

**Zmluva . 3001NSP1000114  
o poskytovaní zdravotnej starostlivosti**

uzatvorená pod a § 7 zákona . 581/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov

**lánok I  
Zmluvné strany**

**Union zdravotná pois ov a, a. s.**

zastúpená: Ing. Elena Májeková, riadite ka sekcie nákupu zdravotnej starostlivosti, revízných inností a programov zdravia  
so sídlom: Bajkalská 29/A, 821 08 Bratislava  
I O: 36 284 831  
DI : 2022152517  
bankové spojenie: Štátna pokladnica  
íslo ú tu: 7 000 256 518 / 8180  
IBAN: SK37 8180 0000 0070 0025 6518  
BIC: SUBASKBX  
ozna enie registra: Okresný súd Bratislava I, oddiel: Sa, vložka íslo: 3832/B, právna forma: akciová spoločnosť  
kód Union zdravotnej pois ovne, a. s.: 27  
( alej len „zdravotná pois ov a“)

a

**Nemocnica pre obvinených a odsúdených a Ústav na výkon trestu od atia slobody**

zastúpený: Ing. Miloš Drgo, riadite  
so sídlom: Súdna 15, 911 01 Tren ín  
I O: 00 738 301  
identifikátor poskytovate a (prvých šes znakov kódu poskytovate a): P84023  
ozna enie registra:  
( alej len "poskytovate ")  
(spoločne aj „zmluvné strany“)

**lánok II  
Preambula**

Zdravotná pois ov a na základe § 7 ods. 4 zákona . 581/2004 Z. z. o zdravotných pois ovniach, dohade nad zdravotnou starostlivos ou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov stanovila a uverejnila na úradnej tabuli a na svojej internetovej stránke kritériá na uzatváranie zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti ( alej len „zmluva“). Poskytovate zdravotnej starostlivosti vyhlasuje, že pois ov ou stanovené a zverejnené kritériá splnil, o potvrdzuje podpisom tejto zmluvy.

**lánok III  
Predmet (rozsah) zmluvy**

3.1. Predmetom tejto zmluvy je dohodnutie podmienok poskytovania zdravotnej starostlivosti poistencom zdravotnej pois ovne, poistencom lenských štátov Európskej únie, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu a Švaj iarska, cudzincom zo štátov, s ktorými má Slovenská republika uzatvorené medzinárodné dohody o poskytnutí zdravotnej starostlivosti ( alej len „poistenec“), rozsahu zdravotnej starostlivosti, výšky úhrady za zdravotnú starostlivos a jej splatnosti a úprava vz ahov vznikajúcich z tejto zmluvy medzi zmluvnými stranami.

3.2. Poskytovate sa zaväzuje poskytova zdravotnú starostlivos poistencom zdravotnej pois ovne na základe platného povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia ( alej len „povolenie“), vydaného orgánom príslušným na jeho vydanie, v tejto zmluve dohodnutom rozsahu zdravotnej starostlivosti pod a prílohy . 1, ktorá tvorí neoddeliteľnú prílohu tejto zmluvy.

3.3. Zmluvné strany sa dohodli, že výška úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivos a finan ý rozsah je dohodnutý v prílohách . 2a a 2b, ktoré tvoria neoddeliteľnú prílohu tejto zmluvy.

**lánok IV  
Práva a povinnosti zmluvných strán**

4. 1. Zmluvné strany sú pri plnení predmetu zmluvy povinné v súvislosti s plnením predmetu tejto zmluvy dodržiava nižšie uvedené právne predpisy. V prípade, že sa niektoré ustanovenie stane nevykonateľným v dôsledku zmeny právnej úpravy, alebo bude v rozpore so všeobecne záväznými právnymi predpismi, na právne vz ahy upravené v tejto zmluve sa použijú ustanovenia právnych predpisov. Zmluvné strany sa zaväzujú vyvinú maximálne úsilie za ú elom odstránenia nesúlador zmluvných dojednaní v dôsledku zmeny právnej úpravy uzatvorením dodatku k tejto zmluve.

- zákonom . 581/2004 Z.z. o zdravotných poisovních, dohade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,
  - zákonom . 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,
  - zákonom . 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,
  - zákonom . 578/2004 Z.z. o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,
  - zákonom . 579/2004 Z.z. o záchrannej zdravotnej službe a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,
  - zákonom . 580/2004 Z.z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona . 95/2002 Z. z. o poisovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,
  - zákonom . 362/2011 Z.z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,
  - zákonom . 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,
  - zákonom . 513/1991 Zb. Obchodný zákonník v znení neskorších predpisov,
  - zákonom . 18/1996 Z. z. o cenách v znení neskorších predpisov,
  - nariadením (ES) Európskeho parlamentu a Rady . 883/2004 o koordinácii systémov sociálneho zabezpečenia v platnom znení a nariadením Európskeho parlamentu a Rady (ES) . 987/2009, ktorým sa stanovuje postup vykonávania nariadenia (ES) . 883/2004 o koordinácii systémov sociálneho zabezpečenia v platnom znení,
  - nariadeniami vlády, vyhláškami a ostatnými vykonávacími a súvisiacimi predpismi, ktoré sú vydávané na základe všeobecne záväzných právnych predpisov a ktoré sa vzťahujú na poskytovanie zdravotnej starostlivosti vždy v platnom znení,
  - opatrením Ministerstva zdravotníctva SR, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva v znení neskorších predpisov,
  - výnosom Ministerstva zdravotníctva SR o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení v platnom znení a
  - odbornými usmerneniami, smernicami, metodikami, koncepciami a inými obdobnými predpismi, ktoré na základe všeobecne záväzných právnych predpisov v medziach svojich právomocí vydáva Ministerstvo zdravotníctva SR, Úrad pre dohady 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.
- 4.2. Každá zo zmluvných strán, spravidla do ôsmich dní, najneskôr však v termíne najbližšej fakturácie poskytnutej zdravotnej starostlivosti, písomne alebo prostredníctvom elektronickej podateľne informuje druhú zmluvnú stranu o zmene základných identifikačných údajov, napr. o zmene štatutárneho orgánu, bankového spojenia, identifikačného ísla organizácie, ísla telefónu a ísla faxu, ako aj o zmenách v zozname íselných kódov lekárov (sestier) a íselných kódov ambulancií, o zmenách vo veľkosti úväzkov lekárov (sestier) a ďalších skutočnostiach, ktoré môžu mať vplyv na riadne plnenie tejto zmluvy, a to najmä o zmenách v personálnom a materiálno-technickom vybavení zdravotníckeho zariadenia.
- 4.3. Zmluvné strany sú povinné zachovávať mlčanlivosť o skutočnostiach, s ktorými prídu do styku pri plnení zmluvy. Za uvedené skutočnosti sa považujú informácie, ktoré jedna alebo druhá zmluvná strana považuje za dôverné, ktoré zodpovedajú definícii obchodného tajomstva podľa príslušných ustanovení Obchodného zákonníka, ako aj osobné údaje alebo údaje chránené podľa osobitných predpisov. Táto povinnosť trvá aj po ukončení platnosti zmluvy; netýka sa plnenia oznamovacích povinností vyplývajúcich zo všeobecne záväzných právnych predpisov.
- 4.4. Zmluvné strany sa zaväzujú pri spracovávaní osobných údajov postupovať v súlade so zákonom . 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov.
- 4.5. Poskytovateľ má právo na úhradu zdravotnej starostlivosti poskytnutej v súlade s touto zmluvou a s právnymi predpismi podľa bodu 4.1. zmluvy v zmluvne dohodnutej lehote splatnosti. Poskytovateľ zodpovedá za úplnosť, správnosť a pravdivosť vykazovaných údajov o poskytnutej zdravotnej starostlivosti.
- 4.6. Poskytovateľ je povinný:
- a) zdravotnej poisovní doručiť kópiu právoplatného rozhodnutia o vydaní povolenia orgánom príslušným na vydanie povolenia z dôvodu zmeny tých údajov v pôvodnom povolení, ktorých zmena si vyžaduje vydanie nového povolenia a to v lehote desiatich kalendárnych dní odo dňa vykonania tohto rozhodnutia; predložením nového právoplatného rozhodnutia o vydaní povolenia nedochádza k zmene rozsahu zdravotnou poisovnícou a poskytovateľom zmluvne dohodnutej zdravotnej starostlivosti<sup>1</sup>. Zmena rozsahu zdravotnej starostlivosti podľa prílohy . 1 je možná len písomným dodatkom k tejto zmluve podľa článku IX, bodu 9.5. tejto zmluvy,

<sup>1</sup> Uvedené neplatí v prípade, kedy bolo poskytovateľovi vydané nové povolenie so zúženým rozsahom poskytovanej zdravotnej starostlivosti.

- b) zdravotnej poisovní doručiť kópiu dokladu o vyznačení zmeny údajov v povolení vydaného orgánom príslušným na vydanie povolenia, ktorých zmena si nevyžaduje vydanie nového povolenia a to v lehote desiatich kalendárnych dní odo dňa právoplatnosti vyznačenia zmeny údajov v povolení,
- c) zdravotnej poisovní doručiť kópiu právoplatného rozhodnutia o dočasnom pozastavení povolenia vydaného orgánom príslušným na vydanie povolenia a to v lehote desiatich kalendárnych dní odo dňa jeho vykonateľnosti; v prípade dočasného pozastavenia povolenia nie je poskytovateľ oprávnený vykonávať inšpekcie, na ktorú bol oprávnený podľa prerušeného povolenia a zároveň mu zaniká právo zdravotnej poisovní vykazovať a fakturovať výkony zdravotnej starostlivosti odo dňa nadobudnutia účinnosti rozhodnutia o dočasnom pozastavení povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia, s výnimkou fakturácie výkonov, ktoré realizoval pred nadobudnutím právoplatnosti tohto rozhodnutia a kedy splnil zákonné podmienky na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia,
- d) zdravotnej poisovní doručiť kópiu právoplatného rozhodnutia o zrušení povolenia, vydaného orgánom príslušným na vydanie povolenia a to v lehote desiatich kalendárnych dní odo dňa jeho vykonateľnosti,
- e) overiť si pred poskytnutím zdravotnej starostlivosti poisťovníkovi vzťah poisťovne k zdravotnej poisovní. Ak poisťovňa nemá preukázanie poisťovne, alebo ak existuje dôvodná pochybnosť o jeho poisťovníkovi vzťahu, má možnosť overiť si poisťovníkovi vzťah na telefónnom čísle Call centra zdravotnej poisťovne 0850 00 33 33 alebo na webovej stránke zdravotnej poisťovne [www.unionzp.sk](http://www.unionzp.sk) (ale len „webová stránka zdravotnej poisťovne“),
- f) pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti hradenej z verejného zdravotného poistenia prístrojovým vybavením, ktoré je vybavením zdravotníckeho zariadenia poskytovateľ nad rámec stanoveného minimálneho materiálne-technického vybavenia, predloží zdravotnej poisovní kópiu dokladu o jeho vlastníctve alebo prenájme a písomne požiada zdravotnú poisťovňu o schválenie poskytovania zdravotných výkonov spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek (ale len „SVLZ“) uvedeným prístrojovým vybavením na ambulancii špecializovanej zdravotnej starostlivosti. Zdravotnou poisťovňou schválené zdravotné výkony SVLZ podľa tohto bodu s uvedením kódu odbornosti špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti tvoria prílohu č. 3 tejto zmluvy,
- g) vykazovať poskytnutú zdravotnú starostlivosť v súlade s nariadením vlády SR č. 777/2004 Z. z., ktorým sa vydáva Zoznam chorôb, pri ktorých sa zdravotné výkony čiastočne neuhrádzajú alebo sa neuhrádzajú na základe verejného zdravotného poistenia, v súlade s nariadením vlády SR č. 776/2004 Z. z., ktorým sa vydáva Katalóg zdravotných výkonov v znení neskorších predpisov a v súlade s touto zmluvou; choroby podľa MKCH-10-SK-2013 vykazovať v troj – až päť miestnom tvare bez použitia bodky alebo iného interpunkčného znamienka.
- h) nevykazovať zdravotnej poisovní na úhradu také zdravotné výkony a s nimi súvisiace vyšetrenia poisťovne, ktoré sú indikované v súvislosti s poskytovanou zdravotnou starostlivosťou, ktorá nie je uhrádzaná na základe verejného zdravotného poistenia,
- i) oznamovať zdravotnej poisovní k poslednému dňu v kalendárnom mesiaci na tlačive predpísanom Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou každé poskytnutie zdravotnej starostlivosti poisťovni v dôsledku preukázaného porušenia liečebného režimu alebo užívania alkoholu alebo inej návykovej látky, ako aj úrazy alebo iné poškodenie zdravia, v súvislosti s ktorými 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 zdravotnej starostlivosti povinný oznamovať všetky bez výnimky,
- j) v prípade zmeny poskytovateľa zdravotnej starostlivosti v špecializačnom odbore stomatológia poisťovňou po vykonaní preventívnej prehliadky, vyžiada si od poisťovne potvrdenie o vykonaní preventívnej prehliadky u predchádzajúceho poskytovateľa a založiť ho do zdravotnej dokumentácie poisťovne.

4.7. Poskytovateľ ambulantnej zdravotnej starostlivosti objednáva u zmluvného poskytovateľa zdravotnej poisťovne na poskytovanie služby súvisiacej s poskytovaním zdravotnej starostlivosti prepravu poisťovne v priamej súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti z miesta bydliska do zdravotníckeho zariadenia a späť alebo medzi dvoma zdravotníckymi zariadeniami, z nasledovných dôvodov:

- a) zdravotný stav neumožňuje poisťovni samostatný pohyb alebo prepravu prostriedkami verejnej hromadnej dopravy,
- b) poisťovňa je zaradená do chronického dialyzačného programu alebo do transplantácie programu a preprava sa týka zdravotnej starostlivosti súvisiacej s týmito programami,

4.8. Poskytovateľ v medicínsky odôvodnených prípadoch odosiela poisťovne prednostne do zdravotníckych zariadení ktoré sú v zmluvnom vzťahu so zdravotnou poisťovňou; zoznam zmluvných zdravotníckych zariadení je zverejnený na webovej stránke zdravotnej poisťovne: [www.union.sk](http://www.union.sk).

4.9. Poskytovateľ indikuje a predpisuje humánne lieky, dietetické potraviny a zdravotnícke pomôcky v súlade s preskripciami a indikáciami obmedzeniami, množstvovými a finančnými limitmi uvedenými v platnom zozname kategorizovaných liekov, v platnom zozname kategorizovaných zdravotníckych pomôcok a v platnom zozname kategorizovaných dietetických potravín podľa zákona č. 362/2011 Z.z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ale len „zákon o liekoch a zdravotníckych pomôckach“). Ak ide o lieky uvedené v prílohe č. 1 k zákonu o liekoch a zdravotníckych pomôckach, predpisujúci lekár je povinný predpísať humánny liek s obsahom tohto lieku uvedením názvu lieku za dodržania podmienok ustanovených v § 119 ods. 5 tohto zákona. Pri predpisovaní humánneho lieku spôsobom podľa predchádzajúcej vety a zdravotníckej pomôcky a dietetickej potraviny je predpisujúci lekár povinný postupovať eticky a hospodárne podľa súasných poznatkov farmakoterapie a plniť ostatné povinnosti podľa § 119 zákona o liekoch a zdravotníckych pomôckach.

Poskytovateľ predpisuje o kováčovky na lekárskom predpise v maximálnom množstve jednej dávky (injekcia/ampula) v reálnom čase plánovaného kovania podľa dávkovacej schémy uvedenej v súhrne charakteristických vlastností lieku alebo podľa o kováčovke kalendára pre povinné pravidelné kovanie detí a dospelých, ktorý vydáva Úrad verejného

zdravotníctva Slovenskej republiky, v súlade s indikačným a preskripciým obmedzením. Pre vylúčenie akýchkoľvek pochybností, o kovanie poistenca mimo termínov určených o kovací kalendárom z objektívnych dôvodov, prípadne na základe požiadavky poistenca alebo jeho zákonného zástupcu, sa nepovažuje za porušenie postupu poskytovateľa a pri predpisovaní o kovacej látke pod a tohto bodu.

4.10. Poskytovateľ sa zaväzuje, že počas platnosti a účinnosti tejto zmluvy nedôjde k navýšeniu akácií dôb na poskytnutie ústavnej zdravotnej starostlivosti pre poistencov zdravotnej poisťovne.

4.11. Poskytovateľ lieky a zdravotnícke pomôcky, ktoré mu obstarala a dodala zdravotná poisťovňa, vykazuje zdravotnej poisťovni s nulovou hodnotou súhlasne s vykázaním výkonu podania lieku, alebo zdravotníckej pomôcky.

4.12. Zdravotná poisťovňa je povinná uhradiť poskytovateľovi zdravotnú starostlivosť uhrádzanú na základe verejného zdravotného poistenia, poskytnutú jej poistencom, v súlade s touto zmluvou a v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi v lehote splatnosti dohodnutej v tejto zmluve.

4.13. Zdravotná poisťovňa sa zaväzuje, že všetky zmeny vo výkazníctve poskytovaných výkonov zdravotnej starostlivosti, okrem tých, ktoré vyplývajú zo všeobecne záväzných právnych predpisov, oznámi poskytovateľovi najmenej dva mesiace pred plánovaným vykonaním zmeny.

4.14. Postupy neupravené touto zmluvou môžu zmluvné strany riešiť dohodovacím rokovaním štatutárnych orgánov alebo nimi splnomocnených zástupcov v mieste sídla zdravotnej poisťovne. O priebehu a ukončení dohodovacieho rokovania sa spíše záznam, ktorý potvrdia zmluvné strany svojim podpisom. V prípade, že niektorá zmluvná strana odmietne podpísať záznam o dohodovacom rokovaní, uvedie sa táto skutočnosť v zázname. V takomto prípade sa považuje dohodovacie rokovanie za bezvýsledné; tým nie sú dotknuté práva ktorejkoľvek zmluvnej strany domáhať sa ochrany svojich práv a uplatňovania si nárokov prostredníctvom súdu. Dohodovacie rokovanie sa uskutočňuje spravidla do štrnástich dní po doručení písomného návrhu na jeho konanie druhej zmluvnej strane. Dohodovacie rokovanie sa končí spísaním záznamu o jeho ukončení alebo odmietnutím podpísania záznamu o ukončení dohodovacieho rokovania jednou zo zmluvných strán.

