základe preskripčného záznamu s poznámkou „REPETATUR“ je povinný zaznamenať v dispenzačnom zázname počet balení vydaného humánneho lieku; pri výdaji humánneho lieku na základe preskripčného záznamu s poznámkou „REPETATUR“ sa nesmie vyhotoviť výpis z lekárskeho predpisu.

Čl. 3

Kritériá na uzatváranie zmlúv

1. Poisťovňa v zmysle zákona č. 581/2004 Z. z. stanovuje a uverejňuje na úradnej tabuli v mieste sídla poisťovne a na webovom sídle poisťovne najmenej jedenkrát za deväť mesiacov kritériá na uzatváranie zmlúv s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti vzťahujúce sa na personálne a materiálno-technické vybavenie poskytovateľa a na indikátory kvality.
2. Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti je povinný poskytovať poisťovní údaje potrebné na vyhodnotenie indikátorov kvality uverejnených v rámci kritérií na uzatváranie zmlúv podľa bodu 1 tohto článku vo formáte určenom ministerstvom zdravotníctva, najneskôr do jedného kalendárneho mesiaca po ukončení časového obdobia, za ktoré budú indikátory kvality hodnotené.
3. V prípade, ak poskytovateľ zdravotnej starostlivosti prestal spĺňať kritériá, ktoré poisťovňa riadne stanovila a uverejnila v súlade so zákonom č. 581/2004 Z. z., pokiaľ o ich nesplnení má poskytovateľ vedomosť, je povinný bez zbytočného odkladu oznámiť túto skutočnosť poisťovni a v lehote 30 kalendárnych dní vykonať všetky potrebné opatrenia, aby kritériá opätovne spĺňal.
4. Ustanovenia tohto článku sa nevzťahujú na poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti, poskytovateľov záchranej zdravotnej služby a poskytovateľov lekárskej starostlivosti; povinnosť poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti poskytovať poisťovní údaje potrebné na vyhodnocovanie indikátorov kvality tým nie je dotknutá.

Čl. 4

Vykazovanie poskytnutej zdravotnej a lekárskej starostlivosti

1. Poskytovateľ vyказuje poskytnutú zdravotnú a lekárenskú starostlivosť a uplatňuje si úhradu od poisťovne za zúčtovacie obdobie, ktorým je jeden kalendárny mesiac.
2. Poskytovateľ je povinný správne, pravdivo, úplne, bez formálnych nedostatkov vykazovať:
 - na základe údajov uvedených v zdravotnej dokumentácii zdravotnú starostlivosť uhrádzanú na základe verejného zdravotného poistenia a poskytnutú v zúčtovacom období podľa zoznamu zdravotných výkonov pre klasifikačný systém diagnosticko-terapeutických skupín kódovaných podľa pravidiel kódovania chorôb a pravidiel kódovania zdravotných výkonov,
 - na základe preskripčných, dispenzačných záznamov, lekárskeho predpisu a lekárskeho poukazu lekárenskú starostlivosť poskytnutú v zúčtovacom období v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi tak, aby údaje v uvedených dokumentoch poskytovali pravdivý a komplexný prehľad o preskribovaných liekoch, zdravotných pomôckach a dietetických potravinách.Za neoprávnené vykázanú zdravotnú alebo lekárenskú starostlivosť sa považuje najmä:
 - a) nesprávne vykázaná starostlivosť – zdravotná alebo lekárenská starostlivosť je vykázaná správne, pokiaľ ju poskytovateľ vykázal v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi, Zmluvou a VZP. Starostlivosť, ktorú poskytovateľ poskytol, avšak chybne ju vykázal, t.j. nevykázal ju v súlade so všeobecnými záväznými právnymi predpismi, Zmluvou a VZP, sa považuje za nesprávne vykázanú,
 - b) nepravdivo vykázaná starostlivosť – zdravotná alebo lekárenská starostlivosť je vykázaná pravdivo, pokiaľ poskytovateľ vykáže zdravotnú alebo lekárenskú starostlivosť, ktorú v skutočnosti poskytol. Starostlivosť, ktorú poskytovateľ pri objektívnom posúdení všetkých okolností reálne nemohol poskytnúť a neposkytol, sa považuje za nepravdivo vykázanú starostlivosť. Za nepravdivo vykázanú starostlivosť sa považuje aj starostlivosť, ktorej poskytnutie nie je možné preukázať iným spôsobom v súlade so zákonom 576/2004 Z.z.,
 - c) starostlivosť vykázaná neúplne a/alebo s formálnymi nedostatkami - zdravotná alebo lekárenská starostlivosť je vykázaná úplne a/alebo bez formálnych nedostatkov, pokiaľ ju poskytovateľ vykázal správne a pravdivo, pričom kontrolou vykonanou podľa Čl. 6 VZP nie sú u poskytovateľa v súvislosti s vykázanou starostlivosťou zistené žiadne iné formálne nedostatky a pochybenia. Pokiaľ kontrolou vykonanou podľa Čl. 6 VZP boli u poskytovateľa zistené formálne nedostatky a pochybenia, starostlivosť je považovaná za vykazovanú správne a pravdivo, no neúplne a s formálnymi nedostatkami.
3. Poskytovateľ vyказuje choroby podľa 10. revízie Medzinárodnej klasifikácie chorôb (MKCH 10).
4. Poskytovateľ je povinný pri vykazovaní zdravotnej starostlivosti používať kódy lekárov, sestier, iných zdravotníckych pracovníkov a kódy poskytovateľa pridelené Úradom.