4.15. Poskytovanie zdravotnej starostlivosti poistencom EÚ:

a) náklady za zdravotné výkony poskytnuté poistencom z iných členských štátov Európskej únie, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu a Švajčiarska a cudzincom zo štátov, s ktorými má Slovenská republika uzatvorené medzinárodné dohody o poskytnutí zdravotnej starostlivosti, sa uhrádzajú za rovnakých podmienok ako pre poistencov zdravotnej poisťovne,

b) poistencovi poistenému v Európskej únii (alebo len „EÚ“), ktorý sa preukáže európskym preukazom zdravotného poistenia, sa poskytuje zdravotná starostlivosť v rozsahu potrebnej starostlivosti; poskytnutá potrebná zdravotná starostlivosť sa uhrádza za rovnakých podmienok ako pre poistencov zdravotnej poisťovne,

c) poistencovi poistenému v EÚ, ktorý sa preukáže preukazom poistenca Union zdravotnej poisťovne, a.s. so značením „EÚ“ sa poskytuje zdravotná starostlivosť, ktorá zahŕňa aj preventívne prehliadky podľa platných všeobecne záväzných právnych predpisov; poskytnutá zdravotná starostlivosť podľa tohto bodu sa uhrádza v rovnakom rozsahu a za rovnakých podmienok ako pre poistencov zdravotnej poisťovne,

pre skupinu poistencov uvedených v tomto bode sa uhrádza poskytnutá zdravotná starostlivosť v rozsahu poskytnutých zdravotných výkonov; neuhrádza sa zdravotná starostlivosť cenou kapitácie, ak je spôsob úhrady kapitáciou dohodnutý v prílohe 2 tejto zmluvy.

## **lánok V**

### **Splatnosť úhrady zdravotnej starostlivosti a platobné podmienky**

5.1. Poskytovateľ zdravotnej poisťovni predkladá útovný doklad – faktúru (alebo len „faktúra“) za poskytnutú zdravotnú starostlivosť v zúčtovacom období, spravidla do 10-tich kalendárnych dní po uplynutí tohto obdobia. Zúčtovacím obdobím je celý kalendárny mesiac. Poskytovateľ je povinný predložiť faktúru niektorým zo spôsobov uvedených v lánku VIII, bode 8.1. alebo podľa bodu 8.2. uvedeného lánku a to v lehote určené v lánku pod a druhu zmluvne dohodnutých druhov poskytovanej zdravotnej starostlivosti.

5.2. Povinnou prílohou faktúry za poskytovanie zdravotnej starostlivosti sú elektronicky spracované dávky na dátových médiách (disketa, CD, USB kľúč) obsahujúce zoznam poskytnutých zdravotných výkonov a to v platnom dátovom rozhraní určenom metodickým usmernením o spracovaní a vykazovaní zdravotných výkonov poskytovateľom zdravotnej starostlivosti elektronickou formou vydaným Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

Ak predmetom zmluvy podľa prílohy 1 k tejto zmluve je:

a) poskytovanie domácej ošetrovateľskej starostlivosti, povinnou prílohou faktúry pri prvej fakturácii poskytnutej ošetrovateľskej starostlivosti poistencovi je aj návrh na poskytnutie ošetrovateľskej starostlivosti tomuto poistencovi v písomnej alebo elektronickej podobe,

b) poskytovanie jednodňovej zdravotnej starostlivosti, povinnou prílohou faktúry v prípade následných komplikácií a následných hospitalizácií po výkonoch jednodňovej zdravotnej starostlivosti je aj hlásenie o následnej komplikácii alebo následnej hospitalizácii po výkonoch jednodňovej zdravotnej starostlivosti v písomnej alebo elektronickej podobe.

5.3. Zdravotná poisťovňa vykoná kontrolu formálnej správnosti doručenej faktúry; pod kontrolou formálnej správnosti zmluvné strany rozumejú kontrolu povinných náležitostí doručenej faktúry podľa platných právnych predpisov a jej príloh podľa bodu 5.2. tohto lánku. Ak zdravotná poisťovňa zistí, že faktúra nie je v zmysle predchádzajúcej vety formálne správna, vráti (zašle) ju poskytovateľovi najneskôr do 10-tich dní odo dňa jej doručenia na jej doplnenie alebo opravu

spolu s uvedením dôvodu vrátenia. V prípade vrátenia formálne nesprávnej faktúry poskytovateľovi plynie lehota stanovená pre kontrolu vecnej správnosti údajov, uvedená v bode 5.4. tohto článku a lehota splatnosti dohodnutá v bode 5.9. tohto článku, odo dňa doručenia formálne správnej faktúry do zdravotnej poisťovne.

5.4. U formálne správnej faktúry vykoná zdravotná poisťovňa a najneskôr do 25-tich dní odo dňa jej doručenia kontrolu vecnej správnosti údajov uvedených vo faktúre. Zdravotná poisťovňa a najmä preverí, či osoby, ktorým poskytovateľ v zúčtovacom období zdravotnú starostlivosť poskytol, boli v zmysle poskytnutia zdravotnej starostlivosti poisťencami zdravotnej poisťovne, alebo osobami, ktorým mohla byť poskytnutá zdravotná starostlivosť hrazená zdravotnou poisťovňou. Zdravotná poisťovňa a alej vykoná kontrolu, či zdravotná starostlivosť bola vykázaná v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi a v súlade s touto zmluvou.

5.5. Ak zdravotná poisťovňa zistí, že vo faktúre sú uvedené nesprávne, nepravdivé alebo neúplné údaje alebo sú vykázané v rozpore s touto zmluvou, spracuje tieto zistenia do elektronického chybového protokolu<sup>2</sup> (ale len „protokol sporných dokladov“); pričom oprávnenie zdravotnej poisťovne vykonať u poskytovateľa a kontrolu všetkých údajov uvedených vo faktúre v súlade s článkom VI tejto zmluvy nie je týmto dotknuté. Zdravotná poisťovňa a protokol sporných dokladov zašle poskytovateľovi najneskôr do 25-tich dní odo dňa doručenia formálne správnej faktúry. Spolu s protokolom sporných dokladov zdravotná poisťovňa a zasiela poskytovateľovi aj súhrnný prehľad výsledku spracovania zdravotných výkonov (lekársky protokol) a zdravotnou poisťovňou vystavený opravný útovný doklad (dobropis alebo archopis) na sumu vo výške rozdielu medzi poskytovateľom fakturovanou sumou a sumou uznanou podľa lekárskeho protokolu.

5.6. Zdravotná poisťovňa a uhradí poskytovateľovi faktúru vo výške sumy uznanej podľa lekárskeho protokolu, ak poskytovateľ vystaví a zdravotnej poisťovni doručí opravný útovný doklad (dobropis alebo archopis) na sumu vo výške rozdielu medzi ním fakturovanou sumou a sumou uznanou podľa lekárskeho protokolu, alebo zdravotnej poisťovni doručí peňažnou smlouvou a svojim podpisom potvrdený opravný útovný doklad vystavený a poskytovateľovi doručí zdravotnou poisťovňou odo dňa bodu 5.5. tohto článku. Doručenie formálne a vecne správneho opravného útovného dokladu zdravotnej poisťovni sa faktúra považuje za vecne správnu. Týmto nie je dotknuté právo poskytovateľa a na postup podľa bodu 5.7. tohto článku.

5.7. Ak poskytovateľ napriek zaslanému opravnému útovnému dokladu podľa bodu 5.6. tohto článku nesúhlasí so skutkami uvedenými v protokole sporných dokladov, má právo ich reklamovať a písomne odôvodniť vykázanie neuznaných zdravotných výkonov zdravotnej poisťovni do 10-tich dní od doručenia lekárskeho protokolu. Zdravotná poisťovňa a zašle poskytovateľovi písomné stanovisko k podanej reklamácií do 10-tich dní od jej doručenia. Ak zdravotná poisťovňa a akceptuje vykázanie reklamovaných sporných zdravotných výkonov alebo ich čiastočne, poskytovateľ vystaví samostatnú faktúru len na akceptované reklamované zdravotné výkony alebo ich časť podľa platných dátových rozhraní a predloží ju zdravotnej poisťovni na úhradu. Prílohou tejto faktúry je elektronicky spracovaná dávka na dátovom médiu podľa platných dátových rozhraní v rozsahu akceptovanej reklamácie. Faktúra je vystavená za obdobie, v ktorom bola poskytnutá reklamovaná zdravotná starostlivosť. Toto nemá vplyv na skutok nasti uvedené v bode 5.9. tohto článku.

5.8. Ak zdravotná poisťovňa a neakceptuje reklamáciu poskytovateľa a podľa bodu 5.7. tohto článku, poskytovateľ môže požiadať zdravotnú poisťovňu o rokovanie do 10-tich dní od doručenia písomného stanoviska zdravotnej poisťovne k podanej reklamácií. Rozpor obidvoch zmluvných strán prerokujú v sídle Únie zdravotnej poisťovne, a.s. do 40-tich dní od doručenia lekárskeho protokolu. O výsledku rokovania sa vyhotoví písomný záznam, ktorého jeden rovnopis bude zaslaný poskytovateľovi. V prípade, že výsledkom rokovania zmluvných strán bude akceptácia reklamovaných nehradených zdravotných výkonov alebo len ich čiastočne, poskytovateľ vystaví samostatnú faktúru na zdravotné výkony v rozsahu rokovania akceptovanej reklamácie nehradených zdravotných výkonov. Prílohou tejto faktúry je elektronicky spracovaná dávka na dátovom médiu podľa platných dátových rozhraní v rozsahu rokovania akceptovanej reklamácie. Faktúra je vystavená za obdobie, v ktorom bola poskytnutá reklamovaná zdravotná starostlivosť. Toto nemá vplyv na skutok nasti uvedené v bode 5.9. tohto článku.

5.9. Zmluvné strany sa dohodli, že splatnosť formálne a vecne správnej faktúry je 30 dní odo dňa jej doručenia do zdravotnej poisťovne. V prípade doručenia vecne nesprávnej faktúry, podľa bodu 5.3. tohto článku sa faktúra považuje za formálne a vecne správnu až doručenie formálne a vecne správneho opravného útovného dokladu. V prípade, že formálne a vecne správny opravný útovný doklad je doručenie do 25-tich dní od doručenia vecne nesprávnej faktúry, splatnosť takto opravenej faktúry je 30 dní od doručenia vecne nesprávnej faktúry do zdravotnej poisťovne. V prípade, že formálne a vecne správny opravný útovný doklad je doručenie po 25-tom dni od doručenia vecne nesprávnej faktúry, splatnosť takto opravenej faktúry je 5 pracovných dní odo dňa doručenia formálne a vecne správneho opravného útovného dokladu do zdravotnej poisťovne.

5.10. K splneniu záväzku zdravotnej poisťovne dôjde dňom pripísania finančných prostriedkov za poskytnutú zdravotnú starostlivosť na účet poskytovateľa.

5.11. Faktúry, ako aj opravné útovné doklady sa považujú za doručenie do zdravotnej poisťovne, ak sú doručenie priamo na adresu zdravotnej poisťovne, uvedené neplatí v prípade doručenia podľa článku VIII, bodu 8.2. tejto zmluvy.

5.12. Po prebratí finančného objemu dohodnutého v prílohe 2a v zmysle Finančného rozsahu sa výška úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť vypočíta ako súčet výšky úhrady zdravotnej starostlivosti, na ktorú sa finančný objem

<sup>2</sup> Podľa Metodického usmernenia Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou č. 3/2012 v platnom znení.

vzahuje a koeficientu 0,1. V prípade nevyčerpania dohodnutého finančného objemu sa nevyčerpaná časť finančného objemu neprenáša do nasledujúceho dohodnutého obdobia.

5.13. Po prečerpaní finančného objemu dohodnutého v prílohe 2b v rámci Finančného rozsahu sa výška úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť vypočíta ako súčet výšky úhrady zdravotnej starostlivosti, na ktorú sa finančný objem vzahuje a koeficientu 0,6. V prípade nevyčerpania dohodnutého finančného objemu sa nevyčerpaná časť finančného objemu neprenáša do nasledujúceho dohodnutého obdobia.

## **Článok VI Kontrolná činnosť**

6.1. Zdravotná poisťovňa vykonáva kontrolnú činnosť u poskytovateľa a zameranú na účelnosť, efektívnosť a hospodárnosť vynakladania prostriedkov verejného zdravotného poistenia, rozsah a kvalitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti, dodržiavanie všeobecne záväzných právnych predpisov a zmluvných podmienok. Zdravotná poisťovňa je oprávnená vykonať kontrolnú činnosť (alebo len „kontrola“) u poskytovateľa a kedykoľvek a bez predchádzajúceho oznámenia.

6.2. Zdravotná poisťovňa vykonáva kontrolnú činnosť podľa bodu 6.1. revíznymi lekármi, revíznymi farmaceutmi a revíznymi sestrami; ak ide o kontrolu hospodárenia vynakladania prostriedkov verejného zdravotného poistenia, aj inými zamestnancami poverenými výkonom kontroly na základe písomného poverenia na výkon kontroly (alebo len „poverená osoba“).

6.3. Poverené osoby sa pred vykonaním kontroly preukážu platným písomným poverením na vykonanie kontroly a služobným preukazom. Poverené osoby vykonávajú vopred oznámenú kontrolu spravidla v pracovných dňoch v dňoch schválených ordinálnych hodín, pokiaľ sa s poskytovateľom v jednotlivom prípade nedohodnú inak. Pokiaľ zdravotná poisťovňa vykonáva kontrolu bez predchádzajúceho oznámenia, kontrolu vykonáva v dňoch schválených ordinálnych hodín, pričom kontrola nesmie v tomto prípade podstatným spôsobom narušiť bežnú prevádzku pracovísk poskytovateľa.

6.4. Poverené osoby sú pri výkone kontroly oprávnené:

- a) vstupovať do objektov, zariadení a prevádzok, na pozemky a do iných priestorov kontrolovaného subjektu, ak bezprostredne súvisia s predmetom kontroly,
- b) vyžadovať od kontrolovaného subjektu a jeho zamestnancov, aby jej v určenej lehote poskytovali k nahliadnutiu originály dokladov, vyjadrenia a informácie, vrátane dátových médií, potrebných na výkon kontroly,
- c) vyžadovať súčinnosť kontrolovaného subjektu a jeho zamestnancov,
- d) vykonať kontrolu len za prítomnosti poskytovateľa alebo ním poverenej osoby,
- e) vyhotoviť si výpisy, odpisy alebo kópie listín, dokladov a dokumentov súvisiacich s výkonom a predmetom kontroly, potrebné k preukázaniu zistení kontrolných zistení.

6.5. Poskytovateľ je povinný umožniť povereným osobám vykonanie kontroly a poskytnúť im požadované informácie, všetky požadované listiny, ktoré je povinný viesť a archivovať v zmysle príslušných právnych predpisov, potrebnú súčinnosť pri výkone kontroly a zdržať sa konaní, ktoré by mohli mať negatívny vplyv na výkon kontrolnej činnosti.

6.6. O záveroch kontroly kontrolná skupina vypracuje:

- a) záznam o kontrole, ak kontrolou nezistí porušenie všeobecne záväzných právnych predpisov alebo porušenie podmienok tejto zmluvy; doručí záznamu o kontrole poskytovateľovi a kontrola považuje za skončenú,
- b) protokol o kontrole, ak kontrolou zistí porušenie všeobecne záväzných právnych predpisov alebo porušenie podmienok tejto zmluvy.

6.7. Poverené osoby vypracujú protokol o kontrole podľa bodu 6.6., písm. b) tohto článku, ktorý zašlú poskytovateľovi v lehote do 20 kalendárnych dní odo dňa skončenia kontroly. Protokol o kontrole sa doručuje štatutárnemu zástupcovi poskytovateľa a osobne proti podpisu alebo doporučenou poštou alebo kuriérskou službou na adresu sídla poskytovateľa alebo prostredníctvom podateľne poskytovateľa.

6.8. Poskytovateľ má právo podať písomne námietky proti kontrolným zisteniam a záverom uvedeným v protokole o kontrole do 20 kalendárnych dní odo dňa doručenia protokolu o kontrole. Zdravotná poisťovňa sa k podaným námietkam vyjadří písomne alebo osobne prerokuje podané námietky s poskytovateľom v termíne s ním dohodnutom. Písomné vyjadrenie zdravotnej poisťovne k námietkam poskytovateľa sa považuje za zápisnicu k protokolu o kontrole. Ak sa námietky poskytovateľa prerokujú osobne, kontrolná skupina spíše zápisnicu k protokolu o kontrole o výsledku prerokovania námietok poskytovateľa. Poskytovateľ má právo na uvedenie svojho písomného vyjadrenia k zápisnici k protokolu o kontrole. V prípade písomného vyjadrenia zdravotnej poisťovne k námietkam poskytovateľa má poskytovateľ právo na písomné vyjadrenie k zápisnici k protokolu o kontrole do 5 kalendárnych dní odo dňa doručenia písomného vyjadrenia zdravotnej poisťovne k námietkam poskytovateľa.

6.9. Pokiaľ poskytovateľ nepodal proti protokolu o kontrole námietky, protokol sa považuje za prerokovaný pracovným dňom nasledujúcim po márnom uplynutí lehoty na podanie námietok, pričom platí, že poskytovateľ súhlasí so zisteniami uvedenými v protokole. Zápisnica sa v tomto prípade nespíše.

6.10. Pokiaľ poskytovateľ odmietne podpísať zápisnicu k protokolu o kontrole, uvedie sa táto skutočnosť v zápisnici. Zápisnica k protokolu o kontrole sa doručuje štatutárnemu zástupcovi poskytovateľa a osobne proti podpisu alebo

doporučenou poštou alebo kuriérnou službou na adresu sídla poskytovateľa a alebo prostredníctvom podateľne poskytovateľa.

6.11. Kontrola je ukončená dňom prerokovania protokolu o kontrole s poskytovateľom a spísaním zápisnice k protokolu o kontrole o výsledku prerokovania námietok poskytovateľa. V prípade písomného vyjadrenia zdravotnej poisťovne k námietkam poskytovateľa sa považuje kontrola za ukončenú dňom doručenia písomného vyjadrenia zdravotnej poisťovne k podaným námietkam poskytovateľa a k protokolu o kontrole podľa bodu 6.8. tohto článku alebo márnym uplynutím lehoty na podanie písomného vyjadrenia k zápisnici k protokolu o kontrole. Ustanovenie bodu 6.10. tohto článku tým nie je dotknuté.

6.12. Za ukončenú sa považuje kontrola aj v takom prípade, ak poskytovateľ odmietne prevziať protokol o kontrole alebo zápisnicu k protokolu o kontrole alebo ak sa protokol o kontrole alebo zápisnica k protokolu o kontrole doručované poskytovateľovi doporučenou poštou alebo kuriérnou službou, vráti zdravotnej poisťovni ako nedoručené.

## **Článok VII Sankcie**

7.1. V prípade, že zdravotná poisťovňa na základe vykonanej kontroly (článok VI zmluvy) zistí, že poskytovateľ vykázal zdravotnej poisťovni výkon, ktorý preukázateľne neposkytol v celom rozsahu alebo v určitej jeho časti a zdravotná poisťovňa takýto výkon poskytovateľovi uhradila (alej len „neoprávnená úhrada“), poskytovateľ sa zaväzuje, že zdravotnej poisťovni vráti takúto neoprávnenú úhradu alebo jej časť za podmienok podľa bodu 7.2. a 7.4. tohto článku.

7.2. Zmluvné strany sa dohodli, že pre vrátenie neoprávnenej úhrady podľa bodu 7.1. tohto článku, sa nevyžaduje predchádzajúce upozornenie druhej zmluvnej strany. Písomná výzva na vrátenie neoprávnenej úhrady podľa tohto bodu musí obsahovať špecifikáciu porušenia povinnosti a výšku neoprávnenej úhrady.

7.3. V prípade zistenia neoprávnenej úhrady zdravotnou poisťovňou podľa bodu 7.1. tohto článku je poskytovateľ v každom jednotlivom prípade povinný uhradiť zdravotnej poisťovni zmluvnú pokutu až do výšky 50 % sumy neoprávnenej úhrady na základe výzvy zdravotnej poisťovne podľa bodu 7.4. tohto článku.

7.4. Zmluvné strany sa dohodli, že poskytovateľ vykoná vrátenie neoprávnenej úhrady alebo úhradu sankcie vo výške uplatnenej zdravotnou poisťovňou v lehote do 30 dní odo dňa doručenia písomnej výzvy zdravotnou poisťovňou.

7.5. Ak poskytovateľ v lehote podľa bodu 7.4. tohto článku nevráti zdravotnej poisťovni neoprávnenú úhradu alebo neuhradí uplatnenú sankciu, je zdravotná poisťovňa oprávnená vykonať jednostranný zápočet týchto pohľadávok voči najbližšiemu splatnému vyúťovaniu úhrady zdravotnej starostlivosti poskytovateľom.

7.6. Ak je zdravotná poisťovňa v omeškaní s plnením svojho peňažného záväzku voči poskytovateľovi, má poskytovateľ právo uplatniť voči nej úrok z omeškania podľa ustanovenia § 369 zákona č. 513/1991 Z. z. Obchodný zákonník v znení neskorších predpisov.

7.7. V prípade, že zdravotná poisťovňa na základe vykonanej kontroly (článok VI zmluvy) zistí, že poskytovateľ pri predpise liekov, zdravotníckych pomôcok alebo dietetických potravín nedodržiaval preskripčné, indikačné obmedzenia alebo ich predpísal bez predchádzajúceho súhlasu revízného lekára (ak sa tento vyžaduje), alebo ich predpísal na neregistrovanú alebo neschválenú indikáciu, alebo porušil povinnosť podľa § 119 ods. 11 zákona č. 362/2011 Z.z. v znení neskorších predpisov a poisťovňa tieto lieky, zdravotnícke pomôcky alebo dietetické potraviny uhradila poskytovateľovi lekárskej starostlivosti a ak verejná lekáreň alebo výdajňa zdravotníckych pomôcok vydala na základe lekárskeho predpisu alebo lekárskeho poukazu liek, zdravotnícku pomôcku alebo dietetickú potravinu, zdravotná poisťovňa má právo na náhradu plnenia voči poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti, v mene ktorého predpisujúci lekár nesprávne vystavil lekársky predpis alebo lekársky poukaz.

Zdravotná poisťovňa je oprávnená voči najbližšiemu splatnému vyúťovaniu úhrady zdravotnej starostlivosti poskytovateľovi jednostranne započíta svoju pohľadávku, ktorá jej vznikla z titulu zrealizovania povinného plnenia poskytovateľovi lekárskej starostlivosti podľa § 121 ods. 6 zákona č. 362/2011 Z.z. v znení neskorších predpisov.

7.8. Uplatnením sankcie a jej úhradou nie je dotknutý nárok oprávnenej zmluvnej strany na náhradu škody alebo vrátenia bezdôvodného obohatenia podľa platných právnych predpisov.

7.9. Uhradením sankcie sa povinná zmluvná strana nezbaňuje povinnosti splniť povinnosť vyplývajúcu z platných právnych predpisov alebo z ustanovení tejto zmluvy, ktorú porušila.

7.10. Zmluvné strany sa dohodli, že v prípade porušenia povinnosti vyplývajúcej z právnych predpisov uvedených v článku IV tejto zmluvy niektorou zo zmluvných strán, s výnimkou taxatívne upravených sankcií uvedených v bodoch 7.3, 7.6., 7.11. až 7.13. tohto článku, je povinná zmluvná strana povinná uhradiť oprávnenej zmluvnej strane zmluvnú pokutu vo výške 300,- EUR (slovom tristo eur) za každé jedno porušenie.

7.11. Poskytovateľ je povinný zaplatiť zdravotnej poisťovni zmluvnú pokutu vo výške 50 % hodnoty

a) poskytovateľom neoprávnene vyúťovaných zdravotných výkonov, ktoré poisťovňa poskytovateľovi uhradila, tým nie je dotknutý nárok poisťovne podľa bodu 7.1 tohto článku na vrátenie neoprávnene vyúťovaných alebo uhradených zdravotných výkonov,

b) lieku, zdravotníckej pomôcky alebo dietetickej potraviny uhradenej poisťovňou poskytovateľovi lekárskej starostlivosti, ak poskytovateľ tento liek, zdravotnícku pomôcku alebo dietetickú potravinu preukázateľne predpísal bez

vedomia alebo úasti poistenca

7.12. Poskytovateľ je povinný zaplatiť poisovní zmluvnú pokutu vo výške 30% hodnoty poisovní uhradeného vykázaného zdravotného, výkonu, predpísaného lieku, zdravotnej pomôcky, alebo dietetickej potraviny, ktoré v ase vykonania kontroly podľa článku VI tejto zmluvy neboli zaznamenané v zdravotnej dokumentácii alebo boli zaznamenané v rozpore s platnými právnymi predpismi alebo boli zaznamenané v nedostatku rozsahu; za každé jedno takéto porušenie.

7.13. Poskytovateľ je povinný zaplatiť poisovní zmluvnú pokutu vo výške 3% priemernej mesačnej hodnoty úhrad vyplatených v predchádzajúcich 5 mesiacoch za:

- a) neposkytnutie, alebo odmietnutie súinnosti pri vykonávaní kontroly podľa článku VI tejto zmluvy
- b) neplnenie nápravných opatrení z predchádzajúcej kontroly
- c) nekvalitné poskytovanie zdravotnej starostlivosti, ktoré sa zistí kontrolou poisovní
- d) nesplnenie oznamovacej povinnosti vyplývajúcej z článku IV, bodu 4.2. tejto zmluvy

### **lánok VIII Doruovanie**

8.1. Zmluvné strany dorujú písomnosti, iné doklady a oznámenia, s doruovaním ktorých zmluva počíta (alejen „zásielka“), niektorým zo spôsobov:

- a) poštou,
- b) kuriérom,
- c) osobne.

Zásielka doruovaná podľa tohto bodu sa považuje za doruenu ak bola doruena priamo na adresu určenú v článku I tejto zmluvy.

8.2. Poskytovateľ môže zásielku - faktúru spolu s prílohami (s výnimkou dátového média), ako aj ostatné doklady podľa článku V tejto zmluvy, okrem niektorého zo spôsobov podľa bodu 8.1. tohto článku, doruovať zdravotnej poisovní aj elektronicky prostredníctvom portálu, ktorý prevádzkuje zdravotná poisovní a na svojom webovom sídle za podmienky, že medzi poskytovateľom a zdravotnou poisovní bola uzatvorená osobitná zmluva, ktorej predmetom je úprava spôsobu doruovania zásielky podľa tohto bodu a s tým súvisiacich úkonov.

8.3. Zmluvné strany sa dohodli, že zásielky s výnimkou korešpondencie podľa článku VI tejto zmluvy a korešpondencie obsahujúcej osobné údaje alebo údaje chránené podľa osobitných predpisov, sa môžu doruovať aj e-mailom.

### **lánok IX Trvanie, zmena a zánik zmluvy**

9.1. Zmluva je uzatvorená dňom jej podpísania obidvoma zmluvnými stranami. Pokiaľ nedôjde k podpísaniu zmluvy obidvoma zmluvnými stranami v ten istý deň, považuje sa zmluva za uzatvorenú v deň, kedy zmluvu podpísala v poradí druhá zmluvná strana.

9.2. Zmluva nadobúda účinnosť **1.4.2014** (s výnimkou bodu 8.2. tejto zmluvy, ktorý nadobudne účinnosť dňom nadobudnutia účinnosti osobitnej zmluvy podľa uvedeného bodu) za podmienky, že najneskôr deň pred nadobudnutím účinnosti bola zverejnená na webovom sídle zdravotnej poisovní.

9.3. Zmluva sa uzatvára na dobu neurčitú, s výnimkou prílohy 2b tejto zmluvy, ktorá je účinná na dobu 12 mesiacov odo dňa nadobudnutia účinnosti zmluvy.

9.4. Zmluvné strany sa dohodli, že ak po uplynutí účinnosti prílohy 2b tejto zmluvy nedôjde medzi zmluvnými stranami k dohode o jej úprave, do doby dohody zmluvných strán platia ceny dohodnuté v prílohe 2b tejto zmluvy a jej účinnosť sa automaticky predlžuje až do doby nadobudnutia účinnosti dodatku k zmluve, ktorým sa príloha 2b upraví; účinnosť prílohy 2b sa podľa tohto bodu v tomto prípade predlžuje najviac o tri kalendárne mesiace.

9.5. Zmenu zmluvy je možné uskutočniť výlučne v písomnej forme na základe dohody zmluvných strán formou písomných aíslovaných dodatkov.

9.6. Zmluva:

- a) zaniká dohodou zmluvných strán,
- b) zaniká výpoveťou podľa § 7 ods. 11 a ods. 15 zákona č. 581/2004 Z.z. v znení neskorších predpisov,
- c) zaniká okamžitým skončením v prípade zrušenia povolenia alebo zániku zdravotnej poisovní alebo v prípade zrušenia alebo zániku povolenia poskytovateľa na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia,
- d) sa prerušuje v prípade doasného pozastavenia povolenia poskytovateľa; k prerušeniu zmluvy dôjde prvým dňom nasledujúcim po dni nadobudnutia právoplatnosti rozhodnutia o doasnom pozastavení povolenia.



**lánok X**  
**Závere né ustanovenia**

10.1. Vz ahy touto zmluvou neupravené sa riadia príslušnými ustanoveniami všeobecne záväzných právnych predpisov uvedených v bode 4.1. zmluvy.

10.2. Táto zmluva je vyhotovená v dvoch rovnopisoch, z ktorých sa každý považuje za originál. Každá zo zmluvných strán obdrží po jednom vyhotovení. Súhlas s celým obsahom zmluvy zástupcovia zmluvných strán vyjadria svojím podpisom na poslednej strane zmluvy.

10.3. Neoddelite nou sú as ou tejto zmluvy sú nasledovné prílohy:

Príloha . 1 Dohodnutý rozsah poskytovanej zdravotnej starostlivosti

Príloha . 2a Dohodnutá výška úhrady za poskytnutú ambulantnú zdravotnú starostlivos a finan ný rozsah

Príloha . 2b Dohodnutá výška úhrady za poskytnutú ústavnú zdravotnú starostlivos a finan ný rozsah

Príloha . 3 Zdravotnou pois ov ou schválené zdravotné výkony SVLZ

10.4. Ak niektoré ustanovenia tejto zmluvy nie sú celkom alebo s asti ú inné alebo neskôr stratia ú innos , nie je tým dotknutá platnos a ú innos ostatných ustanovení. Namiesto neplatných, prípadne neú inných ustanovení sa použije právna úprava, ktorá, pokia je to právne možné, sa o najviac približuje úmyslu a ú elu tejto zmluvy, pokia pri uzatváraní zmluvy zmluvné strany brali túto otázku do úvahy.

10.5. Táto zmluva je pre zmluvné strany platná v rozsahu jej ustanovení a príloh vz ahujúcich sa na dohodnutý rozsah poskytovanej zdravotnej starostlivosti pod a prílohy . 1 k tejto zmluve.

10.6. Zmluvné strany sa dohodli, že ku d u nadobudnutia ú innosti tejto zmluvy zanikajú všetky zmluvy, na základe ktorých poskytovate poskytoval zdravotnú starostlivos poisťencom zdravotnej pois ovne v rovnakom vecnom rozsahu aký je dohodnutý v tejto zmluve.

Bratislava d a

Tren ín d a

Union zdravotná pois ov a, a.s.

Nemocnica pre obvinených a odsúdených a  
Ústav na výkon trestu od atia slobody

.....  
Ing. Elena Májeková  
riadite ka sekcie nákupu zdravotnej starostlivosti,  
revíznych inností a programov zdravia  
na základe plnej moci

.....  
Ing. Miloš Drgo, riadite

**Príloha . 1**  
**k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti**

**Dohodnutý rozsah poskytovanej zdravotnej starostlivosti**

V súlade s bodom 3.2. článku III tejto zmluvy si zdravotná poisťovňa u poskytovateľa objednáva poskytovanie zdravotnej starostlivosti odbornými útvarmi zdravotníckeho zariadenia poskytovateľa s pridelenými kódmi poskytovateľa zdravotnej starostlivosti podľa tejto prílohy, s uvedením ich odbornosti a druhu odborného útvaru.

Názov PZS : **Nemocnica pre obvinených a odsúdených a Ústav na výkon trestu odňatia slobody**

Identifikátor PZS : **P84023**

| <b>Kód poskytovateľa</b> | <b>Kód odbornosti útvaru*</b> | <b>Názov odbornosti útvaru</b> | <b>Druh odborného útvaru**</b> |
|--------------------------|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| P84023001116             | 001                           | vnútorné lekárstvo             | 1                              |
| P84023003116             | 003                           | pneumológia a ftizeológia      | 1                              |
| P84023004116             | 004                           | neuroológia                    | 1                              |
| P84023005116             | 005                           | psychiatria                    | 1                              |
| P84023196116             | 196                           | JIS interná                    | 1                              |
| P84023001201             | 001                           | vnútorné lekárstvo             | 2                              |
| P84023001206             | 001                           | vnútorné lekárstvo             | 2                              |
| P84023001216             | 001                           | vnútorné lekárstvo             | 2                              |
| P84023001231             | 001                           | vnútorné lekárstvo             | 2                              |
| P84023001236             | 001                           | vnútorné lekárstvo             | 2                              |
| P84023001241             | 001                           | vnútorné lekárstvo             | 2                              |
| P84023001246             | 001                           | vnútorné lekárstvo             | 2                              |
| P84023003201             | 003                           | pneumológia a ftizeológia      | 2                              |
| P84023003206             | 003                           | pneumológia a ftizeológia      | 2                              |
| P84023003216             | 003                           | pneumológia a ftizeológia      | 2                              |
| P84023003286             | 003                           | pneumológia a ftizeológia      | 2                              |
| P84023004201             | 004                           | neuroológia                    | 2                              |
| P84023004216             | 004                           | neuroológia                    | 2                              |
| P84023005201             | 005                           | psychiatria                    | 2                              |
| P84023005206             | 005                           | psychiatria                    | 2                              |
| P84023005211             | 005                           | psychiatria                    | 2                              |
| P84023005216             | 005                           | psychiatria                    | 2                              |
| P84023005226             | 005                           | psychiatria                    | 2                              |
| P84023005231             | 005                           | psychiatria                    | 2                              |
| P84023005241             | 005                           | psychiatria                    | 2                              |
| P84023005246             | 005                           | psychiatria                    | 2                              |
| P84023005251             | 005                           | psychiatria                    | 2                              |
| P84023005256             | 005                           | psychiatria                    | 2                              |
| P84023005287             | 005                           | psychiatria                    | 2                              |