5. Poskytovateľ je oprávnený vykázat zdravotnú starostlivosť poskytnutú pomocou zdravotníckej techniky, ktorá netvorí povinné materiálo-technické vybavenie poskytovateľa len v prípade, ak s jej použitím poisťovňa vopred súhlasila.
6. Poisťovňa preplatí liek vo výške za akú poskytovateľ liek obstaral za podmienky, že ide o obstarávaciu cenu rovnakú alebo nižšiu než je maximálna cena uvedená v kategorizácii MZ SR; ak je obstarávacia cena lieku vyššia poisťovňa preplatí liek len vo výške stanovenej maximálnej úhrady zdravotnej poisťovne za liek v zmysle kategorizácie MZ SR platnej v čase obstarania lieku poskytovateľom.
7. Poskytnutú zdravotnú starostlivosť vykazuje poskytovateľ zúčtovacími dokladmi. Zúčtovacím dokladom v prípade zdravotnej starostlivosti sú súbory v elektronickej forme obsahujúce zoznam poskytnutej zdravotnej starostlivosti, ktorú poskytovateľ poskytol počas zúčtovacieho obdobia, prírastky a úbytky kapitovaných poistencov (ďalej len „dávka“). Zúčtovacím dokladom v prípade lekárenskej starostlivosti sú elektronicke dispenzačné záznamy, ak v týchto VZP alebo osobitnej Zmluve nie je uvedené inak. Poskytovateľ je povinný vykazovať poskytnutú zdravotnú starostlivosť v súlade s platným Metodickým usmernením Úradu o spracovaní a vykazovaní zdravotných výkonov poskytovateľov zdravotnej starostlivosti elektronicou formou (ďalej len „dátové rozhranie“). Pokiaľ Úrad rozhodne o zmene dátového rozhrania, poskytovateľ bude odo dňa účinnosti zmeny vykazovať poskytnutú zdravotnú starostlivosť podľa zmeneného dátového rozhrania. Lekárenskú starostlivosť je poskytovateľ povinný vykazovať v súlade s integrovaným manuálom Národného centra zdravotníckych informácií.
8. Zdravotnú a lekárenskú starostlivosť poskytnutú osobám z členských štátov EÚ, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu a Švajčiarska vykazuje poskytovateľ poisťovni v súlade s platným Odborným usmernením MZ SR pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v oblasti poskytovania a úhrady vecných dávok podľa platnej legislatívy EÚ; ak v osobitnej Zmluve nie je uvedené inak .
9. Zdravotnú a lekárenskú starostlivosť poskytnutú cudzincom tých štátov, s ktorými má Slovenská republika uzatvorené dohody o poskytnutí zdravotnej starostlivosti z prostriedkov štátneho rozpočtu na základe medzinárodných zmlúv a bezdomovcom (okrem členských štátov EÚ, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu a Švajčiarska) zdržujúcim sa na území SR, ak nemôžu preukázať poistný vzťah preukazom poistenca, vykazuje poskytovateľ osobitne na samostatných zúčtovacích dokladoch podľa platného metodického usmernenia Úradu, ak v osobitnej Zmluve nie je uvedené inak.

Čl.5 Platobné podmienky

Časť A Všeobecné platobné podmienky

1. Ak v Zmluve, ktorej súčasťou sú tieto Všeobecné zmluvné podmienky (ďalej len „Zmluva“) nie je ustanovené inak, poskytovateľ je povinný elektronicou prostredníctvom ePobočky fakturovať poskytnutú zdravotnú a lekárenskú starostlivosť a je oprávnený zaslať faktúru najskôr po uplynutí zúčtovacieho obdobia, ktorým je jeden kalendárny mesiac. V prípade doručenia faktúry pred uplynutím zúčtovacieho obdobia sa za deň doručenia faktúry považuje prvý kalendárny deň nasledujúceho mesiaca. Faktúru alebo faktúru s prílohami poskytovateľ doručí do poisťovne, najneskôr do 10 dní po uplynutí zúčtovacieho obdobia. Poskytovateľ predkladá za zúčtovacie obdobie iba jednu samostatnú faktúru, okrem opravných dokladov v zmysle Časti C tohto článku. Faktúru nie je možné zasielať v listinnej podobe.
2. Povinnou prílohou faktúry za poskytnutú zdravotnú starostlivosť sú:
 - dávky vykázané podľa platného dátového rozhrania (neplatí pre lekárenskú starostlivosť),
 - doklady podľa Zmluvy
3. Splatnosť formálne a vecne správnej faktúry je 30 dní odo dňa jej doručenia do poisťovne. Ak posledný deň lehoty prípadne na sobotu, nedeľu, sviatok alebo deň pracovného pokoja, posledným dňom lehoty je najbližší nasledujúci pracovný deň. V prípade predloženia vecne nesprávnej faktúry, t. j. v prípade potreby vystavenia opravného dokladu k pôvodne predloženej faktúre v zmysle bodu 3 Časti C., je splatnosť takto opravenej faktúry 5 pracovných dní odo dňa doručenia opravného dokladu, najmenej však 30 dní odo dňa doručenia pôvodnej, formálne správnej faktúry.
4. K splneniu záväzku poisťovne dôjde dňom pripísania finančných prostriedkov za poskytnutú zdravotnú starostlivosť na účet poskytovateľa.
5. Poskytovateľ alebo poverená osoba poskytovateľa súčasne s uzatvorením zmluvy o poskytovaní a úhrade zdravotnej alebo lekárenskej starostlivosti uzatvorí s poisťovňou samostatnú zmluvu o využívaní elektronickej služby v ePobočke poisťovne, a to „PZS Podacie miesto“ „PZS Prehľad“ a „PZS Komplet“, ktorých predmetom je využívanie elektronickej podateľne a zasielanie zúčtovacích dokladov a faktúry elektronicou formou.
6. Ak poskytovateľ nemá zriadený prístup v ePobočke, poisťovňa poskytne poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti prihlasovacie údaje potrebné na tento prístup na účel kontroly výsledku spracovania finančného zúčtovania.

Časť B. Osobitné platobné podmienky pri vykazovaní lekárenskej starostlivosti

1. Poisťovňa uhradza poskytovateľovi poskytnutú lekárenskú starostlivosť uhrádzanú na základe verejného zdravotného poistenia na základe Zmluvy.
2. Podkladom na úhradu poskytnutej lekárenskej starostlivosti sú dispenzačné záznamy vytvorené poskytovateľom do mesačnej závierky dispenzačných záznamov (ďalej ako „mesačná závierka“) príslušného zúčtovacieho obdobia.
3. Poskytovateľ predloží za jedno zúčtovacie obdobie poisťovni jednu samostatnú faktúru za lekárenskú starostlivosť poskytnutú fyzickým osobám, podľa kategórií v zmysle § 3 a nasledujúcich zákona č. 580/2004 Z. z. nasledovným spôsobom:
 - 3.1. fyzická osoba – poistenec poisťovne,
 - 3.2. fyzická osoba – cudzinec,
 - 3.3. fyzická osoba – poistenec iných členských štátov EÚ, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu a Švajčiarska,
 - 3.4. fyzická osoba – bezdomovec, ktorý sa zdržiava na území Slovenskej republiky,
 - 3.5. fyzická osoba – bez podanej prihlášky v zmysle § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z..