|              |     |   |   |
|--------------|-----|---|---|
| P84023005291 | 005 | psychiatria                             | 2 |
| P84023008256 | 008 | všeobecná starostlivosť o deti a dorast | 2 |
| P84023009201 | 009 | gynekológia a pôrodnictvo               | 2 |
| P84023009241 | 009 | gynekológia a pôrodnictvo               | 2 |
| P84023010216 | 010 | chirurgia                               | 2 |
| P84023010246 | 010 | chirurgia                               | 2 |
| P84023014216 | 014 | otorinolaryngológia                     | 2 |
| P84023015216 | 015 | oftalmológia                            | 2 |
| P84023016201 | 016 | stomatológia                            | 2 |
| P84023016202 | 016 | stomatológia                            | 2 |
| P84023016206 | 016 | stomatológia                            | 2 |
| P84023016211 | 016 | stomatológia                            | 2 |
| P84023016216 | 016 | stomatológia                            | 2 |
| P84023016226 | 016 | stomatológia                            | 2 |
| P84023016231 | 016 | stomatológia                            | 2 |
| P84023016236 | 016 | stomatológia                            | 2 |
| P84023016241 | 016 | stomatológia                            | 2 |
| P84023016246 | 016 | stomatológia                            | 2 |
| P84023016251 | 016 | stomatológia                            | 2 |
| P84023016256 | 016 | stomatológia                            | 2 |
| P84023016261 | 016 | stomatológia                            | 2 |
| P84023016266 | 016 | stomatológia                            | 2 |
| P84023016271 | 016 | stomatológia                            | 2 |
| P84023016276 | 016 | stomatológia                            | 2 |
| P84023016281 | 016 | stomatológia                            | 2 |
| P84023016286 | 016 | stomatológia                            | 2 |
| P84023016291 | 016 | stomatológia                            | 2 |
| P84023018201 | 018 | dermatovenerológia                      | 2 |
| P84023018216 | 018 | dermatovenerológia                      | 2 |
| P84023018236 | 018 | dermatovenerológia                      | 2 |
| P84023018241 | 018 | dermatovenerológia                      | 2 |
| P84023018266 | 018 | dermatovenerológia                      | 2 |
| P84023018271 | 018 | dermatovenerológia                      | 2 |
| P84023020201 | 020 | všeobecné lekárstvo                     | 2 |
| P84023020206 | 020 | všeobecné lekárstvo                     | 2 |
| P84023020211 | 020 | všeobecné lekárstvo                     | 2 |
| P84023020212 | 020 | všeobecné lekárstvo                     | 2 |
| P84023020216 | 020 | všeobecné lekárstvo                     | 2 |
| P84023020221 | 020 | všeobecné lekárstvo                     | 2 |
| P84023020226 | 020 | všeobecné lekárstvo                     | 2 |
| P84023020231 | 020 | všeobecné lekárstvo                     | 2 |

|              |     |   |   |
|--------------|-----|---|---|
| P84023020236 | 020 | všeobecné lekárstvo                             | 2 |
| P84023020241 | 020 | všeobecné lekárstvo                             | 2 |
| P84023020246 | 020 | všeobecné lekárstvo                             | 2 |
| P84023020251 | 020 | všeobecné lekárstvo                             | 2 |
| P84023020256 | 020 | všeobecné lekárstvo                             | 2 |
| P84023020261 | 020 | všeobecné lekárstvo                             | 2 |
| P84023020266 | 020 | všeobecné lekárstvo                             | 2 |
| P84023020271 | 020 | všeobecné lekárstvo                             | 2 |
| P84023020276 | 020 | všeobecné lekárstvo                             | 2 |
| P84023020281 | 020 | všeobecné lekárstvo                             | 2 |
| P84023020286 | 020 | všeobecné lekárstvo                             | 2 |
| P84023020287 | 020 | všeobecné lekárstvo                             | 2 |
| P84023020291 | 020 | všeobecné lekárstvo                             | 2 |
| P84023027216 | 027 | fyziatRIA, balneológia a lie ebná rehabilitácia | 2 |
| P84023027221 | 027 | fyziatRIA, balneológia a lie ebná rehabilitácia | 2 |
| P84023040216 | 040 | klinická imunológia a alergológia               | 2 |
| P84023048226 | 048 | gastroenterológia                               | 2 |
| P84023050206 | 050 | diabetológia, poruchy látkovej premeny a výživy | 2 |
| P84023023501 | 023 | rádiológia                                      | 5 |
| P84023023506 | 023 | rádiológia                                      | 5 |
| P84023023516 | 023 | rádiológia                                      | 5 |
| P84023023526 | 023 | rádiológia                                      | 5 |
| P84023023536 | 023 | rádiológia                                      | 5 |
| P84023023561 | 023 | rádiológia                                      | 5 |
| P84023023576 | 023 | rádiológia                                      | 5 |
| P84023023586 | 023 | rádiológia                                      | 5 |
| P84023027516 | 027 | fyziatRIA, balneológia a lie ebná rehabilitácia | 5 |
| P84023027521 | 027 | fyziatRIA, balneológia a lie ebná rehabilitácia | 5 |
| P84023005606 | 005 | psychiatria                                     | 6 |
| P84023005611 | 005 | psychiatria                                     | 6 |
| P84023005656 | 005 | psychiatria                                     | 6 |
| P84023005687 | 005 | psychiatria                                     | 6 |

**Vysvetlivky:**

\* kód odbornosti útvaru v tvare „spp“ z kódu poskytovate a (kód poskytovate a má tvar „p99999sppyz“),

\*\* kód druhu odborného útvaru v tvare „y“ z kódu poskytovate a:

- 1 - oddelenie
- 2 – ambulancia
- 5 – útvar spoločných vyšetrovacích a lie ebných zložiek
- 6 – stacionár

**Príloha . 2a**  
**k Zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti**

**Dohodnutá výška úhrady za poskytnutú ambulantnú zdravotnú starostlivosť a finančný rozsah**

**I. Všeobecná ambulantná zdravotná starostlivosť pre dospelých**

1. Poskytovateľ :

a) zasiela kópiu prvopisu dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s poistencom zdravotnej poisovní (ale len „kapitovaný poistenec“) na jej vyžiadanie v prípade, ak v jednom kalendárnom mesiaci budú fakturovať kapitálnu platbu na tomto istého poistenca dvaja a viacerí poskytovatelia. Zdravotná poisovní je oprávnená vyžiadať kópie prvopisu dohody podľa tohto bodu písomne, telefonicky, faxom alebo e-mailom. Za účelom prípadného doriešenia kolízie podľa tohto bodu je zdravotná poisovní oprávnená vyžiadať aj preukázanie odstúpenia od dohody poistencom a vyžiadanie (odovzdanie) zdravotnej dokumentácie poistenca zo strany toho poskytovateľa, ktorý uzavrel s poistencom novú dohodu,

b) zasiela k termínu 30. júna a 31. decembra príslušného kalendárneho roka hlásenie o počte kapitovaných poistencov zdravotnej poisovní v elektronickej podobe v dátovom rozhraní určenom platným metodickým usmernením vydaným Úradom pre dohodu nad zdravotnou starostlivosťou,

c) má nárok na úhradu kapitálnej platby aj spätne, ak poistenec alebo jeho zákonný zástupca alebo iná osoba oprávnená konať v mene poistenca neohlásil poskytovateľovi zmenu zdravotnej poisovní; nárok na spätnú úhradu kapitálnej platby za kapitovaného poistenca, ktorého opomenul vykázať má iba v tom prípade, ak zdravotná poisovní a v období, za ktoré si tohto poistenca spätne vykazuje, neuhradila kapitálnu platbu inému poskytovateľovi,

d) má nárok, aby zdravotná poisovní a vykonala porovnanie kapitálneho stavu poistencov poskytovateľa a oznámila výsledok poskytovateľovi na základe údajov poskytnutých poskytovateľom podľa písm. b) tohto bodu a informovala poskytovateľa o skutočnom počte kapitovaných poistencov u poskytovateľa, evidovaných v informačnom systéme zdravotnej poisovní,

e) je oprávnený vykázať preventívnu prehliadku (bod 3 písm. b) a c) tejto prílohy) s vykázaním výkonu 25 u imobilných poistencov alebo z dôvodu iného závažného dlhodobého zdravotného postihnutia poistenca. O uvedenej skutočnosti vykoná poskytovateľ záznam v zdravotnej dokumentácii poistenca,

f) je oprávnený vykázať vykonanie povinného ošetrovania a vykonanie ošetrovania na základe rozhodnutia regionálneho úradu verejného zdravotníctva alebo Úradu verejného zdravotníctva SR (bod 3 písm. d) tejto prílohy) s vykázaním kombinácie výkonov 25 a 4 u poistencov, ktorí dlhodobo odmietajú dostaviť sa do ambulancie poskytovateľa a za účelom vykonania ošetrovania. O uvedenej skutočnosti vykoná poskytovateľ záznam v zdravotnej dokumentácii poistenca,

g) pri vystavovaní odporúčaní na poskytnutie špecializovanej zdravotnej starostlivosti a ústavnej starostlivosti uhrádzanej zo zdrojov verejného zdravotného poistenia v odporúčaní je povinný uviesť epikrízu, priebeh ochorenia, výsledky doteraz vykonaných vyšetrení, ktoré súvisia s ochorením (ak boli vykonané), odôvodnenie odoslania poistenca a požiadavku na vyšetrenie poistenca. Pri vystavovaní žiadanky na poskytnutie zdravotných výkonov SVLZ je povinný uviesť na žiadanke aj diagnózu; ak poskytovateľ žiada o vykonanie zdravotných výkonov SVLZ v rámci preventívnej zdravotnej starostlivosti, uvedie aj uvedenú skutočnosť výslovne na žiadanke.

h) môže sledovať zdravotný stav kapitovaného poistenca aj počas hospitalizácie poistenca, prípadne sleduje jeho zdravotný stav aj vykonaním návštevy u kapitovaného poistenca v prípade poskytnutia plánovanej ústavnej starostlivosti,

i) pri vykazovaní úhrady poskytnutej zdravotnej starostlivosti kódy chorôb podľa MKCH-10-SK-2013 uvádza v troj až päť miestnom tvare bez použitia bodky alebo iného interpunkčného znamienka; kódy chorôb v tejto prílohe sú uvedené v tvare podľa MKCH-10-SK-2013 (ale len „kód choroby“).

2. Výkony zdravotnej starostlivosti poskytnuté kapitovanému poistencovi zdravotnej poisovní sa uhrádzajú mesačne za jedného poistenca zdravotnej poisovní takto:

| Spôsob úhrady | Špecifikácia podmienok úhrady                            | Výška kapitácie v € |
|---------------|--|---------------------|
| kapitácia     | poistenec vo veku od 19 rokov do 50 rokov života vrátane | 2,03                |
| kapitácia     | poistenec vo veku od 51 rokov do 60 rokov života vrátane | 2,20                |
| kapitácia     | poistenec vo veku od 61 rokov do 80 rokov života vrátane | 2,60                |
| kapitácia     | poistenec vo veku od 81 rokov života                     | 2,78                |

3. Cena kapitácie podľa bodu 2 tejto prílohy nezahŕňa úhradu:

a) **liekov** zaradených v zozname kategorizovaných liekov, ktoré sú predpísané a použité v súlade s preskripcími obmedzeniami, indikačnými obmedzeniami a obmedzeniami úhrady zdravotnej poisovní na jej predchádzajúci súhlas, označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom A a AS<sup>1/</sup>,

<sup>1/</sup> Zákon č. 363/2011 Z.z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

b) **zdravotných výkonov preventívnych prehliadok** vykonaných v súlade s prílohou . 2 zákona . 577/2004 Z.z. v znení neskorších predpisov, ktoré sa uhrádzajú cenou bodu vo výške **0,0385 €** za podmienok pod a tejto tabu ky:

| Kód výkonu | Vek/frekvencia  | Vykazovanie   |
|------------|---|---|
| 149b       | v 15. roku života   | vykazuje sa s kódom choroby Z00.1, nevykazuje sa s výkonmi 1205, 1590   |
| 149c       | akceptácia raz za život   | vykazuje sa s kódom choroby Z00.1, poskytovateľ nemôže vykáza výkon 149b a následne 149c  |
| 149d       | v 17. roku života, ďalšie preventívne prehliadky sa vykonávajú raz za 2 roky                      | vykazuje sa s kódom choroby Z00.1, môže sa vykáza s výkonom 159b a 3671   |
| 159b       | vo veku 17 alebo 18 rokov a vo veku nad 40 rokov raz za dva roky u darcov krvi raz za 12 mesiacov | vykazuje sa s kódom choroby Z00.1, Z00.0 alebo Z52.0 u darcov krvi, môže sa vykáza s výkonom 160  |
| 160        | po dov šení 18. roku života raz za dva roky, u darcov krvi raz za 12 mesiacov                     | vykazuje sa s kódom choroby Z00.0 alebo Z52.0 u darcov krvi, môže sa vykazova s výkonom 5702 u poistencov, ktorí dov šili 40 rokov veku, ak ho poskytovateľ sám urobil a vyhodnotil |
| 3671       | raz za dva roky, u darcov krvi raz za 12 mesiacov   | vykazuje sa s kódom choroby Z00.1, Z00.0 alebo Z52.0 u darcov krvi, môže sa vykáza s výkonom 160  |

c) **zdravotných výkonov preventívnych prehliadok** vykonaných v súlade s prílohou . 2 zákona . 577/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov a Odborným usmernením Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky pre realizáciu programu skríningu kolorektálneho karcinómu ú iným od 1.1.2012, ktoré sa uhrádzajú osobitnou cenou pod a tejto tabu ky:

| Kód výkonu | Vykazovanie/výsledok   | Úhrada   |
|------------|--|--|
| 159a*/     | vykazuje sa pri <b>pozitívnom</b> výsledku s kódom choroby Z00.0           | cena za výkon <b>6,04 €</b> zah a aj náklady na štandardizovaný test na okultné krvácanie v stolici (TOKS) |
| 159z*/     | vykazuje sa pri <b>negatívnom</b> výsledku s kódom choroby Z00.0           |  |
| 159x*/     | vykazuje sa pri <b>neznámom/ znehodnotenom teste</b> s kódom choroby Z00.0 | cena za výkon <b>2,01 €</b> zah a aj náklady na štandardizovaný test na TOKS                               |

Vysvetlivky: \*/ Zdravotný výkon sa uhrádza u poistencov vo veku nad 40 rokov raz za dva roky.

d) **zdravotných výkonov o kovaní**, ktoré sa uhrádzajú v cenách pod a tejto tabu ky:

| Kód výkonu | Špecifikácia podmienok úhrady  | Cena bodu v € |
|------------|--|---------------|
| 252b       | pri o kovaní proti chrípke sa vykazuje s kódom choroby Z25.1   | 0,0482        |
| 252b       | pri povinnom o kovaní proti diftérii a tetanu sa vykazuje s kódom choroby Z00.0  | 0,0266        |
|            | pri o kovaní proti vírusovej hepatitíde typu A*/ sa vykazuje s kódom choroby Z20.5   |               |
|            | pri o kovaní proti vírusovej hepatitíde typu A + B*/ sa vykazuje s kódom choroby Z24.6, výkon o kovania môže by poskytnutý len poistencovi, ktorý nebol o kovaný proti vírusovej hepatitíde typu A alebo B |               |
|            | pri o kovaní proti meningokokovej meningitíde*/ sa vykazuje s kódom choroby Z20.8  |               |
|            | pri o kovaní proti klieš ovej encefalitíde sa vykazuje s kódom choroby Z24.1   |               |
| 252b       | pri o kovaní proti pneumokokom*/ sa vykazuje s kódom Z23.8 v zmysle indika ných obmedzení  | 0,0266        |
|            | pri o kovaní proti HPV u diev at a chlapcov d om 15. roku života až do dov šenia 16 roku života, vykazuje sa s kódom Z25.8 (s platnos ou do 31.12.2014)  |               |

Vysvetlivky: \*/ § 12 zákona . 355/2007 Z.z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

e) **zdravotných výkonov .: 4, 5, 6, 25, 26, 29, 30, 40, 41 a 64 súvisiacich s návštevou alebo poskytnutých po as návštevy** imobilného poistenca alebo poistenca s podozrením na vysoko infek né ochorenie, ktorý sa nemôže dostavi do ambulancie poskytovate a, vykonaných najmä v súvislosti s potrebou poskytnutia neodkladnej zdravotnej starostlivosti. Zdravotná pois ov a uvedené zdravotné výkony uhrádza v cenách pod a nižšie uvedenej tabu ky. Vyžaduje sa asový údaj o vyžiadaní a vykonaní návštevy a záznam v zdravotnej dokumentácii poistenca.

| Kód výkonu | Poznámka  | Cena bodu v € |
|------------|---|---------------|
| 25         | návšteva poistenca v pracovnom ase poskytovate a              | 0,0237        |
| 26         | návšteva poistenca mimo riadneho pracovného asu poskytovate a |               |

|           |   |               |
|-----------|---|---------------|
| <b>29</b> | návšteva poistenca v noci vyžiadaná a vykonaná medzi 22.00 a 7.00 hodinou   |               |
| <b>4</b>  | štandardné vyšetrenie jedného orgánového systému<br>vykazuje sa s výkonom 25 alebo s výkonom 26<br>môže sa vykázať aj pri povinnom očkovaní proti diftérii a tetanu, pri očkovaní proti vírusovej hepatitíde typu A, proti vírusovej hepatitíde typu A + B, proti meningokokovej meningitíde, proti kliešovej encefalitíde a proti pneumokokom<br>vykazuje sa s výkonom 25, s výkonom 252b a s príslušným kódom choroby | <b>0,0150</b> |
| <b>5</b>  | štandardné vyšetrenie jedného orgánového systému cez deň v sobotu, v nedeľu a v deň pracovného pokoja<br>môže sa vykázať s výkonom 26 a s výkonom 30  |               |
| <b>6</b>  | štandardné vyšetrenie jedného orgánového systému medzi 19.00 hod. a 7.00 hod.<br>môže sa vykázať s výkonom 26 alebo 29 a s výkonom 30   |               |
| <b>30</b> | príplatok k výkonu 26 a 29 za vyžiadanú a vykonanú návštevu v sobotu, nedeľu a v deň pracovného pokoja  |               |
| <b>40</b> | zotrúvanie poskytovateľa a pri poistencovi mimo ambulancie cez deň (za každú zaatú polhodinu), najmä v súvislosti s potrebou jeho zotrúvania do príchodu záchranej zdravotnej služby zabezpečujúcej prevoz poistenca do ústavnej zdravotnej starostlivosti; vyžaduje sa odôvodnenie v zdravotnej dokumentácii poistenca   |               |
| <b>41</b> | zotrúvanie poskytovateľa a pri poistencovi mimo ambulancie v noci medzi 20.00 a 7.00 hodinou (za každú zaatú polhodinu), najmä v súvislosti s potrebou jeho zotrúvania do príchodu záchranej zdravotnej služby zabezpečujúcej prevoz poistenca do ústavnej zdravotnej starostlivosti; vyžaduje sa odôvodnenie v zdravotnej dokumentácii poistenca   |               |
| <b>64</b> | príplatok pri sáženom výkone vyšetrenia / ošetrenia ažko mobilného, imobilného, mentálne postihnutého, dementného, zrakového alebo sluchového postihnutého poistenca pri výkonoch 4, 5 a 6  |               |

S vyššie uvedenými výkonmi je v rámci návštevy poistenca možné vykazovať aj zdravotné výkony : 200, 204, 206, 207, 210, 212, 250a, 250b, 250c, 252, 253, 261, 265, 271, 272, 289, 294, 295, 298, 299a, 299b, 320, 321, 323, 326, 332, 1275, 1402, 2000, 2003, 2011 a 2011a v súlade so zoznamom výkonov, pokiaľ ich neposkytuje agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti alebo sestra s licenciou na výkon samostatnej zdravotníckej praxe alebo iný poskytovateľ zdravotnej starostlivosti poskytujúci ambulantnú starostlivosť. Podmienkou úhrady výkonov podľa tohto písmena je, že neodkladná zdravotná starostlivosť nebude v rovnakom čase v jeden deň vykázaná zdravotnou poisovníckou lekárskou službou prvej pomoci.

**f) zdravotných výkonov spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek (alebo len „SVLZ“), ktoré sa uhrádzajú v cenách podľa tejto tabuľky:**

| Spôsob úhrady | Špecifikácia podmienok úhrady  | Výška úhrady v € |
|---------------|--|------------------|
| cena bodu     | výkon SVLZ prístrojový za EKG vyšetrenie (kód 5702), ak ho poskytovateľ sám vykonal a vyhodnotil | <b>0,0076</b>    |
|               | výkon 4571a C - reaktívny proteín, ak ho poskytovateľ sám urobil a vyhodnotil (380 bodov)        | <b>0,0116</b>    |

4. Zdravotné výkony pri poskytnutí neodkladnej zdravotnej starostlivosti poistencom zdravotnou poisovnícou sa uhrádzajú v cene bodu vo výške **0,0150 €**. Výkony SVLZ (iné ako prístrojové) pri poskytnutí neodkladnej zdravotnej starostlivosti sa uhrádzajú v cene bodu vo výške **0,0073 €**.

5. Dohodnutý rozsah úhrady zdravotných výkonov uhrádzaných cenou bodu podľa bodu 4 písm. b), d), e) a f) a bodu 5 tejto prílohy je určený súčinnom cenou bodu a bodovej hodnoty zdravotného výkonu podľa zoznamu zdravotných výkonov za každý medicínsky indikovaný, správne vykázaný a zdravotnou poisovnícou uznaný zdravotný výkon.

## II. Všeobecná ambulantná zdravotná starostlivosť o deti a dorast

1. Poskytovateľ :

a) zasiela kópiu prvopisu dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s poistencom zdravotnou poisovnícou (alebo len „kapitovaný poistenec“) na jej vyžiadanie v prípade, ak v jednom kalendárnom mesiaci budú fakturovať kapitálnu platbu na tohto istého poistenca dvaja a viacerí poskytovatelia. Zdravotná poisovníca je oprávnená vyžiadať kópie prvopisu dohody podľa tohto bodu písomne, telefonicky, faxom alebo e-mailom. Za účelom prípadného doriešenia kolízie podľa tohto bodu je zdravotná poisovníca oprávnená vyžiadať preukázanie odstúpenia od dohody poistencom a vyžiadanie (odovzdanie) zdravotnej dokumentácie poistenca zo strany toho poskytovateľa, ktorý uzavrel s poistencom novú dohodu,

b) zasiela k termínu 30. jún a 31. december príslušného kalendárneho roka hlásenie o počte kapitovaných poistencov zdravotnou poisovnícou v elektronickej podobe v dátovom rozhraní určenom metodickým usmernením vydaným Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou,

c) má nárok na úhradu kapitálnej platby aj spätne, ak poistenec alebo jeho zákonný zástupca neohlásil poskytovateľovi zmenu zdravotnej poisťovne; nárok na spätnú úhradu kapitálnej platby za kapitovaného poistenca, ktorého opomenul vykázať má iba v tom prípade, ak zdravotná poisťovňa v období, za ktoré si tento poistenca spätne vykazuje, neuhradila kapitálnu platbu inému poskytovateľovi,

d) má nárok, aby zdravotná poisťovňa a vykonala porovnanie kapitálneho stavu poistencov poskytovateľovi a oznámila výsledok poskytovateľovi na základe údajov poskytnutých poskytovateľom podľa písm. b) tohto bodu a informovala poskytovateľa o skutočnom počte kapitovaných poistencov u poskytovateľa, evidovaných v informačnom systéme zdravotnej poisťovne,

e) je oprávnený vykázať preventívnu prehliadku (bod 3 písm. b) tejto časti prílohy) s vykázaním výkonu 25 u imobilných poistencov alebo z dôvodu iného závažného dlhodobého zdravotného postihnutia poistenca. O uvedenej skutočnosti nositeľ vykoná poskytovateľovi záznam v zdravotnej dokumentácii poistenca,

f) je oprávnený na vykázanie vykonania povinného odvolania a vykonania odvolania na základe rozhodnutia regionálneho úradu verejného zdravotníctva alebo Úradu verejného zdravotníctva SR (bod 3 písm. c) tejto časti prílohy) s vykázaním kombinácie výkonov 25 a 4 u poistencov, ktorí dlhodobo odmietajú dostaviť sa do ambulancie poskytovateľa za účelom vykonania odvolania. O uvedenej skutočnosti nositeľ vykoná poskytovateľovi záznam v zdravotnej dokumentácii poistenca,

g) upozorní zákonného zástupcu poistenca zdravotnej poisťovne v predškolskom veku na potrebu absolvovania stomatologických preventívnych prehliadok poistencom, o ktorých vykoná záznam v zdravotnej dokumentácii poistenca,

h) pri vystavovaní odporúčania na poskytnutie špecializovanej zdravotnej starostlivosti a ústavnej starostlivosti uhrádzanej zo zdrojov verejného zdravotného poistenia v odporúčaní uvádza epikrízu, priebeh ochorenia, výsledky doteraz vykonaných vyšetrení, ktoré súvisia s ochorením (ak boli vykonané), odôvodnenie odoslania poistenca a požiadavku na vyšetrenie poistenca. Pri vystavovaní žiadanky na poskytnutie zdravotných výkonov SVLZ uvádza na žiadanke aj diagnózu; ak poskytovateľ žiada o vykonanie zdravotných výkonov SVLZ v rámci preventívnej zdravotnej starostlivosti, uvedie aj uvedenú skutočnosť výslovne na žiadanke,

i) pri vykazovaní úhrady poskytnutej zdravotnej starostlivosti kódy chorôb podľa MKCH-10-SK-2013 uvádza v troj až päť miestnom tvare bez použitia bodky alebo iného interpunkčného znamienka; kódy chorôb v tejto prílohe sú uvedené v tvare podľa MKCH-10-SK-2013/ (ale len „kód choroby“).

2. Výkony zdravotnej starostlivosti poskytnuté kapitovanému poistencovi zdravotnej poisťovne sa uhrádzajú mesačne za jedného poistenca zdravotnej poisťovne takto:

| Spôsob úhrady | Špecifikácia podmienok úhrady                      | Výška kapitácie v € |
|---------------|--|---------------------|
| kapitácia     | poistenec do veku 1 roka života                    | 5,75                |
| kapitácia     | poistenec do veku od 1 do 5 rokov života vrátane   | 4,46                |
| kapitácia     | poistenec vo veku od 6 do 14 rokov života vrátane  | 3,10                |
| kapitácia     | poistenec vo veku od 15 do 18 rokov života vrátane | 2,13                |
| kapitácia     | poistenec vo veku od 19 do 28 rokov života vrátane | 2,03                |

3. Cena kapitácie podľa bodu 2 tejto prílohy nezahŕňa úhradu:

a) liekov zaradených v zozname kategorizovaných liekov, ktoré sú predpísané a použité v súlade s preskripciou s obmedzeniami, indikačnými obmedzeniami a obmedzeniami úhrady zdravotnej poisťovne na jej predchádzajúci súhlas, označené v špecii „spôsob úhrady“ písmenom A a AS<sup>2</sup>,

b) zdravotných výkonov preventívnych prehliadok vykonaných v súlade s prílohou 2 zákona č. 577/2004 Z.z. v znení neskorších predpisov, ktoré sa uhrádzajú cenou bodu vo výške 0,0385 € za podmienok podľa tejto tabuľky:

| Kód výkonu | Vekové rozhranie pre IS  | Vykazuje sa s kódom choroby Z00.1, pokiaľ nie je uvedené inak      |
|------------|--|--|
| 142        | 1.– 4. týždeň, vykonáva sa v domácom prostredí do 48 hodín po prepustení novorodenca z nemocnice alebo pôrodnice | nevykazuje sa s výkonom 950, môže sa vykázať s výkonom 25          |
| 143        | 2. – 5. týždeň   | nevykazuje sa s výkonmi 950, 1205 a 1590                           |
| 143a       | 5. – 8. týždeň   | nevykazuje sa s výkonmi 950, 1205 a 1590                           |
| 144        | 8. – 11. týždeň  | nevykazuje sa s výkonmi 950, 1205 a 1590                           |
| 145        | 3. – 5. mesiac   | môže sa vykázať s výkonom 950, nevykazuje sa s výkonmi 1205 a 1590 |
| 145a       | 5. – 7. mesiac   | môže sa vykázať s výkonom 950, nevykazuje sa s výkonmi 1205 a 1590 |
| 146        | 7. – 9. mesiac   | môže sa vykázať s výkonom 950, nevykazuje sa s výkonmi 1205 a 1590 |

<sup>2</sup> Zákon č. 363/2011 Z.z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov.



|      |  |  |
|------|--|--|
| 146a | 9. – 11. mesiac  | môže sa vykáza s výkonom 950,<br>nevykazuje sa s výkonmi 1205 a 1590   |
| 146b | 11.-13. mesiac   | môže sa vykáza s výkonom 950,<br>nevykazuje sa s výkonmi 1205 a 1590   |
| 146c | 13. - 24. mesiac   | môže sa vykáza s výkonom 950,<br>nevykazuje sa s výkonmi 1205 a 1590   |
| 148  | 25. – 48. mesiac   | môže sa vykáza s výkonom 953,<br>nevykazuje sa s výkonmi 950, 1205 a 1590  |
| 148a | 49. – 60. mesiac   | môže sa vykáza s výkonom 953,<br>nevykazuje sa s výkonmi 950, 1205 a 1591  |
| 148b | 61. – 84. mesiac,<br>v 6. alebo 7. roku života, ak poistenec nenastúpil školskú dochádzku  | nevykazuje sa s výkonmi 1205, 1590   |
| 148c | 97. - 120. mesiac  | nevykazuje sa s výkonmi 1205, 1590   |
| 149  | 121. – 144. mesiac   | môže sa vykáza s výkonmi 159b a 3671,<br>nevykazuje sa s výkonmi 1205, 1590  |
| 149a | 145. – 168. mesiac   | nevykazuje sa s výkonmi 1205, 1590, 950 až 952   |
| 149b | 169.- 192 mesiac   | nevykazuje sa s výkonmi 1205, 1590   |
| 149c | akceptácia raz za život,<br>vstupná prehliadka žiakov stredných škôl sa vykazuje pri zmene poskytovate a   | poskytovate nemôže vykáza výkon 149b<br>a následne 149c  |
| 149d | v 17. roku života, alšie preventívne prehliadky sa vykonávajú raz za 2 roky  | môže sa vykáza s výkonom 159b a 3671   |
| 149f | vykonáva sa po as trvania zdravotného postihnutia die a a,<br>vykazuje sa raz za dvanás mesiacov po vykonaní predchádzajúcej prehliadky  | nevykazuje sa s výkonmi 1205, 1590, 950 až 952, nevykazuje sa sú asne s výkonmi 148, 148a, 148b, 148c, 149, 149a, 149b, 149d |
| 159b | pri preventívnom zis ovaní celkového cholesterolu v krvi v 11. roku života,<br>pri preventívnom zis ovaní celkového cholesterolu a triacylglycerolov v 17 alebo 18 roku života | môže sa vykáza s výkonom 149 a 149d  |
| 160  | po dov šení 18. roku života raz za dva roky,<br>u darcov krvi raz za 12 mesiacov   | vykazuje sa s kódom choroby Z00.0 alebo Z52.0 u darcov krvi  |
| 950  | akceptuje sa ako sú as vyššie uvedených preventívnych prehliadok   | môže sa vykáza s výkonmi 145, 145a, 146, 146a, 146b a 146c   |
| 953  | akceptuje sa ako sú as vyššie uvedených preventívnych prehliadok   | nemôže sa vykáza s výkonom 1531  |
| 3671 | preventívne zis ovanie cukru v krvi,<br>v 11. a v 17. roku života, po dov šení 18 roku raz za dva roky,<br>u darcov krvi raz za 12 mesiacov                                    | vykazuje sa s kódom choroby Z00.0, Z00.1 alebo Z52.0 u darcov krvi,<br>môže sa vykáza s výkonom 149 alebo 149d               |

**c) zdravotných výkonov o kovaní, ktoré sa uhrádzajú v cenách pod a tejto tabu ky:**

| Kód výkonu | Špecifikácia podmienok úhrady  | Cena bodu v € |
|------------|--|---------------|
| 252a       | pri o kovaní proti rotavírusom sa vykazuje s kódom choroby Z26.8   | 0,0266        |
| 252b       | pri o kovaní proti chrípke sa vykazuje s kódom choroby Z25.1   | 0,0482        |
| 252b       | pri povinnom o kovaní vrátane povinného o kovania proti diftérii a tetanu a povinného o kovania proti pneumokokom sa vykazuje s kódom choroby Z00.1,<br>pri odporú anom o kovaní proti pneumokokom*/ sa vykazuje s kódom choroby Z23.8 | 0,0266        |
|            | pri o kovaní proti vírusovej hepatitíde typu A**/ sa vykazuje s kódom choroby Z20.5  |               |
|            | pri o kovaní proti vírusovej hepatitíde typu A + B**/ sa vykazuje s kódom choroby Z24.6  |               |
|            | môže by poskytnutý len poistencovi, ktorý nebol o kovaný proti vírusovej hepatitíde typu A alebo B   |               |
|            | pri o kovaní proti meningokokovej meningitíde**/ sa vykazuje s kódom choroby Z20.8   |               |
|            | pri o kovaní proti varicelle sa vykazuje s kódom choroby Z26.8   |               |

|  |   |  |
|--|---|--|
|  | pri o kovaní proti kliešovej encefalitíde sa vykazuje s kódom choroby Z24.1   |  |
|  | pri o kovaní proti HPV u dievčat a chlapcov od 13. roku života až do dovšenia 16 roku života vykazuje sa s kódom choroby Z25.8 (s platnosťou do 31.12.2014) |  |

Vysvetlivky:

\*/ platí u poistencov nad 15 rokov

\*\*/ § 12 zákona č. 355/2007 Z.z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

d) **zdravotných výkonov** : 4, 5, 6, 25, 26, 29, 30, 40, 41, 67 a 140 súvisiacich s návštevou alebo poskytnutých počas návštevy imobilného poistenca alebo poistenca s podozrením na vysoko infekčné ochorenie, ktorý sa nemôže dostaviť do ambulancie poskytovateľa, vykonaných najmä v súvislosti s potrebou poskytnutia neodkladnej zdravotnej starostlivosti. Zdravotná poisťovňa a uvedené zdravotné výkony uhrádza v cenách podľa nižšie uvedenej tabuľky. Vyžaduje sa osobný údaj o vyžiadaní a vykonaní návštevy a záznam v zdravotnej dokumentácii poistenca.

| Kód výkonu | Poznámka  | Cena bodu v € |
|------------|---|---------------|
| 25         | návšteva poistenca v pracovnom priestore poskytovateľa  | 0,0237        |
| 26         | návšteva poistenca mimo riadneho pracovného priestoru poskytovateľa   |               |
| 29         | návšteva poistenca v noci vyžiadaná a vykonaná medzi 22.00 a 7.00 hodinou   |               |
| 4          | štandardné vyšetrenie jedného orgánového systému vykazuje sa s výkonom 25 alebo s výkonom 26<br>môže sa vykonať aj pri povinnom očkovaní vrátane povinného očkovania proti diftérii a tetanu a povinného očkovania proti pneumokokom, pri očkovaní proti vírusovej hepatitíde typu A, proti vírusovej hepatitíde typu A a B, proti meningokokovej meningitíde, proti varicеле, proti kliešovej encefalitíde a proti rotavírusom<br>vykazuje sa s výkonom 25, s výkonom 252a alebo 252b a s príslušným kódom choroby | 0,0150        |
| 5          | štandardné vyšetrenie jedného orgánového systému cez deň v sobotu, v nedeľu a v deň pracovného pokoja<br>môže sa vykonať s výkonom 26 a s výkonom 30  | 0,0150        |
| 6          | štandardné vyšetrenie jedného orgánového systému medzi 19.00 hod. a 7.00 hod.<br>môže sa vykonať s výkonom 26 alebo 29 a s výkonom 30   |               |
| 30         | príplatok k výkonu 26 a 29 za vyžiadajúcu a vykonávanú návštevu v sobotu, nedeľu a v deň pracovného pokoja  |               |
| 40         | zotrvávanie poskytovateľa pri poistencovi mimo ambulancie cez deň (za každú zaobuhodinu), najmä v súvislosti s potrebou jeho zotrvania do príchodu záchranej zdravotnej služby zabezpečujúcej prevoz poistenca do ústavnej zdravotnej starostlivosti; vyžaduje sa odôvodnenie v zdravotnej dokumentácii poistenca   | 0,0150        |
| 41         | zotrvávanie poskytovateľa pri poistencovi mimo ambulancie v noci medzi 20.00 a 7.00 hodinou (za každú zaobuhodinu), najmä v súvislosti s potrebou jeho zotrvania do príchodu záchranej zdravotnej služby zabezpečujúcej prevoz poistenca do ústavnej zdravotnej starostlivosti; vyžaduje sa odôvodnenie v zdravotnej dokumentácii poistenca   |               |
| 67         | príplatok pri výkonoch – odber krvi, injekcie, infúzie, infiltrácie, odobratie sterov, pri výkone očkovaní u dieťaťa a do veku piatich rokov. Môže sa vykonať s výkonom 25, 26 alebo 29   |               |
| 140        | prvé vyšetrenie novorodenca po pôrode. Môže sa vykonávať pri ambulantnom pôrode. Môže sa vykonať s výkonom 25   |               |

S uvedenými výkonmi v rámci návštevy poistenca je možné vykonávať zdravotné výkony : 200, 204, 206, 207, 210, 212, 250a, 250b, 250c, 252, 253, 261, 265, 271, 272, 289, 294, 295, 298, 299a, 299b, 320, 321, 323, 326, 332, 1275, 1402, 2000, 2003, 2011 a 2011a v súlade so zoznamom výkonov, pokiaľ ich neposkytuje agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti alebo sestra s licenciou na výkon samostatnej zdravotníckej praxe alebo iný poskytovateľ zdravotnej starostlivosti poskytujúci ambulantnú starostlivosť. Podmienkou úhrady výkonov podľa tabuľky tohto písmena je, že neodkladná zdravotná starostlivosť nebude v rovnakom priestore v jeden deň vykázaná zdravotnej poisťovni lekárskou službou prvej pomoci.

e) zdravotného výkonu spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek (okrem len „SVLZ“), kód výkonu 4571a C reaktívny proteín [ak ho poskytovateľ sám urobil a vyhodnotil (380 bodov)], ktorý sa uhrádza v cene bodu vo výške 0,0116 €

5. Zdravotné výkony pri poskytnutí neodkladnej zdravotnej starostlivosti poistencom zdravotnej poisťovne sa uhrádzajú v cene bodu vo výške **0,0150 €**. Výkony SVLZ (iné ako prístrojové) pri poskytnutí neodkladnej zdravotnej starostlivosti sa uhrádzajú v cene bodu vo výške **0,0073 €**

6. Dohodnutý rozsah úhrady zdravotných výkonov uhrádzaných cenou bodu podľa bodu 4 písm. b), c), d) a e) a bodu 5 tejto prílohy je určený súčinnou cenou bodu a bodovej hodnoty zdravotného výkonu podľa zoznamu zdravotných výkonov za každý medicínsky indikovaný, správne vykázaný a zdravotnou poisťovňou uznaný zdravotný výkon.