4. Faktúra podľa bodu 5 tejto časti obsahuje dispenzačné záznamy vyhotovené poskytovateľom do mesačnej závierky príslušného zúčtovacieho obdobia za lieky, diietické potraviny a zdravotné pomôcky.
5. Opravné, nevytvorené alebo nezaslané dispenzačné záznamy posielajú poskytovateľ do poisťovne ako súčasť faktúry za zúčtovacie obdobie, ktoré nasleduje po zúčtovacom období, za ktoré boli alebo mali byť pôvodné dispenzačné záznamy evidované, ak v Zmluve nie je uvedené inak.
6. Prílohy k faktúre posielajú poskytovateľ výlučne prostredníctvom ePobočky, ak v Zmluve nie je uvedené inak.
7. Poisťovňa vykonáva mesačnú závierku raz za kalendárny mesiac a to v posledný deň kalendárneho mesiaca o 24:00 hod.
8. Pri vydaní zdravotníckej pomôcky, ktorá je zaradená v skupine so špeciálnym režimom výdaja, bude prílohu k lekárskemu poukazu tvoriť v jednom vyhotovení riadne vyplnená a poistencom poisťovne podpísaná dohoda o používaní zdravotníckej pomôcky v originálnom vyhotovení, v ktorej poskytovateľ vyznačí výrobné číslo vydanej zdravotníckej pomôcky, dátum výdaja, výšku úhrady poisťovňou a poistencom poisťovne.
9. Poskytovateľ môže realizovať opravu dispenzačného záznamu formou stornovania pôvodného dispenzačného záznamu a nahraním nového dispenzačného záznamu kedykoľvek do mesačnej závierky príslušného zúčtovacieho obdobia.
10. Po mesačnej závierke príslušného zúčtovacieho obdobia je možné poisťovňou odmietnutý dispenzačný záznam stornovať a nahradiť ho až v nasledujúcom zúčtovacom období.
11. Poisťovňa priebežne sprístupňuje zoznam dispenzačných záznamov, ktorý si poskytovateľ môže na ePobočke skontrolovať.
12. V okamihu mesačnej závierky bude poskytovateľovi na ePobočke sprístupnený zoznam dispenzačných záznamov spolu so sumou, ktorú je možné uviesť na faktúre.
13. K faktúram:
 - za výdaj humánneho lieku s obsahom omamnej látky II. skupiny alebo psychotropnej látky II. skupiny, ktorý je plne uhrádzaný alebo čiastočne uhrádzaný na základe verejného zdravotného poistenia, alebo zasielaným podľa § 12 ods. 3 Vyhlášky Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 232/2014 Z. z., ktorou sa upravuje postup poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, zdravotnej poisťovne a Úradu pri poskytovaní cezhraničnej zdravotnej starostlivosti alebo
 - za výdaj humánneho lieku, diietickej potraviny alebo zdravotníckej pomôcky, uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia, keď lekárske predpis/dispenzačný záznam alebo lekárske poukaz/dispenzačný záznam neobsahuje identifikátor preskripčného záznamu,

pripájajú poskytovateľ ako povinnú prílohu originály riadne vyplnených, otaxovaných lekárske predpisov, výpisov z lekárske predpisov a lekárske poukazov. Tieto originály balí poskytovateľ do zväzkov. Počet originálov v jednom zväzku nie je stanovený. Každý zväzok bude označený príslušným číslom faktúry, zúčtovacím obdobím faktúry, dvoma poradovými číslami, ktoré budú zodpovedať prvému a poslednému poradovému číslu originálu v zväzku, celkovým počtom dokladov vo zväzku. Každý zväzok bude tiež označený IČO, názvom poskytovateľa, kódom poskytovateľa, a názvom prevádzkarne, pričom môžu byť označené aj pečiatkou poskytovateľa s uvedenými údajmi.

Časť C Kontrola formálnej a vecnej správnosti faktúry a jej splatnosť

1. Poisťovňa vykoná kontrolu formálnej správnosti doručenej faktúry a úplnosti povinných príloh faktúry v zmysle tohto Čl. 5 a ak zistí, že faktúra nie je formálne správna, vráti ju poskytovateľovi najneskôr do 5 pracovných dní odo dňa jej doručenia do poisťovne na jej doplnenie alebo opravu spolu s uvedením dôvodu vrátenia. Lehota stanovená na vecnú kontrolu uvedená v bode 3 tejto časti C. a lehota splatnosti dohodnutá v Čl. 5 časti A bod 3 plynú odo dňa doručenia formálne správnej faktúry do poisťovne.
2. Poisťovňa u formálne správnej faktúry vykoná vecnú kontrolu vykázaných zdravotnej a lekárskej starostlivosti, zameranú najmä na správnosť a úplnosť vykázaných údajov poskytovateľom.
3. Ak poisťovňa pri vecnej kontrole zistí zdravotnú alebo lekársku starostlivosť fakturovanú v rozpore so všeobecne záväznými právnymi predpismi alebo Zmluvou a VZP, spracuje tieto zistenia do chybových protokolov, v ktorých budú uvedené neakceptované výkony alebo lekárske predpisy, výpisy z lekárske predpisov a lekárske poukazy alebo dispenzačné záznamy s uvedením dôvodu ich zamietnutia.
Neakceptovanie výkonov zamestnancom poisťovne povereným výkonom kontroly, bude stručne slovné odôvodnené. Tieto dokumenty sa odosielať cez ePobočku najneskôr 25 dní odo dňa doručenia formálne správnej faktúry spolu so Žiadosťou o vystavenie opravného dokladu k faktúre a návrhom opravného dokladu. Poskytovateľovi lekárskej starostlivosti sa poštou zasielajú neakceptované lekárske predpisy, výpisy z lekárske predpisov a lekárske poukazy, ktoré boli povinnou prílohou k faktúre najneskôr do 25 dní odo dňa doručenia formálne správnej faktúry. Doručením opravného dokladu zodpovedajúceho sume uvedenej na doklade Žiadosť o vystavenie opravného dokladu k faktúre sa považuje faktúra za vecne správnu. Vystavenie opravného dokladu nevyklučuje postup podľa bodu 4 tejto časti C. Ak poskytovateľ nevystaví opravný doklad alebo nepotvrdí návrh opravného dokladu doručený do ePobočky v lehote 3 mesiacov od poslania faktúry, poisťovňa vykoná úhradu faktúry vo výške uznannej sumy.
4. Ak poskytovateľ nesúhlasí so skutočnosťami uvedenými v chybovom protokole, doručí poisťovni písomne námietky voči skutočnostiam uvedeným v chybovom protokole do 15 dní odo dňa doručenia chybového protokolu. Námietky poisťovňa posúdi do 30 dní odo dňa ich doručenia. Opakované námietky v tej istej veci budú zmluvné strany riešiť dohodovacím konaním. Výzva na dohodovacie konanie musí byť písomná.
5. Opakované vykázanie zdravotnej starostlivosti formou opravnej alebo aditívnej dávky, ktorá už bola súčasťou faktúry kontrolovanej poisťovňou v predchádzajúcom období viac ako jedenkrát zo strany poskytovateľa nemusí byť poisťovňou akceptované.

Čl. 6 Kontrolná činnosť

1. Poistovňa v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi, Zmluvou a VZP vykonáva kontrolnú činnosť u poskytovateľa zameranú na správnosť, oprávnenosť, účelnosť, efektívnosť a hospodárnosť vynakladania prostriedkov verejného zdravotného poistenia, na rozsah a kvalitu vykazanej zdravotnej starostlivosti, na dodržiavanie všeobecne záväzných právnych predpisov, Zmluvy a VZP. Kontrolná činnosť sa vykonáva za prítomnosti poskytovateľa, alebo ním poverenej osoby tak, aby nebola závažne narušená prevádzka zdravotníckeho zariadenia; v prípade kontroly poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnej pomoci a prostredníctvom ADOS sa vykonáva kontrola aj na mieste poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti (v domácom alebo inom prirodzenom sociálnom prostredí poistenca), pričom sa nevyžaduje osobná prítomnosť poskytovateľa. Poskytovateľ je o tejto kontrole informovaný najneskôr pred jej začatím. Kontrolou na diaľku sa rozumie aj vyhodnocovanie elektronických zdravotných záznamov v elektronickej zdravotnej knižke revíznym lekárom, revíznou sestrou a revíznym farmaceutom v rozsahu ustanovenom všeobecne záväznými právnymi predpismi. Revíznym lekárom, revíznou sestrou a revíznym farmaceutom pristupujú k elektronickým zdravotným záznamom v elektronickej zdravotnej knižke prostredníctvom elektronického preukazu zdravotníckeho pracovníka.
2. Poistovňa vykonáva kontrolu aj na základe informácií, podkladov, dokumentov, ktoré poskytol poskytovateľ poisťovni a údajov obsiahnutých v informačnom systéme poisťovne.
3. Zamestnanci poisťovne poverení výkonom kontroly, t.j. revíznym lekárom, revíznou sestrou, revíznym farmaceutom a v prípade, že ide o kontrolu hospodárnosti vynakladania prostriedkov verejného zdravotného poistenia, aj iný zamestnanec (ďalej len „kontrolná skupina“ alebo „poverená osoba“) sú povinní preukázať sa pri kontrole služobným preukazom a písomným poverením na výkon kontroly.
4. Poskytovateľ, alebo osoba ním poverená, je pri výkone kontroly povinný najmä:
 - a. umožniť vykonanie kontroly, umožniť vstup do objektov, zariadení a prevádzok, na pozemky a do iných priestorov kontrolovaného poskytovateľa ak bezprostredne súvisia s predmetom kontroly, poskytnúť súčinnosť v nevyhnutnom rozsahu a požadované informácie a vysvetlenia pri výkone kontroly,
 - b. poskytnúť účtovné a iné doklady a dokumenty, vrátane technických nosičov údajov, ktoré súvisia s nákladmi uhrádzanými z verejného zdravotného poistenia za účelom kontroly účelnosti, efektívnosti a hospodárnosti vynakladania prostriedkov z verejného zdravotného poistenia; sprístupniť systém kusovej evidencie liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín tak, aby poisťovňa mohla účinne skontrolovať správnosť predpisovania a výdaja; na požiadanie sprístupniť poisťovni všetky doklady o nadobudnutí liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín a umožniť súčasne kontrolu skladových zásob, údaje o počtoch všetkých vydaných liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín v kontrolovanom období za všetky zdravotné poisťovne,
 - c. umožniť vyhotovenie výpisu, alebo kópie kontrolovaných dokumentov,
 - d. predložiť na vyžiadanie zdravotnej poisťovni dokumenty, na základe ktorých poskytol zdravotnú starostlivosť (najmä žiadanky na vykonanie SVLZ výkonov, príkazy na prepravu, odporúčajúce lístky, odborné lekárske nálezy, prepúšťacie správy)
5. Finančnú a kusovú kontrolu liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín, ktoré plne alebo čiastočne uhrádza zdravotná poisťovňa z prostriedkov verejného zdravotného poistenia vykoná farmaceut, alebo poverený zamestnanec poisťovne overením skutočnosti, či v kontrolovanom období poskytovateľ disponoval sledovanými liekmi, dietetickými potravinami a zdravotníckymi pomôckami v množstve a cene zodpovedajúcej množstvu a cene vykazanej poisťovňami. Pri podozrení na nezákonnú spoluprácu poskytovateľa a predpisujúceho lekára alebo poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, môže poisťovňa kontaktovať dotknutých pacientov (poistencov poisťovne), u ktorých je možné sa domnievať, že lekárska starostlivosť im nebola poskytnutá vo verejnej lekární alebo pobočke verejnej lekární poskytovateľa, v požadovanom (t. j. vykázanom) rozsahu. V prípade ak sa potvrdia podozrenia poisťovne, tá je oprávnená vykázanú zdravotnú starostlivosť s definitívnou platnosťou odmietnuť, požadovať vrátenie neoprávnené uhradených nákladov poskytovateľa a zároveň okrem sankcií v zmysle Článku 7 odstúpiť vec na ďalšie šetrenie Slovenskej lekárskej komore ako aj ďalším orgánom kontroly v zmysle zákona č. 362/2011 Z. z.
6. Kontrolu u poskytovateľa vykonáva kontrolná skupina, ktorá o výsledku kontroly vypracuje:
 - a. „Záznam o kontrole“, ak sa nezistí porušenie všeobecne záväzných právnych predpisov alebo porušenie podmienok Zmluvy; podpísaním záznamu poskytovateľom a vedúcim kontrolnej skupiny je kontrola uzavretá,
 - b. „Protokol o kontrole“, ak sa kontrolou zistí porušenie všeobecne záväzných právnych predpisov alebo porušenie podmienok dohodnutých v Zmluve,
 - c. „Chybový protokol“, ak sa pri kontrole zistia porušenia Zmluvy resp. príslušných právnych predpisov, a to v prípade kontroly vykonávanej u poskytovateľa počas lehoty na kontrolu vecnej správnosti faktúry v súlade s Čl. 5 časť C bod 3 VZP . V tomto prípade sa záznam resp. protokol o kontrole nevystavuje.
7. Protokol alebo záznam o kontrole zašle poisťovňa poskytovateľovi najneskôr do 15 kalendárnych dní od ukončenia kontroly. Ukončenie kontroly je vykonanie všetkých úkonov potrebných na posúdenie kontrolovaných skutočností.
8. Protokol bude obsahovať konkrétne porušenie všeobecne záväzných právnych predpisov alebo porušenie zmluvných povinností a upozornenie poskytovateľa na možnosť uloženia zmluvnej pokuty a na možnosť vypovedania zmluvy v prípade opakovaného porušenia povinností.
9. Poskytovateľ má právo podať písomné námietky proti opodstatnenosti a preukázateľnosti kontrolných zistení a záverov uvedených v protokole do 15 kalendárnych dní od doručenia protokolu. Pokiaľ poskytovateľ v stanovenej lehote nepodá písomné námietky k protokolu o kontrole, kontrola sa považuje za uzavretú dňom nasledujúcim po uplynutí lehoty na podanie námietok. Podávanie námietok voči Chybovému protokolu je upravené v Čl. 5 časť C bod. 4 VZP.
10. Pokiaľ poskytovateľ v stanovenej lehote podá námietky k protokolu o kontrole, zmluvné strany prerokujú námietky k protokolu písomne alebo ústne do 30 kalendárnych dní odo dňa ich doručenia poisťovni. Výsledkom prerokovania námietok k protokolu je vyhotovenie zápisnice, ktorú podpíše vedúci kontrolnej skupiny a zodpovedný zástupca poskytovateľa. Zápisnica o prerokovaní námietok k protokolu bude obsahovať najmä konkrétne porušenie všeobecne