### III. Špecializovaná ambulantná zdravotná starostlivosť

1. Poskytovateľ a zdravotná poisťovňa sa dohodli, že zdravotné výkony poskytovanej zdravotnej starostlivosti sa uhrádzajú takto:

a) zdravotné výkony poskytovanej zdravotnej starostlivosti vykázané poskytovateľom v súlade s nariadením vlády Slovenskej republiky č. 776/2004 Z. z., ktorým sa vydáva Katalóg zdravotných výkonov v znení neskorších predpisov sa ohodnocujú podľa bodov pod a „Zoznamu zdravotných výkonov a ich bodových hodnôt“ (alej len „zoznam výkonov“), ktorý tvorí prílohu nariadenia vlády SR č. 226/2005 Z.z. o výške úhrady za zdravotnú starostlivosť, ktorú uhrádza zdravotná poisťovňa a poskytovateľovi lekárskej služby prvej pomoci,

b) rozsah úhrady, ktorý uhradí zdravotná poisťovňa a poskytovateľovi predstavuje súčet bodov za zdravotný výkon podľa písmena a) tohto bodu a dohodnutej ceny bodu uvedenej v bodoch 2 a 3 tejto časti prílohy za všetky medicínsky indikované zdravotné výkony vykázané zdravotnej poisťovni a zdravotnou poisťovňou uznané zdravotné výkony,

c) zdravotný výkon, ktorý nemá v zozname výkonov určenú bodovú hodnotu, môže zdravotná poisťovňa a uhradí poskytovateľovi len s jej predchádzajúcim písomným súhlasom a to najviac vo výške preukázateľných nákladov spojených s jeho poskytnutím,

d) do rozsahu podľa písmena b) a c) tohto bodu sa nezapočítavajú náklady na lieky plne alebo čiastočne neuhrádzané na základe verejného zdravotného poistenia zaradené do Zoznamu kategorizovaných liekov, označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“ a „AS“<sup>3</sup> / a transfúzne lieky.

2. Poskytovateľ pri vykazovaní úhrady špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti (alej len „ŠAS“) uvádza kódy chorôb podľa MKCH-10-SK-2013 v troj až päť miestnom tvare bez použitia bodky alebo iného interpunkčného znamienka.

3. Zdravotné výkony špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti (alej len „ŠAS“) podľa tejto časti prílohy sa uhrádzajú cenou bodu vo výške **0,0193 €** s výnimkou zdravotnej starostlivosti uvedenej v bodoch 4 až 6.

4. Osobitne sa cenou bodu vo výške **0,0237 €** uhrádzajú výkony ústavnej pohotovostnej služby a centrálnemu príjmu.

5. Osobitne sa cenou bodu vo výške **0,0073 €** uhrádzajú výkony spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek (alej len „SVLZ“) a výkony SVLZ prístrojové<sup>4</sup>, poskytnuté na ambulancii ŠAS, okrem výkonov 5330, 5331, 5332.

6. Výkony SVLZ prístrojové, poskytnuté na ambulancii ŠAS 5330, 5331, 5332 sa uhrádzajú cenou bodu vo výške **0,0055 €**

#### A. Špecializovaná ambulantná zdravotná starostlivosť v špecializačnom odbore vnútorné lekárstvo

Zdravotné výkony poskytovanej zdravotnej starostlivosti v špecializačnom odbore vnútorné lekárstvo sa uhrádzajú podľa podmienok uvedených v bodoch 1 až 6 časti Špecializovaná ambulantná starostlivosť.

Osobitne sa cenou bodu vo výške **0,0385 €** uhrádzajú zdravotné výkony preventívnych prehliadok vykonaných v rámci skríningu rakoviny konečníka a hrubého čreva podľa prílohy č. 2 k zákonu 577/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov poskytované **zaradenému** do programu skríningu kolorektálneho karcinómu v zmysle Odborného usmernenia Ministerstva zdravotníctva SR pre realizáciu programu skríningu kolorektálneho karcinómu<sup>1</sup> účinného od 1. januára 2012 za podmienok podľa tejto tabuľky:

| Kód výkonu     | Vykazovanie / výsledok  | Vek / frekvencia                      | Počet bodov / vyšetrenie |
|----------------|---|---------------------------------------|--------------------------|
| 760sp<br>760pp | vykazuje sa v prípade <b>pozitívneho</b> nálezu s kódom choroby Z01.9 | vo veku nad 50 rokov, raz za 10 rokov | <b>1 350</b>             |
| 760sn<br>760pn | vykazuje sa v prípade <b>negatívneho</b> nálezu s kódom choroby Z01.9 |                                       |                          |
| 763sp<br>763pp | vykazuje sa v prípade <b>pozitívneho</b> nálezu s kódom choroby Z01.9 | vo veku nad 50 rokov, raz za 10 rokov | <b>2 369</b>             |
| 763sn<br>763pn | vykazuje sa v prípade <b>negatívneho</b> nálezu s kódom choroby Z01.9 |                                       |                          |

Vysvetlivky: <sup>1</sup>/ Zoznam endoskopických pracovísk a zoznam špecialistov oprávnených na výkon skríningu kolorektálneho karcinómu je zverejnený na [www.health.gov.sk](http://www.health.gov.sk).

#### B. Špecializovaná ambulantná zdravotná starostlivosť v špecializačnom odbore chirurgia

Zdravotné výkony poskytovanej zdravotnej starostlivosti v špecializačnom odbore chirurgia sa uhrádzajú podľa podmienok uvedených v bodoch 1 až 5 časti Špecializovaná ambulantná starostlivosť.

<sup>3</sup> Zákon č. 363/2011 Z.z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov

<sup>4</sup> Výkon SVLZ prístrojový sa uhrádza u poskytovateľa, ktorý spĺňa odborné predpoklady na vykonávanie a vyhodnocovanie príslušných vyšetrení (špecializácia alebo certifikát), vlastní alebo má prenájatý príslušný prístroj, prístroj má platný certifikát (vyhlásenie o zhode) a zdravotná poisťovňa súhlasila s uhrádzaním výkonov uvedených v prílohe č. 3 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

Osobitne sa cenou bodu vo výške **0,0385 €** uhrádzajú zdravotné výkony preventívnych prehliadok vykonaných v rámci skríningu rakoviny kone níka a hrubého reva pod a prílohy . 2 k zákonu 577/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov poskytované ovi **zaradenému** do programu skríningu kolorektálneho karcinómu v zmysle Odborného usmernenia Ministerstva zdravotníctva SR pre realizáciu programu skríningu kolorektálneho karcinómu\*/ ú inného od 1.januára 2012 za podmienok pod a tejto tabu ky:

| Kód výkonu                   | Vykazovanie / výsledok  | Vek / frekvencia                      | Po et bodov / vyšetrenie |
|------------------------------|---|---------------------------------------|--------------------------|
| <b>760sp</b><br><b>760pp</b> | vykazuje sa v prípade <b>pozitívneho</b> nálezu s kódom choroby Z01.9 | vo veku nad 50 rokov, raz za 10 rokov | <b>1 350</b>             |
| <b>760sn</b><br><b>760pn</b> | vykazuje sa v prípade <b>negatívneho</b> nálezu s kódom choroby Z01.9 |                                       |                          |
| <b>763sp</b><br><b>763pp</b> | vykazuje sa v prípade <b>pozitívneho</b> nálezu s kódom choroby Z01.9 | vo veku nad 50 rokov, raz za 10 rokov | <b>2 369</b>             |
| <b>763sn</b><br><b>763pn</b> | vykazuje sa v prípade <b>negatívneho</b> nálezu s kódom choroby Z01.9 |                                       |                          |

Vysvetlivky: \*/ Zoznam endoskopických pracovísk a zoznam špecialistov oprávnených na výkon skríningu kolorektálneho karcinómu je zverejnený na [www.health.gov.sk](http://www.health.gov.sk).

### C. Špecializovaná ambulantná zdravotná starostlivosť v špecializa nom odbore gastroenterológia

Zdravotné výkony poskytovanej zdravotnej starostlivosti v špecializa nom odbore gastroenterológia sa uhrádzajú pod a podmienok uvedených v bodoch 1 až 5 asti Špecializovaná ambulantná starostlivosť .

Osobitne sa cenou bodu vo výške **0,0385 €** uhrádzajú zdravotné výkony preventívnych gastroenterologických prehliadok pod a prílohy . 2 k zákonu 577/2004 Z. z., v znení neskorších predpisov

a) poskytované ovi **zaradenému** do programu skríningu kolorektálneho karcinómu v zmysle Odborného usmernenia Ministerstva zdravotníctva SR pre realizáciu programu skríningu kolorektálneho karcinómu\*/, ktoré nadobudlo ú innos 1. januára 2012 ( alej len „program skríningu kolorektálneho karcinómu“), pod a tejto tabu ky:

| Kód výkonu                   | Vykazovanie / výsledok  | Vek / frekvencia                      | Po et bodov / vyšetrenie |
|------------------------------|---|---------------------------------------|--------------------------|
| <b>760sp</b><br><b>760pp</b> | vykazuje sa v prípade <b>pozitívneho</b> nálezu s kódom choroby Z01.9 | vo veku nad 50 rokov, raz za 10 rokov | <b>1 350</b>             |
| <b>760sn</b><br><b>760pn</b> | vykazuje sa v prípade <b>negatívneho</b> nálezu s kódom choroby Z01.9 |                                       |                          |
| <b>763sp</b><br><b>763pp</b> | vykazuje sa v prípade <b>pozitívneho</b> nálezu s kódom choroby Z01.9 | vo veku nad 50 rokov, raz za 10 rokov | <b>2 369</b>             |
| <b>763sn</b><br><b>763pn</b> | vykazuje sa v prípade <b>negatívneho</b> nálezu s kódom choroby Z01.9 |                                       |                          |

Vysvetlivky: \*/ Zoznam endoskopických pracovísk a zoznam špecialistov oprávnených na výkon skríningu kolorektálneho karcinómu je zverejnený na [www.health.gov.sk](http://www.health.gov.sk).

b) poskytované ovi **nezaradenému** do programu skríningu kolorektálneho karcinómu pod a tejto tabu ky:

| Kód výkonu  | Vykazovanie                       | Vek / frekvencia  | Po et bodov / vyšetrenie |
|-------------|-----------------------------------|---|--------------------------|
| <b>763p</b> | vykazuje sa s kódom choroby Z01.9 | vo veku nad 50 rokov raz za 10 rokov, u osôb so zvýšeným rizikom ochorenia na rakovinu hrubého reva a kone níka bez vekového obmedzenia, pri negativite pri prvej kolonoskopickej prehliadke raz za 5 rokov | <b>2 369</b>             |

### D. Špecializovaná ambulantná zdravotná starostlivosť v špecializa nom odbore oftalmológia

Zdravotné výkony poskytovanej zdravotnej starostlivosti v špecializa nom odbore oftalmológia sa uhrádzajú pod a podmienok uvedených v bodoch 1 až 5 - asti Špecializovaná ambulantná starostlivosť .

Osobitne sa uhrádzajú dolu uvedené zdravotné výkony v špecializa nom odbore oftalmológia pod a tejto tabu ky:

| Spôsob úhrady    | Špecifikácia podmienok úhrady                                       | Výška úhrady v € |
|------------------|---|------------------|
| <b>cena bodu</b> | za zdravotné výkony 1226, 1227, 1240, 1246, 1256 pri poskytnutí ŠAS | <b>0,0200</b>    |

#### IV. Špecializovaná ambulantná zdravotná starostlivosť v špecializačnom odbore gynekológia a pôrodníctvo

##### A) Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore gynekológia a pôrodníctvo

###### 1. Poskytovateľ :

- a) poskytuje zdravotnú starostlivosť poistenke zdravotnej poisovne (alej len „poistenka“) po dovšeni 15-teho roku života na základe písomnej dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti; prvopis dohody je súčasťou zdravotnej dokumentácie a druhopis sa odovzdáva poistenke alebo jej zákonnému zástupcovi. Dohoda, ktorú uzatvorí poistenka s iným poskytovateľom pod a tohto bodu (alej len „nová dohoda“) sa stáva platnou prvým dňom kalendárneho mesiaca nasledujúceho po kalendárnom mesiaci, v ktorom bola nová dohoda podpísaná za podmienky predchádzajúceho preukázateľného (písomného) odstúpenia od dohody poistenkou u predchádzajúceho poskytovateľa,
- b) zasiela kópiu prvopisu dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s poistenkou na vyžiadanie zdravotnej poisovni v prípade, budú fakturovať kapitálnu platbu na tú istú poistenku (alej len „kapitovaná poistenka“) dvaja a viacerí poskytovatelia. Zdravotná poisovňa je oprávnená vyžiadať kópie prvopisu dohody pod a tohto bodu písomne, telefonicky, faxom alebo e-mailom,
- c) zasiela k termínu 30. júna a 31. decembra príslušného kalendárneho roka hlásenie o poskytnutých kapitovaných poistenkách zdravotnej poisovni v elektronickej podobe v dátovom rozhraní určenom metodickým usmernením vydaným Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou,
- d) má nárok na úhradu kapitálnej platby aj spätne, ak poistenka alebo jej zákonný zástupca neohlásil poskytovateľovi zmenu zdravotnej poisovne; nárok na spätnú úhradu kapitálnej platby za kapitovanú poistenku, ktorú opomenul vykázať má iba v tom prípade, ak zdravotná poisovňa v období, za ktoré si túto poistenku spätne vykazuje, neuhradila kapitálnu platbu inému poskytovateľovi,
- e) má nárok, aby zdravotná poisovňa vykonala porovnanie kapitálneho stavu poisteniek poskytovateľa a oznámila výsledok poskytovateľovi na základe údajov poskytnutých poskytovateľom pod a písm. c) tohto bodu a informovala poskytovateľa o skutočnom poskytnutí kapitovaných poisteniek u poskytovateľa evidovaných v informačnom systéme zdravotnej poisovne,
- f) pri vykazovaní úhrady špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti v špecializačnom odbore gynekológia a pôrodníctvo (alej len „ŠAS“) pod a tejto časti prílohy a nasledujúcej časti tejto prílohy uvádza kódy chorôb pod a MKCH-10-SK-2013 v troj až päťmiestnom tvare bez použitia bodky alebo iného interpunkčného znamienka; v tejto a v nasledujúcej časti tejto prílohy sú kódy chorôb uvedené v tvare pod a MKCH-10-SK-2013 (alej len „kód choroby“).