záväzných právnych predpisov, ustanovení zmluvy alebo VZP, ktoré boli porušené, informácie o námietkach PZS k protokolu ako aj informácie, ktoré z námietok boli poisťovňou uznané ako opodstatnené, čiastočne opodstatnené, resp. boli uznané ako neopodstatnené.

11. Kontrola je uzavretá uplynutím lehoty na podanie námietok k protokolu, resp. podpísaním zápisnice. V prípade odmietnutia podpísania zápisnice je kontrola uzavretá dňom tohto odmietnutia.
12. V prípade doručenia zápisnice formou zásielky, ktorú poskytovateľ z akéhokoľvek dôvodu nepreberie, sa kontrola považuje za ukončenú dňom vrátenia nedoručenej zásielky poisťovni.
13. Ak je uzavretou kontrolou zistená neoprávnené vykázaná zdravotná alebo lekárenska starostlivosť, ktorá bola poisťovňou uhradená, poskytovateľ je povinný vrátiť takto uhradené plnenie poisťovni. V prípade, že poskytovateľ poisťovni do 30 dní od uzavretia kontroly nevráti neoprávnené prijaté plnenie, poisťovňa vykoná jednostranný zápočet svojej pohľadávky voči najbližšiemu splatnému vyúčtovaniu poskytovateľa. Ustanovenia Čl. 7 tým nie sú dotknuté.
14. Poverená osoba je vylúčená z výkonu kontrolnej činnosti, ak so zreteľom na jej vzťah k veci, ku kontrolovanému subjektu alebo k jeho zamestnancom alebo ak jej zaujatosť písomne namietne kontrolovaný subjekt a možno mať pochybnosť o jej nezaujatosti. O zaujatosti poverenej osoby a o námietke zaujatosti kontrolovaného subjektu voči poverenej osobe rozhoduje ten, kto poverenú osobu výkonom kontroly poveril. 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.

Čl. 7

Následky porušenia povinností

1. Poskytovateľ aj poisťovňa sú povinní riadne a včas plniť všetky povinnosti, ktoré pre nich v súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, vykonávaním verejného zdravotného poistenia vyplývajú zo všeobecne záväzných právnych predpisov, Zmluvy a VZP (ďalej pre účely tohto článku len ako „povinnosti“).
2. Pri porušení povinností poskytovateľa si poisťovňa môže uplatniť:
 - a. za porušenie povinností uvedenej
 - i. v článku 4 bod 2 písm. a) VZP zmluvnú pokutu vo výške 10% zo sumy nesprávne vykázané zdravotnej alebo lekárenskej starostlivosti, ktorú poskytovateľ nesprávne vykázal a poisťovňa mu ju uhradila;
 - ii. v článku 4 bod 2 písm. b) VZP zmluvnú pokutu maximálne do výšky 200% úhrady za zdravotnú alebo lekárenskú starostlivosť, ktorú poskytovateľ vykázal, no neposkytol a/alebo vykázal nad rámec lekárskeho predpisu alebo lekárskeho poukazu
 - iii. v článku 4 bod 2 písm. c) VZP zmluvnú pokutu vo výške 15 EUR za každý prípad, avšak maximálne 250 EUR za jedno kontrolované obdobie;
 - b. okrem zákonného nároku na náhradu plnenia podľa § 121 ods. 6 zákona č. 362/2011 Z.z. i zmluvnú pokutu voči poskytovateľovi, ak lekárka alebo výdajňa zdravotníckych pomôcok vydala liek, zdravotnícku pomôcku alebo dietetickú potravinu na základe lekárskeho predpisu alebo lekárskeho poukazu, ktorého predpísaním poskytovateľ porušil povinnosť podľa zákona alebo zmluvy a poisťovňa ju uhradila:
 - i. vo výške 25% realizovanej úhrady poisťovňou, ak predpisujúci lekár alebo iná oprávnená osoba porušil povinnosti podľa Čl. 2 bod 1. písm. o) VZP;
 - ii. vo výške 50 EUR za každý prípad porušenia povinností podľa Čl. 2 bod 1 písm. p) a Čl. 2 bod 7 VZP,
 - iii. vo výške 100% realizovanej úhrady poisťovňou, ak predpisujúci lekár alebo iná oprávnená osoba predpísal lekársky predpis alebo lekársky poukaz, pričom správnosť, opodstatnenosť a účelnosť ich predpísania nevie preukázať
 - c. u poskytovateľa zmluvnú pokutu vo výške 25% priemernej mesačnej úhrady za poskytnutú zdravotnú alebo lekárenskú starostlivosť za posledné 3 kalendárne mesiace predchádzajúce mesiacu, v ktorom bola začatá kontrola, maximálne však do výšky 3 000 EUR za každý prípad, ak poskytovateľ poruší povinnosť podľa Čl. 2 bod 1 písm. c), i) VZP;
 - d. u poskytovateľa zmluvnú pokutu vo výške 500 EUR za každý prípad, ak poskytovateľ poruší povinnosť podľa Čl. 6 bod 4 VZP, maximálne však do výšky 5 000 Eur
 - e. u poskytovateľa zmluvnú pokutu vo výške 20 EUR za každý prípad iného porušenia akejkoľvek z povinností uvedenej v Čl. 2, 4 a 5 VZP, avšak maximálne 250 EUR za jedno kontrolované obdobie, ak tieto VZP neupravujú inak;
 - f) maximálne do výšky 200% vykázané hodnoty lekárenskej starostlivosti v rámci vykonávanej kontroly, ak poskytovateľ na požiadanie nepredloží doklady o nadobudnutí liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín, ktoré mali byť predmetom poskytnutej lekárenskej starostlivosti alebo v prípade, keď boli poistencovi poisťovne vydané iné lieky, ako boli vykázané poskytovateľom;
 - g) maximálne do výšky 500 Eur za akékoľvek porušenie niektorej z povinností podľa Čl. 2 bod 21 písm. a), b), c) a Čl. 2 bod 22 písm. g) VZP;
 - h) maximálne do výšky 600 Eur, ak poskytovateľ v čase kontroly na požiadanie predloží doklady o nadobudnutí liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín, ale napriek tomu poisťovňa pri výkone kontroly zistí, že stav kontrolovaných liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín nie je totožný so systémom kusovej evidencie
3. V prípade zisteného opakovaného alebo následných opakovaných porušení rovnakej zmluvnej povinnosti je poisťovňa oprávnená uplatniť si voči poskytovateľovi zmluvnú pokutu vo výške dvojnásobku sadzby zmluvnej pokuty uvedenej v bode 2 tohto článku za porušenie predmetnej povinnosti a vypovedať zmluvu. Za opakované porušenie rovnakej zmluvnej povinnosti sa považuje také porušenie, ku ktorému došlo v období začínajúcom po dni uzavretia kontroly, ktorou bolo konštatované porušenie povinnosti prvý raz a trvajúcom 12 kalendárnych mesiacov.

4. Poisťovňa si zmluvnú pokutu uplatní na základe výzvy na úhradu. Poskytovateľ má právo podať voči výzve na úhradu námietky voči uplatnenej zmluvnej pokute do 30 kalendárnych dní od jej doručenia. Po uplynutí tejto lehoty toto právo poskytovateľa zaniká.
5. Uplatnením zmluvnej pokuty alebo úroku z omeškania v zmysle týchto VZP, nie je dotknuté právo poškodenej strany na náhradu škody.
6. Poisťovňa si môže uplatniť zmluvnú pokutu, aj keď porušením povinnosti nevznikne žiadna škoda.
7. Zmluvnú pokutu uplatnenú zdravotnou poisťovňou je možné jednostranne započítať s pohľadávkou poskytovateľa za neuhradené zmluvne dohodnuté výkony zdravotnej starostlivosti, prípadne lekárenskú starostlivosť; to neplatí na pohľadávku štátu v správe poskytovateľa.
8. Poisťovňa, ak je v omeškaní s plnením svojho peňažného záväzku voči poskytovateľovi, je povinná zaplatiť poskytovateľovi úrok z omeškania vo výške podľa Obchodného zákonníka, a to na základe faktúry vyhotovenej poskytovateľom, s lehotou splatnosti 30 kalendárnych dní od jej doručenia poisťovni.

Čl. 8 Záverečné ustanovenia

1. Súčasťou VZP je príloha č. 1 - Pravidlá uznávania laboratórnych výkonov.
2. Jednotlivé ustanovenia VZP sú záväzné pre poskytovateľa, ak sa vzťahujú na ten druh zdravotnej starostlivosti, ktorý je predmetom Zmluvy.
3. Poisťovňa je oprávnená zmeniť VZP z dôvodu zmeny právnych predpisov, zmeny a zvyšovania kvality technických, informačných, bezpečnostných a iných parametrov poskytovania verejného zdravotného poistenia.
4. VZP tvoria neoddeliteľnú súčasť zmluvy. Zmenu VZP podľa bodu 3 tohto článku VZP poisťovňa oznamuje poskytovateľovi prostredníctvom písomnosti doručenej na adresu sídla spoločnosti alebo dohodnutú korešpondenčnú adresu poskytovateľa, alebo prostredníctvom ePobočky na webovom sídle poisťovne do elektronického konta poskytovateľa, a to najneskôr 30 dní pred účinnosťou zmeny. Poskytovateľ písomný nesúhlas so zmenou VZP musí doručiť poisťovni najneskôr v deň predchádzajúci dňu účinnosti navrhovaných zmien. Poskytovateľ je oprávnený svoj písomný nesúhlas so zmenou VZP doručiť poisťovni. Ak do nadobudnutia účinnosti zmeny poskytovateľ neoznámí svoj nesúhlas s navrhovanou zmenou, platí, že zmeny prijal. Ak do nadobudnutia účinnosti zmeny poskytovateľ oznámí svoj nesúhlas s navrhovanou zmenou, pre zmluvné strany je záväzné znenie VZP v doterajšom znení bez navrhovaných zmien.
5. Poisťovňa je povinná:
 - a. dodržiavať Zmluvu, VZP a všeobecne záväzné právne predpisy,
 - b. uhrádzať poskytovateľovi zdravotnú starostlivosť hradenú na základe verejného zdravotného poistenia v cene, rozsahu a v lehotách dohodnutých v Zmluve a VZP.
6. Všeobecné zmluvné podmienky nadobúdajú účinnosť 1. 7. 2022.

Príloha č. 6
k Zmluve č. 33NSP2000122

Kritériá na uzatváranie zmlúv pre odbor klinická biochémia, laboratórna medicína, klinická imunológia a alergológia a lekárska genetika

I.