2. Výkony zdravotnej starostlivosti poskytnuté kapitovanej poistenke zdravotnej poisovne sa uhrádzajú mesačne za jednu poistenku zdravotnej poisovne takto:

| Spôsob úhrady | Výška úhrady v € |
|---------------|------------------|
| kapitácia     | 1,21             |

Kapitácia pod a bodu 2 tejto časti prílohy nezahŕňa úhradu:

- a) liekov zaradených v Zozname kategorizovaných liekov, ktoré sú predpísané a použité v súlade s preskripcími obmedzeniami, indikačnými obmedzeniami a obmedzeniami úhrady zdravotnej poisovne na jej predchádzajúci súhlas, označené v špeciálnom „spôsob úhrady“ písmenom „A“ a „AS“<sup>5</sup>
- b) zdravotných výkonov preventívnych prehliadok vykonaných v súlade s prílohou č. 2 zákona č. 577/2004 Z.z. v znení neskorších predpisov, ktoré sa uhrádzajú cenou bodu vo výške **0,0385 €** za podmienok pod a tejto tabuľky:

| Kód výkonu | Vek / frekvencia  | Vykazovanie   |
|------------|---|---|
| 100        |   | vykazuje sa s kódom choroby Z34.0 alebo Z34.8, môže sa vykázať, ak nie je súčasťou iného výkonu |
| 102        | vykazuje sa po potvrdení gravidity pri prvej návšteve                             | pri fyziologickom tehotenstve sa vykazuje s kódom choroby Z34.0 alebo Z34.8,                    |
| 103*/      | vykazuje sa od druhej návštevy / raz za 28 dní                                    | pri patologickom tehotenstve s kódom choroby Z35.2  |
| 105        | vykazuje sa iba raz v súvislosti so šestonedelím                                  | vykazuje sa s kódom choroby Z01.4   |
| 157        | ženy vo veku od 18 rokov veku alebo od prvého tehotenstva / raz za kalendárny rok | vykazuje sa s kódom choroby Z01.4   |

<sup>5</sup> Zákon č. 363/2011 Z.z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

|            |  |                                   |
|------------|--|-----------------------------------|
| <b>167</b> | skrining rakoviny krčka maternice pre ženy vo veku od 18 do 64 rokov, prvé dva odbery cytológie v ročnom intervale. V prípade negativity týchto dvoch cytologických výsledkov pokračovať v 3-ročnom intervale do veku 64 rokov. Uvedená periodicita platí aj pre poisťovku, u ktorej sa začal skrining aj neskôr ako v 23. roku života. Skrining sa ukončí vo veku 64 rokov, ak budú posledné 3 cytologické nálezy negatívne | vykazuje sa s kódom choroby Z01.4 |
|------------|--|-----------------------------------|

**Vysvetlivky:** \*/ Pri rizikovom tehotenstve sa vykazuje uvedená prehliadka pod kódom zdravotného výkonu 63; zdravotný výkon 63 sa neuhrádza ako preventívna prehliadka nad rámec kapitácie pod a bodu 3 písm. b) tejto časti prílohy.

c) zdravotných výkonov spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek (alež len „SVLZ“) poskytnutých pri poskytovaní zdravotných výkonov na ambulanciách ŠAS, ktoré sa uhrádzajú v cenách pod a tejto tabuľky:

| Spôsob úhrady    | Špecifikácia podmienok úhrady   | Výška úhrady v € |
|------------------|---|------------------|
| <b>cena bodu</b> | výkon SVLZ vrátane výkonu SVLZ prístrojový, okrem preventívneho prístrojového výkonu – kód výkonu 108, 118, 5303, 5305 a 5308 | <b>0,0073</b>    |
| <b>cena bodu</b> | výkon SVLZ prístrojový preventívny – kód výkonu 108, 118, 5303, 5305  | <b>0,0266</b>    |
| <b>cena bodu</b> | výkon SVLZ prístrojový preventívny – kód výkonu 5308  | <b>0,0076</b>    |

ca) výkony SVLZ poskytnuté pod a písmena c) tohto bodu sa uhrádzajú u poskytovateľa, ktorý spĺňa odborné predpoklady na vyhodnocovanie príslušných vyšetrení (špecializácia alebo certifikát), vlastní alebo má prenajatý príslušný prístroj a zdravotná poisťovka a súhlasila s uhrádzaním výkonov uvedených v prílohe 3 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti,

cb) výkon 108 sa akceptuje ako preventívny výkon najviac tri razy počas tehotenstva a vykazuje sa pri fyziologickom tehotenstve súasne s kódom choroby Z34.0 alebo Z34.8 a pri patologickom tehotenstve súasne s kódom choroby Z35.2 u kapitovanej poisťovky,

cc) výkon 118 sa akceptuje ako preventívny výkon raz týždenne počas obdobia posledných štyroch týždňov gravidity (maximálne 6x), vykazuje sa súasne s výkonom 103 a s kódom choroby Z34.0, Z34.8 alebo Z35.2 u kapitovanej poisťovky. Úhrada a frekvencia výkonu 103 je uvedená v tabuľke v písm. b) tohto bodu,

cd) výkony 5303 a 5305 sa akceptujú ako preventívne výkony raz za dvanásť mesiacov, vykazujú sa v nadväznosti na výkon 157 a s kódom choroby Z01.4 u kapitovanej poisťovky, výkony 5303 a 5305 sa nevykazujú naraz v rámci vykonania jednej preventívnej prehliadky (výkon 157),

ce) výkony 5303 a 5305 sa akceptujú k úhrade aj bez naviazania na vykonanie preventívnej prehliadky (výkon 157); v tomto prípade sa uhrádzajú cenou bodu vo výške **0,0073 €**,

cf) výkon 5308 sa akceptuje ako preventívny výkon raz za dva roky v intervaloch a vekovom rozmedzí stanovených v skriningu, vykazuje sa súasne s výkonom 157 a kódom choroby Z01.4 u kapitovanej poisťovky,

cg) v prípade, že poskytovateľ nie je oprávnený vykonať výkony SVLZ prístrojové vykonáva, lebo nespĺňa podmienky pod a písm. ca) tohto bodu, zdravotná poisťovka uhradí tieto výkony tomu poskytovateľovi, ktorý tieto podmienky spĺňa, ktorý je zároveň zmluvným poskytovateľom a ktorý bol písomne oznámený zdravotnej poisťovni poskytovateľom,

ci) v prípade, že u poskytovateľa vykonáva SVLZ prístrojové vyšetrenia lekár inej odbornosti ako je gynekológia a pôrodnictvo (napr. rádiológ), poskytovateľ vykazuje vykonané výkony lekárom inej odbornosti pod a tohto bodu pod kódom lekára, ktorý vyšetrenia vykonal. Podmienkou vykazovania pod a tohto bodu je zároveň oprávnenie na vykonávanie činnosti pod a tohto bodu v platnom povolení poskytovateľa a pre príslušnú odbornosť.

5. Zdravotné výkony pri poskytnutí neodkladnej zdravotnej starostlivosti poisťovke zdravotnej poisťovne na ambulancii ŠAS sa uhrádzajú v cene bodu vo výške **0,0166 €** Výkony SVLZ pri poskytnutí neodkladnej zdravotnej starostlivosti na ambulanciách ŠAS sa uhrádzajú cenou bodu vo výške **0,0073 €**

## **B) Špecializovaná ambulantná zdravotná starostlivosť v špecializačnom odbore gynekológia a pôrodnictvo, reprodukčná medicína, materno-fetálna medicína, ultrazvuk v gynekológii a pôrodnictve, mamológia a v certifikovanej pracovnej činnosti mamodiagnostika v gynekológii**

1. Zdravotné výkony poskytovanej zdravotnej starostlivosti sa uhrádzajú takto:

a) zdravotné výkony vykázané poskytovateľom v súlade s nariadením vlády SR č. 776/2004 Z. z., ktorým sa vydáva Katalóg zdravotných výkonov v znení neskorších predpisov sa ohodnocujú podľa bodov pod a Zoznamu zdravotných výkonov a ich bodových hodnôt (alež len „zoznam výkonov“), ktorý tvorí prílohu nariadenia vlády SR č. 226/2005 Z. z., o výške úhrady za zdravotnú starostlivosť, ktorú uhrádza zdravotná poisťovka a poskytovateľovi lekárskej služby prvej pomoci,

b) rozsah úhrady, ktorý uhradí zdravotná poisťovka a poskytovateľovi ŠAS podľa tejto časti prílohy, predstavuje súčin podľa bodov za zdravotný výkon podľa písm. a) tohto bodu a dohodnutej ceny bodu uvedenej v bode 2 a 3 tejto časti prílohy za všetky medicínsky indikované zdravotné výkony vykázané zdravotnej poisťovni a zdravotnou poisťovkou uznané,

c) zdravotný výkon , ktorý nemá v zozname výkonov určenú bodovú hodnotu, môže zdravotná poisťovňa a uhradiť poskytovateľovi len s jej predchádzajúcim súhlasom a to najviac vo výške preukázateľných nákladov spojených s jeho poskytnutím,

d) do rozsahu pod písm. b) a c) tohto bodu sa nezapočítava **úhrada liekov** zaradených v Zozname kategorizovaných liekov, ktoré sú predpísané a použité v súlade s preskripcími obmedzeniami, indikačnými obmedzeniami a obmedzeniami úhrady zdravotnej poisťovne na jej predchádzajúci súhlas, označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“ a „AS“.

2. Zdravotné výkony ŠAS poskytnuté podľa tejto prílohy s výnimkou zdravotnej starostlivosti uvedenej v bode 3 tejto prílohy sa uhrádzajú cenou bodu vo výške **0,0193 €**

3. Osobitne sa uhrádzajú výkony SVLZ poskytnuté pri poskytovaní zdravotných výkonov na ambulanciách ŠAS za podmienok uvedených v tabuľke tohto bodu:

| Spôsob úhrady | Špecifikácia podmienok úhrady   | Výška úhrady v € |
|---------------|---|------------------|
| cena bodu     | výkon SVLZ vrátane výkonu SVLZ prístrojový, okrem preventívneho prístrojového výkonu – kód výkonu 108, 118, 5303, 5305 a 5308 | <b>0,0073</b>    |
| cena bodu     | výkon SVLZ prístrojový preventívny – kód výkonu 108, 118, 5303, 5305  | <b>0,0266</b>    |
| cena bodu     | výkon SVLZ prístrojový preventívny – kód výkonu 5308  | <b>0,0076</b>    |

a) výkony SVLZ poskytnuté podľa tohto bodu sa uhrádzajú u poskytovateľa, ktorý splňa odborné predpoklady na vyhodnocovanie príslušných vyšetrení (špecializácia alebo certifikát), vlastní alebo má prenajatý príslušný prístroj a zdravotná poisťovňa súhlasila s uhrádzaním výkonov uvedených v prílohe 3 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti,

b) výkon 108 sa akceptuje ako preventívny výkon najviac tri razy počas tehotenstva a vyžaduje sa pri fyziologickom tehotenstve súasne s kódom choroby Z34.0 alebo Z34.8 a pri patologickom tehotenstve súasne s kódom choroby Z35.2 u kapitovanej poisťovne,

c) výkon 118 sa akceptuje ako preventívny výkon raz týždenne počas obdobia posledných štyroch týždňov gravidity (maximálne 6x), vyžaduje sa súasne s výkonom 103 a s kódom choroby Z34.0, Z34.8 alebo Z35.2,

d) výkony 5303 a 5305 sa akceptujú ako preventívne výkony raz za dvanásť mesiacov, vyžadujú sa v nadväznosti na výkon 157 s kódom choroby Z01.4, výkony 5303 a 5305 sa nevyžadujú naraz v rámci vykonania jednej preventívnej prehliadky (výkon 157),

e) výkon 5303 a 5305 sa akceptuje k úhrade aj bez naviazania na vykonanie preventívnej prehliadky (výkon 157), v takomto prípade sa uhrádza cenou bodu vo výške **0,0073 €**,

f) výkon 5308 sa akceptuje ako preventívny výkon raz za dva roky v intervaloch a vekovom rozmedzí stanovených v skríningu, vyžaduje sa súasne s výkonom 157 a kódom choroby Z01.4.

## V. Špecializovaná ambulancia starostlivosti – v kategórii zubný lekár

**Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore stomatológia/zubné lekárstvo, detská stomatológia, ústna ortopédia, maxilofaciálna chirurgia a v certifikovanej pracovnej činnosti dentoalveolárna chirurgia, choroby sliznice ústnej dutiny, implantológia a mukogingiválna chirurgia (alebo len „kategória zubný lekár“)**

1. Zdravotné výkony poskytovanej zdravotnej starostlivosti sa uhrádzajú takto:

a) zdravotné výkony vykázané poskytovateľom v súlade s nariadením vlády SR č. 776/2004 Z. z., ktorým sa vydáva Katalóg zdravotných výkonov v znení neskorších predpisov sa ohodnocujú podľa bodov pod písm. a) „Zoznamu zdravotných výkonov a ich bodových hodnôt“ (alebo len „zoznam výkonov“), ktorý tvorí prílohu nariadenia vlády SR č. 226/2005 Z.z., o výške úhrady za zdravotnú starostlivosť, ktorú uhrádza zdravotná poisťovňa poskytovateľovi lekárskej služby prvej pomoci,

b) finančný rozsah úhrady (alebo len „výška úhrady“), ktorý uhradí zdravotná poisťovňa a poskytovateľovi, predstavuje súčet bodov za zdravotný výkon podľa písm. a) tohto bodu a dohodnutej ceny bodu uvedenej v bode 3 tejto prílohy za všetky medicínsky indikované, zdravotnej poisťovni vykázané a zdravotnou poisťovňou uznané zdravotné výkony,

c) zdravotný výkon, ktorý nemá v zozname výkonov určenú bodovú hodnotu môže zdravotná poisťovňa a uhradiť poskytovateľovi len s predchádzajúcim písomným súhlasom zdravotnej poisťovne, a to najviac vo výške preukázateľných nákladov spojených s jeho poskytnutím,

d) do výšky úhrady zdravotných výkonov podľa písm. b) a c) tohto bodu sa nezapočítavajú:

da) náklady na lieky plne alebo čiastočne uhrádzané na základe verejného zdravotného poistenia zaradené v Zozname kategorizovaných liekov, označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“ a „AS“<sup>6</sup>,

<sup>6</sup> Zákon č. 363/2011 Z.z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

db) náklady na zdravotnícke pomôcky skupiny „Z“ uvedené v Zozname zdravotníckych pomôcok na mieru; ktorý vydáva Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky opatrením.

2. Poskytovateľ pri vykazovaní úhrady špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti v špecializačnom odbore stomatológia / zubné lekárstvo (alej len „ŠAS“) uvádza kódy chorôb pod a MKCH-10-SK-2013 v troj až päť miestnom tvare bez použitia bodky alebo iného interpunkčného znamienka; v tejto prílohe je kód choroby uvedený v tvare uvedenom v zozname chorôb pod a MKCH-10-SK-2013 (alej len „kód choroby“).

3. Zdravotné výkony ŠAS vrátane výkonov preventívnych prehliadok pod a bodu 4 tejto prílohy, s výnimkou úhrady materiálu pri výkone RTG snímok pod a bodu 5 tejto prílohy, sa uhrádzajú cenou bodu vo výške **0,0740 €** pre nárokovateľa ošetrovaného s vrodenou vývojovou chybou ústí a tváre sa výška úhrady zdravotného výkonu O06 do dosiahnutia šiesteho roku veku a výška úhrady zdravotných výkonov O21 až O37 bez obmedzenia veku násobí koeficientom **H 1,3**.

4. Zdravotné výkony preventívnych prehliadok D01, D02, D02a, D05 a D06 sa vykazujú s kódom choroby Z01.2.

5. Osobitne sa uhrádza materiál pri výkone RTG\*/ snímok pod a tejto tabuľky:

| Spôsob úhrady | Špecifikácia podmienok úhrady / vykazovanie       | Výška úhrady v € | Dohodnutý rozsah úhrady                                  |
|---------------|---|------------------|--|
| pevná cena    | materiál RTG snímky k výkonu D 52 pod kódom RTGIO | <b>0,27</b>      | uhrádza sa za každú správne vykázanú a uznanú RTG snímku |
| pevná cena    | materiál RTG snímky k výkonu D 54 pod kódom OPG   | <b>0,50</b>      |  |

Vysvetlivky: \*/ Výkon RTG snímok sa uhrádza u poskytovateľa, ktorý predložil zdravotnej poisťovni doklady, že spĺňa odborné predpoklady na vykonávanie a vyhodnocovanie príslušných vyšetrení (špecializácia alebo certifikát) a vlastní alebo má prenajatý príslušný prístroj.

## VI. Stacionár

1. Výkony poskytnutej zdravotnej starostlivosti poisťovcovi v stacionári sa uhrádzajú cenou ošetrovacieho dňa a za každý medicínsky indikovaný, správne vykázaný a zdravotnou poisťovňou uznaný ošetrovací deň, takto:

| Druh zdravotníckeho zariadenia   | Výška úhrady v € |
|--|------------------|
| <b>Stacionár - psychiatria</b><br>opakovaná denná ambulantná starostlivosť | <b>13,80</b>     |

2. Za ošetrovací deň v stacionári sa považuje pobyt poistenca u poskytovateľa a v pracovnom dni v trvaní nepresahujúcom 24 hodín (alej len „denný pobyt“) v nadväznosti na predchádzajúcu ambulantnú alebo ústavnú zdravotnú starostlivosť.

3. Poistenec môže byť prijatý do stacionára len na odporúčanie lekára špecializovanej ambulantnej starostlivosti, u ktorého je poistenec v dlhodobej alebo dispenzárnej starostlivosti (alej len „ošetrojúci lekár“).

4. V cene ošetrovacieho dňa sú zahrnuté všetky náklady, ktoré súvisia s poskytnutím zdravotnej starostlivosti poisťovcovi vrátane nákladov za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti.

## VII. Zariadenia spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek

1. Zdravotné výkony poskytovanej zdravotnej starostlivosti vykázané poskytovateľom v súlade s nariadením vlády SR č. 776/2004 Z. z., ktorým sa vydáva Katalóg zdravotných výkonov v znení neskorších predpisov sa ohodnocujú podľa bodov uvedených v prílohe nariadenia vlády SR č. 226/2005 Z. z., o výške úhrady za zdravotnú starostlivosť, ktorú uhrádza zdravotná poisťovňa a poskytovateľovi lekárskej služby prvej pomoci, pod názvom Zoznam zdravotných výkonov a ich bodové hodnoty (alej len „Zoznam výkonov“).

2. Zdravotný výkon, ktorý nie je uvedený v Zozname výkonov (nemá určenú bodovú hodnotu) zdravotná poisťovňa a môže uhradiť poskytovateľovi len s predchádzajúcim písomným súhlasom zdravotnej poisťovne a to najviac vo výške preukázateľných nákladov spojených s jeho poskytnutím.

3. Finančný rozsah, ktorý uhradí zdravotná poisťovňa a poskytovateľovi poskytujúcemu zdravotnú starostlivosť v zariadení spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek (alej len „SVLZ“), s výnimkou špecializačných odborov uvedených v častiach A) a B) tejto prílohy predstavuje súčet bodov za zdravotný výkon pod a Zoznamu výkonov a ceny bodu vo výške **0,007303 €** za všetky medicínsky indikované, zdravotnej poisťovňou správne vykázané a zdravotnou poisťovňou uznané zdravotné výkony.