Materiálno-technické vybavenie poskytovateľa

1. Poskytovateľ je povinný pri uzatvorení Zmluvy a počas trvania zmluvného vzťahu súvisiaceho s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v odboroch klinická biochémia, laboratórna medicína, klinická imunológia a alergológia a lekárska genetika uhrádzať z prostriedkov verejného zdravotného poistenia preukázať vlastnícky alebo nájomný vzťah k prístrojovému vybaveniu. Ako prílohu doloží zoznam analytickej techniky s uvedením názvov prístrojov s typovým označením, počtu kusov každého typu, ich analytického určenia, originálnych výrobcov, adresami ich zastúpení pre SR a roku výroby.
2. Prístrojové vybavenie poskytovateľa je podmienené rozsahom vyšetrovacích metód, ktoré poskytovateľ vykonáva, pričom musí spĺňať materiálno-technické vybavenie upravené príslušnou normou (napr. Výnosom MZ SR č. 25118/2008-OL). Analytické systémy poskytovateľa musia spĺňať kritériá definované platnou legislatívou.
3. Poskytovateľ je počas celého obdobia zmluvného vzťahu povinný na žiadosť poisťovne predložiť:
 - a) kópiu Vyhlásenia o zhode pre každý analyzátor, ktorý je predmetom Zmluvy, vystavenú jeho originálnym výrobcom;
 - b) potvrdením originálneho výrobcu analyzátora, ktorý je predmetom Zmluvy, že dodávateľská firma je jeho slovenským zastúpením, autorizovaným zástupcom/distribútorom pre SR alebo je dodávateľom so súhlasom originálneho výrobcu;
 - c) aktuálne potvrdenie o preventívnej údržbe vykonanej autorizovaným servisným technikom pre každý z používaných analyzátorov vo výrobcov požadovanom intervale (maximálne však 24 mesiacov staré);
 - d) v prípade, že preventívny a poruchový servis prístroja, ktorý je predmetom Zmluvy, nevykonáva zmluvný partner poskytovateľa podľa bodu b) zároveň aj
 - potvrdenie originálneho výrobcu, že servisná organizácia daného analyzátora je ním autorizovanou pre jeho preventívnu aj poruchovú údržbu alebo koná so súhlasom originálneho výrobcu;
 - dokladom servisného technika, že je výrobcov autorizovaný pre údržbu predmetného analyzátora;
 - e) zoznam vykonávaných vyšetrení so stručným popisom technológií, ktorou sú vykonávané.
4. Poskytovateľ v oblasti lekárskej genetiky musí disponovať materiálno technickým vybavením na úrovni automatizovaných analyzátorových systémov typu ako PCR cykler, genetický analyzátor a real-time PCR. Poisťovňa akceptuje používanie tzv. stripových technológií v rozsahu max. 50 % z celkového počtu vykonávaných metódik. Pre jednotlivé okruhy vyšetrení je povinnou výbavou genetického laboratória minimálne materiálno technické vybavenie:
 - A. pre laboratórium so zameraním na molekulovo-genetické analýzy:
 - PCR cykler – zariadenie umožňujúce vykonávať základné PCR potrebné k diagnostike vybraných genetických ochorení ako aj PCR reakcie potrebné k následným „downstream“ analýzám typu sekvenovanie, fragmentačná analýza, atď., a zariadenie na meranie kvantity a kvality DNAa/alebo
 - real-time PCR zariadenie – umožňuje vykonávať analýzy absolútnej kvantifikácie, genotypizácie, génovej expície v reálnom časea/alebo
 - genetický analyzátor – zariadenie na báze Sangerovho sekvenovania, resp. sekvenovania 2. generácie (NGS) umožňujúce sekvenovanie jednotlivých génov, ich častí, viacerých génov súčasne, resp. STR analýzy, genotypizačné analýzy, analýzy CNV, epigenetické analýzy;
 - laminárny box, centrifúgy.
 - B. Pre laboratórium so zameraním na cytogenetické analýzy:
 - klasická genetika: svetelné mikroskopy, softvérová počítačová analýza s možnosťou archivácie patologických nálezov;
 - FISH diagnostika: hybridizačná piecka, fluorescenčný mikroskop, softvérová počítačová analýza s možnosťou archivácie patologických nálezov;
 - array CGH: PCR cykler, hybridizačné zariadenie a micro-array skener;
 - laminárny box, centrifúgy.

II.

Personálne minimum poskytovateľa

1. Poskytovateľ je povinný počas zmluvného vzťahu zamestnávať odborného zástupcu so špecializáciou v príslušnom špecializačnom odbore a vykonanou špecializačnou skúškou v príslušnom špecializačnom odbore, ako aj tím ďalších špecialistov s kvalifikáciou v zmysle platnej legislatívy (napr. Výnos MZ SR č. 25118/2008-OL z 10. decembra 2008 o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení v jeho aktuálnom znení). Odborný zástupca musí mať na pracovisku minimálny pracovný úväzok 0,5. Poskytovateľ je zároveň povinný zabezpečiť pre oblasť:

- a) **klinická biochémia a laboratórna medicína** – odborného zástupcu pracoviska poskytujúceho laboratórne diagnostické služby pre nemocničné pracoviská a špecializované ambulancie – lekára alebo laboratórneho diagnostika s vykonanou špecializačnou skúškou v príslušnom špecializačnom odbore klinická biochémia a/alebo laboratórna medicína;
 - b) **lekárska genetika** – odborného zástupcu a tím ďalších špecialistov podľa nasledovných špecifikácií:
 - Odborný zástupca:
 - b) lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore Lekárska genetika, alebo
 - c) laboratórny diagnostik so špecializáciou v špecializačnom odbore Laboratórne a diagnostické metódy v klinickej genetike, resp. lekárskej genetike.
Odborný zástupca musí mať oprávnenie na výkon špecializovaných činností v hore uvedených odboroch a 5-ročnú prax od získania tohto oprávnenia v každej do zmluvy navrhovanej odbornosti.
 - Ďalší špecializovaní laboratórni pracovníci
 - d) iný zdravotnícky pracovník s vysokoškolským vzdelaním so špecializáciou v špecializačnom odbore Laboratórne a diagnostické metódy v klinickej genetike, resp. lekárska genetika, alebo
 - e) iný zdravotnícky pracovník s vysokoškolským vzdelaním so špecializáciou v špecializačnom odbore Laboratórna medicína za predpokladu, že v stave laboratória je aj pracovník definovaný vyššie a súčasne
 - f) zdravotnícky laborant s ukončeným vysokoškolským vzdelaním II. stupňa alebo zdravotnícky laborant s ukončenou špecializáciou v niektorom zo špecializačných odborov platných v rámci súčasnej legislatívy.
- Podmienkou podpísania zmluvy na genetické vyšetrenia realizované v spolupráci s patológiou, ktoré na analýzu vyžadujú vstupné nádorové tkanivo, bude poskytovateľom preukázateľne zabezpečená možnosť konzultácií daných vyšetrení, ich rozsah a sortiment s lekárom so špecializáciou v špecializačnom odbore Patologická anatómia (s reálnou dostupnosťou po celý pracovný čas laboratórneho oddelenia).

III.

Akreditácia vyšetrení

1. Poskytovateľ je povinný pri uzatváraní Zmluvy a počas trvania zmluvného vzťahu v odbore lekárska genetika používať vyšetrenia akreditované podľa normy ISO 15189 v rozsahu min. 50 % z celkového množstva vykonávaných vyšetrení.
2. V prípade ak poskytovateľ v odbore lekárska genetika nie je ku dňu podpisu Zmluvy akreditovaný, musí najneskôr do 12 mesiacov odo dňa podpisu Zmluvy predložiť kópiu akceptovanej žiadosti o akreditáciu zaslanú autorizovanej osobe alebo preukázať, že zamestnáva vyškoleného manažéra kvality s certifikátom SNAS s cieľom akreditovať pracovisko. V takom prípade poskytovateľ najneskôr do 6 mesiacov od splnenia predchádzajúcich kritérií definovaných v tomto bode musí doložiť doklad o akreditácii pracoviska autorizovanou osobou. Akreditácia musí byť vykonaná podľa normy ISO 15189. V prípade nesplnenia ktorejkoľvek z uvedených podmienok je poisťovňa oprávnená odstúpiť od Zmluvy.

IV.

Plnenie kritérií systému externej kontroly kvality

1. Poskytovateľ musí mať minimálne v oblasti:
 - klinická biochémia (024) – 50 %;
 - laboratórna medicína (225) – 50 %;
 - klinická imunológia a alergológia (040) – 50 %;
 - lekárska genetika (062) – 70 %
 výkonov, ktoré vykonáva, prihlásené do nezávislého systému externej kontroly kvality, resp. medzilaboratórneho porovnania.
2. V prípade, že vzhľadom na cyklus zvoleného externého systému kontroly kvality nie je možné ku dňu podpisu Zmluvy preukázať, že všetky vyšetrenia, ktoré sú predmetom Zmluvy, sú už v externom kontrolnom systéme prihlásené, poskytovateľ predloží doklad o prihlásení minimálne hore uvedené % všetkých vykonávaných vyšetrení do nezávislého systému externej kontroly kvality, resp. medzilaboratórneho porovnania na daný rok, v ktorom sa Zmluva uzatvára, a to najneskôr do 1 mesiaca od podpisu Zmluvy. V takom prípade poskytovateľ predloží certifikát alebo potvrdenie o účasti v prípade, že sa certifikát nevydáva, o výsledkoch vyšetrení v externom systéme kontroly kvality najneskôr do 12 mesiacov od ich prihlásenia do tohto systému. V prípade nesplnenia ktorejkoľvek z uvedených podmienok je poisťovňa oprávnená odstúpiť od Zmluvy.
3. Poskytovateľ musí byť v kontrolnom cykle nie staršom ako 12 mesiacov vo všetkých prihlásených vyšetreniach úspešný. Poisťovňa akceptuje len nezávislé externé kontrolné systémy prevádzkované medzinárodnými autorizovanými osobami na to určenými.
4. V prípade, ak poskytovateľ nesplní požiadavky externého systému kontroly kvality, resp. medzilaboratórneho porovnania pre niektoré vyšetrenie, poisťovňa ho od nasledujúceho účtovacieho obdobia bude uhrádzať vo výške 80 % jeho ceny, a to až do predloženia platného certifikátu o úspešnom výsledku tohto vyšetrenia v tom istom kontrolnom systéme. V prípade opakovaného nesplnenia požiadavky externého systému kontroly kvality,

resp. medzilaboratórneho porovnania poisťovňa prestane daný výkon od nasledujúceho zúčtovacieho obdobia uhrádzať až do predloženia platného certifikátu o úspešnom výsledku daného vyšetrenia v tom istom kontrolnom systéme. Poisťovňa je oprávnená uplatniť si náhradu plnenia za vyšetrenia aj spätne v prípade, ak poskytovateľ vykázal poisťovni výsledky takých vyšetrení, na ktoré v danom období nemal platný certifikát o ich úspešnom výsledku v externom systéme kontroly kvality, resp. medzilaboratórnom porovnaní spĺňajúcom kritériá definované v článku IV. tejto prílohy.

5. Poskytovateľ v odbore lekárska genetika je povinný realizovať vykázaný výkon, definovaný v Prílohe č. 1 Zmluvy, tabuľka Priamo hradené výkony, viazaný na suspektnú diagnózu v celom relevantnom rozsahu génu vzťahujúceho sa na danú diagnózu.
6. Poskytovateľ je povinný v plnom rozsahu vykonávať vyšetrenie, ktoré je predmetom Zmluvy, v mieste prevádzky špecifikovanej v Prílohe č. 2 Zmluvy na území Slovenskej republiky. V prípade, ak poisťovňa zistí, že vyšetrenie, alebo jeho časť, bolo vykonané mimo územia Slovenskej republiky, je oprávnená na uplatnenie si nároku na náhradu plnenia v plnej výške úhrady realizovanej poisťovňou. Poskytovateľ sa zároveň zaväzuje vrátiť uhradenú sumu poisťovni vo výške, aká mu bola zo strany poisťovne uhradená.
7. Poskytovateľ je povinný písomne informovať poisťovňu o úmysle vykonávať akékoľvek vyšetrenie, ktoré je predmetom Zmluvy, v laboratóriu nachádzajúcom sa mimo územia Slovenskej republiky. Poskytovateľ je v takom prípade taktiež povinný doložiť platný certifikát predmetného laboratória o úspešnom výsledku daného vyšetrenia v nezávislom externom systéme kontroly kvality spĺňajúcom kritériá definované v Článku IV. tejto prílohy, nie starší ako 12 mesiacov, ako aj potvrdenie o akreditácii daného laboratória podľa ISO 15189. Pred odoslaním materiálu musí poskytovateľ vopred písomne požiadať poisťovňu o súhlas s jeho odoslaním do takéhoto laboratória. Poisťovňa písomne rozhodne o žiadosti poskytovateľa s realizáciou konkrétneho vyšetrenia v zahraničí. Takéto rozhodnutie poisťovne je platné maximálne 6 mesiacov od dátumu rozhodnutia.
8. Poisťovňa má právo, v prípade ak poskytovateľ napriek písomnému nesúhlasu poisťovne vzorku, alebo jej časť, odoslal na vyšetrenie do zahraničia, resp. časť diagnostiky bola urobená na zahraničnom pracovisku, udeliť poskytovateľovi sankciu vo výške dvojnásobku zmluvne dohodnutej ceny predmetného vyšetrenia.

Zmluvné strany sa dohodli, že kritériá na uzatváranie zmlúv podľa Prílohy č. 6 sa na Poskytovateľa vzťahujú v rozsahu zazmluvneného špecializačného odboru.