4. Do finančného rozsahu sa nezapočítavajú náklady na lieky plne alebo čiastočne neuhradené na základe verejného zdravotného poistenia zaradené v Zozname kategorizovaných liekov, označené v stupni „spôsob úhrady“ písmenom „A“ a



„AS“<sup>7</sup>/, ani náklady na ďalšie pripočítané položky k zdravotným výkonom vykázané v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi.

5. Poskytovateľ pri vykazovaní úhrady zdravotnej starostlivosti v zariadení SVLZ uvádza kódy chorôb podľa MKCH-10-SK-2013 v troj až päťmiestnom tvare bez použitia bodky alebo iného interpunkčného znamienka; v tejto časti prílohy sú kódy chorôb uvedené v tvare podľa MKCH-10-SK-2013 (ale len „kód choroby“).

#### A) Zobrazovacie vyšetrovacie metódy

1. Finančný rozsah, ktorý uhradí zdravotná poisťovňa a poskytovateľ poskytnutému zdravotnému starostlivosti v zariadení SVLZ špecializačnom odbore **rádiológia**, predstavuje súhrn týchto bodov za zdravotný výkon podľa Zoznamu výkonov a ceny bodu vo výške v rozmedzí od **0,004979 €** do **0,007303 €** za všetky medicínsky indikované, zdravotnej poisťovni správne vykázané a zdravotnou poisťovňou uznané zdravotné výkony. Výška ceny bodu závisí od technických parametrov prístrojového vybavenia pracoviska a od splnenia kritérií uvedených v tabuľke tohto bodu:

| Zobrazovacia modalita | Kritérium   | Cenové úrovne podľa splnenia kritérií v € | Zmluvná cena bodu v € |
|-----------------------|---|---|-----------------------|
| osteodenzitometria    | -   | 0,005500                                  | x                     |
| konvenčný röntgen     | -   | 0,007303                                  | <b>0,007303</b>       |
| ultrasonografia       | -   | 0,007303                                  | x                     |
| mamografia            | Poskytovateľ, ktorý poskytuje menej ako 3.000 vyšetrení za jeden rok          | 0,006971                                  | x                     |
|                       | Poskytovateľ, ktorý poskytuje minimálne 3.000 vyšetrení za jeden rok          | 0,007303                                  |                       |
| počítačová tomografia | CT prístroj do 16 MSCT  | 0,005975                                  | x                     |
|                       | CT prístroj do 16 MSCT – 24 hodinová prevádzka                                | 0,006141                                  |                       |
|                       | CT prístroj 20 - 40 MSCT  | 0,006307                                  |                       |
|                       | CT prístroj 20 - 40 MSCT – 24 hodinová prevádzka                              | 0,006473                                  |                       |
|                       | CT prístroj 64 MSCT a viac  | 0,006639                                  |                       |
|                       | CT prístroj 64 MSCT a viac – 24 hodinová prevádzka                            | 0,006805                                  |                       |
| magnetická rezonancia | MR prístroj 0,2 T až 0,25 T pre vyšetrenie jedného orgánového systému - kĺbov | 0,004979                                  | x                     |
|                       | MR prístroj 0,25 T pre viac orgánovú diagnostiku                              | 0,005990                                  |                       |
|                       | MR prístroj 0,3 T - 1,0 T   | 0,006307                                  |                       |
|                       | MR prístroj od 1,5 T vyššie   | 0,006639                                  |                       |

2. Do finančného rozsahu podľa predchádzajúceho bodu sa nezapočítavajú náklady na pripočítané položky k zdravotným výkonom - jednorazové zdravotnícke pomôcky. Zoznam jednorazových zdravotníckych pomôcok, ktoré poskytovateľ poskytnutému zdravotnému starostlivosti v zariadení SVLZ špecializačnom odbore rádiológia oprávnený vykazovať zdravotnej poisťovni k úhrade spolu s podmienkami ich vykazovania, je zverejnený a priebežne aktualizovaný na webovej stránke zdravotnej poisťovne [www.union.sk](http://www.union.sk) v dokumente pod názvom „Jednorazové zdravotnícke pomôcky v rádiológii“; tento dokument tvorí neoddeliteľnú súčasť tejto časti prílohy. Poskytovateľ poskytnutému zdravotnému starostlivosti v zariadení SVLZ špecializačnom odbore rádiológia je na vyžiadanie zdravotnej poisťovne povinný predložiť fotokópiu nadobúdacieho dokladu vykázaných jednorazových zdravotníckych pomôcok.

3. Poskytovateľ poskytnutému zdravotnému starostlivosti v zariadení SVLZ špecializačnom odbore rádiológia vykáže k úhrade zdravotnej poisťovni použitý filmový materiál k poskytnutému zdravotnému výkonu s označením podľa formátu použitého filmového materiálu (FOTO1 – FOTO18) v nákupnej cene, najviac však v maximálnej cene uvedenej v tabuľke tohto bodu:

| Označenie filmu | Formát                 | Max. cena v € | Označenie PACS | Max. cena v € |
|-----------------|------------------------|---------------|----------------|---------------|
| FOTO01          | 3 x 4                  | <b>0,33</b>   | PACS01         | <b>0,33</b>   |
| FOTO02          | 15 x 30                | <b>0,50</b>   | PACS02         | <b>0,50</b>   |
| FOTO03          | 18 x 24                | <b>0,40</b>   | PACS03         | <b>0,40</b>   |
| FOTO04          | 24 x 30                | <b>0,66</b>   | PACS04         | <b>0,66</b>   |
| FOTO05          | 35 x 35                | <b>1,49</b>   | PACS05         | <b>1,49</b>   |
| FOTO06          | 30 x 40                | <b>1,16</b>   | PACS06         | <b>1,16</b>   |
| FOTO07          | 35 x 43                | <b>1,39</b>   | PACS07         | <b>1,39</b>   |
| FOTO08          | 24 x 30 pre mamografie | <b>1,84</b>   | PACS08         | <b>1,84</b>   |

<sup>7</sup> Zákon č. 363/2011 Z.z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

|        |                        |             |        |             |
|--------|------------------------|-------------|--------|-------------|
| FOTO09 | 18 x 24 pre mamografie | <b>1,15</b> | PACS09 | <b>1,15</b> |
| FOTO10 | A4                     | <b>2,12</b> | PACS10 | <b>2,12</b> |
| FOTO11 | 14 x 17 inch laser     | <b>5,81</b> | PACS11 | <b>5,81</b> |
| FOTO12 | 8 x 10 inch laser      | <b>1,94</b> | PACS12 | <b>1,94</b> |
| FOTO13 | A3                     | <b>4,17</b> | PACS13 | <b>4,17</b> |
| FOTO14 | 13 x 18                | <b>0,33</b> | PACS14 | <b>0,33</b> |
| FOTO15 | 15 x 40                | <b>0,76</b> | PACS15 | <b>0,76</b> |
| FOTO16 | 5 x 7                  | <b>0,27</b> | PACS16 | <b>0,27</b> |
| FOTO17 | 18 x 43                | <b>0,86</b> | PACS17 | <b>0,86</b> |
| FOTO18 | 20 x 40                | <b>0,93</b> | PACS18 | <b>0,93</b> |

4. V prípade, že poskytovateľ poskytujúci zdravotnú starostlivosť v zariadení SVLZ špecializovanom odbore rádiológia dokumentuje a archivuje poskytnuté vyšetrenia v systéme PACS (o preukáže zdravotnej poisovní dokumentmi podľa tabuľky technických požiadaviek na prevádzku PACS uvedenej v dokumente pod názvom „Technické požiadavky na prevádzku PACS“, zverejnenom na webovej stránke zdravotnej poisovne [www.union.sk](http://www.union.sk); tento dokument tvorí neoddeliteľnú súčasť tejto prílohy), vykáže k úhrade zdravotnej poisovni dokumentáciu a archiváciu poskytnutého zdravotného výkonu označením PACS1 – PACS18 v takom podobe, ktoré zodpovedá podobe filmového materiálu, ktorý by bol použitý pri štandardnej dokumentácii a archivácii. Zdravotná poisovníca uhradí za dokumentáciu a archiváciu poskytnutého zdravotného výkonu v systéme PACS pri zdravotných výkonoch s kódmi číslo 5000–5095 (vrátane) 100% cenu filmového materiálu a pri zdravotných výkonoch s kódmi číslo 5101–5613 (vrátane) 80% ceny filmového materiálu, ktorý by bol použitý pri štandardnej dokumentácii a archivácii.

#### B) Fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia

1. Finančný rozsah, ktorý uhradí zdravotná poisovníca a poskytovateľovi poskytujúcemu zdravotnú starostlivosť v zariadení SVLZ v špecializačných odboroch fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia a fyzioterapia predstavuje súčet bodov za zdravotný výkon podľa Zoznamu výkonov okrem výkonov s kódmi 509a, 512, 513, 514a, 516, 518, 522, 523a, 530, 531, 532, 533a, 540, 541, 542 a ceny bodu vo výške **0,007303 €** za všetky zdravotné výkony indikované lekárom v špecializovanom odbore fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia, ktoré sú zdravotnej poisovni správne vykázané a zdravotnou poisovňou uznané.

2. Finančný rozsah, ktorý uhradí zdravotná poisovníca a poskytovateľovi poskytujúcemu zdravotnú starostlivosť v zariadení SVLZ v špecializačných odboroch fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia a fyzioterapia predstavuje súčet bodov za zdravotný výkon podľa Zoznamu výkonov u výkonov s kódmi 509a, 512, 513, 514a, 516, 518, 522, 523a, 530, 531, 532, 533a, 540, 541, 542 a ceny bodu vo výške **0,010954 €** za všetky zdravotné výkony indikované lekárom v špecializovanom odbore fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia, ktoré sú zdravotnej poisovni správne vykázané a zdravotnou poisovňou uznané.

#### VIII. Finančný rozsah

1. Zmluvné strany sa dohodli na finančnom objeme vo výške **45.825,- €** na obdobie kalendárneho trištvrtroka od 1.4.2014 do 31.12.2014 a vo výške **30.550,- €** na obdobie každého kalendárneho polroka od 1.1.2015 pre poskytovanie **ambulantnej zdravotnej starostlivosti**. Do tohto finančného objemu sa započítavajú náklady na všetky výkony poskytnutej ambulantnej zdravotnej starostlivosti vrátane výkonov SVLZ uvedené v časti III a VI tejto prílohy. Do finančného objemu sa nezapočítava úhrada za poskytnutú zdravotnú starostlivosť v ambulancii ústavnej pohotovostnej služby a centrálného príjmu.

2. Zmluvné strany sa dohodli na finančnom objeme vo výške **2.250,- €** na obdobie kalendárneho trištvrtroka od 1.4.2014 do 31.12.2014 a vo výške **1.500,- €** na obdobie každého kalendárneho polroka od 1.1.2015 pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti **v zariadeniach spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek**. Do tohto finančného objemu sa započítavajú náklady na všetky výkony poskytnutej zdravotnej starostlivosti uvedené v časti VII tejto prílohy.

**Príloha . 2b**  
**k Zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti**

**Dohodnutá výška úhrady za poskytnutú ústavnú zdravotnú starostlivosť a finančný rozsah**

**I. Ústavná zdravotná starostlivosť**

1. Zdravotná starostlivosť poskytnutá poistencovi v ústavnej zdravotnej starostlivosti, poskytovateľom správne vykázaná a zdravotnou poisťovňou uznaná sa, uhrádza nasledovne:

**a) cenou za ukončenie hospitalizácie**

| kód - | odbornosť                 | výška úhrady v € | Podmienky úhrady za hospitalizáciu poistenca |
|-------|---------------------------|------------------|--|
| 001   | vnútorné lekárstvo        | 440,-            | -  |
| 196   | JIS interná               | 440,-            | -  |
| 003   | pneumológia a ftizeológia | 478,-            | -  |
| 004   | neuroológia               | 393,-            | -  |
| 005   | psychiatria               | 738,-            | -  |

2. Za ukončenie hospitalizácie sa považuje pobyt poistenca na lôžku u poskytovateľa a v trvaní dlhšom ako 24 hodín.
3. Za ukončenie hospitalizácie sa považuje aj pobyt poistenca na lôžku oddelenia:
- anestéziológie a intenzívnej medicíny v trvaní kratšom ako 24 hodín
  - gynekológie a pôrodnictva v trvaní kratšom ako 24 hodín, ak rodička svojvoľne opustila v deň pôrodu zdravotnícke zariadenie
  - ktorejkoľvek odbornosti ak hospitalizácia nebola dlhšia ako 24 hodín v dôsledku úmrtia poistenca
- Všetky takéto prípady poskytovateľ vykazuje samostatnou dávkou a fakturuje samostatnou faktúrou za obdobie ukončenia kalendárneho mesiaca a zdravotná poisťovňa ho poskytovateľovi uhradí vo výške 50 % z ceny za ukončenie hospitalizácie na príslušnom oddelení.
- Pobyt poistenca zdravotnej poisťovňou na lôžku v trvaní kratšom ako 24 hodín, ktorý nespĺňa podmienky uvedené v písmenách a) až c) tohto bodu poskytovateľ zdravotnej poisťovni vykazuje a účtuje ako výkony špecializovanej ambulantnej starostlivosti.
4. Cena za ukončenie hospitalizácie zahŕňa všetky náklady, ktoré súvisia s poskytnutím zdravotnej starostlivosti hospitalizovanému poistencovi poisťovňou u poskytovateľa a vrátane pobytu sprievodcu poistenca, okrem nákladov na:
- zdravotnícke pomôcky poskytované v rámci ústavnej zdravotnej starostlivosti uvedené alej v tejto prílohe
  - výkony finančne náročné zdravotnej starostlivosti uvedené alej v tejto prílohe
  - transfúzne lieky, tkanivá a bunky poskytované pri transplantáciách, materské mlieko a iné zdravotné výkony, lieky a zdravotnícke pomôcky, pokiaľ to vyplýva z rozhodnutia Ministerstva zdravotníctva SR o regulácii cien výrobkov, služieb a výkonov v oblasti zdravotníctva.
5. Zdravotná poisťovňa uhradí poskytovateľovi mimoriadne finančne náročné zdravotnú starostlivosť, ak liečba predstavuje jedinou terapeutickú alternatívu a priame náklady na poistenca, t.j. náklady na lieky a zdravotnícke pomôcky, ktoré poskytovateľ zdravotnej starostlivosti použil pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti (s výnimkou nákladov na lieky a zdravotnícke pomôcky, ktoré sú zakalkulované v cene za ukončenie hospitalizácie) prekročia dohodnutú cenu za ukončenie hospitalizácie. Poskytovateľ predloží zdravotnej poisťovni po poskytnutí zdravotnej starostlivosti na schválenie individuálnu kalkuláciu ekonomicky oprávnených a preukázateľných nákladov na lieky a zdravotnícke pomôcky (aktuálne nadobúdacie doklady liekov a zdravotníckych pomôcok od veľkodistribútora). V prípade schválenia mimoriadne finančne náročné zdravotnej starostlivosti, t.j. nákladov na lieky a zdravotnícke pomôcky, zdravotná poisťovňa uhradí tieto náklady určené nadobúdacou cenou liekov a zdravotníckych pomôcok a zmluvne dohodnutú cenu za ukončenie hospitalizácie poistenca na príslušnom oddelení. V prípade neschválenia tejto mimoriadne finančne náročné zdravotnej starostlivosti zdravotnou poisťovňou, zdravotná poisťovňa uhradí len cenu za ukončenie hospitalizácie poistenca na príslušnom oddelení.
6. Zdravotná poisťovňa a pri preklade jej poistenca z jedného oddelenia na druhé oddelenie poskytovateľa uhradí zmluvne dohodnutú cenu za ukončenie hospitalizácie na každom oddelení len v medicínsky odôvodnených prípadoch; pri preklade sa deň ukončenia hospitalizácie na jednom oddelení rovná dňu začiatku hospitalizácie poistenca na ďalšom oddelení poskytovateľa a zdravotnej starostlivosti. V prípade, že je poistenec počas jedného pobytu u poskytovateľa a zdravotnej starostlivosti viackrát hospitalizovaný na oddelení v tom istom špecializačnom odbore, zdravotná poisťovňa uhradí zmluvne dohodnutú cenu za ukončenie hospitalizácie na oddelení v príslušnom špecializačnom odbore len raz.
7. Poskytovateľ môže odoslať poistenca na poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti k inému poskytovateľovi len v prípade, ak materiálno-technické alebo personálne vybavenie poskytovateľa neumožňuje poskytnúť poistencovi potrebnú zdravotnú starostlivosť. Odoslanie poistenca na ďalšie poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti podrobne odôvodní v zdravotnej dokumentácii a v prepúšťacej správe, ktorá je podpísaná vedúcim oddelenia, na ktorom bol poistenec hospitalizovaný.
8. Poskytovateľ je oprávnený odmietnuť poistencovi zdravotnej poisťovňou poskytnutie ústavnej zdravotnej starostlivosti iba v prípade ak:

- a) materiálo-technické alebo personálne vybavenie poskytovate a neumožuje poskytnúť poistencovi potrebnú zdravotnú starostlivosť
  - b) poskytovate nedisponeuje dostatočnou lôžkovou kapacitou pre poskytnutie ústavnej zdravotnej starostlivosti
  - c) zdravotný stav poistenca neodovodňuje nevyžaduje pobyt poistenca na lôžku v trvaní dlhšom ako 24 hodín
9. Zdravotná poisťovňa a neuhradí za svojho poistenca po as hospitalizácie výkony špecializovanej ambulantnej starostlivosti a výkony spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek v tom istom špecializačnom odbore, ako je špecializačný odbor oddelenia, na ktorom je poistenec hospitalizovaný ani výkony funkčnej diagnostiky príslušajúce odbornosti lôžkového oddelenia.
  10. Ak je poistenec hospitalizovaný za účelom plánovaného poskytnutia operačného výkonu a tento nie je z akýchkoľvek dôvodov vykonaný, zdravotná poisťovňa a neuhradí cenu ukončenej hospitalizácie. Poskytovate je oprávnený vykázať v dávke ambulantnej starostlivosti rovnakej odbornosti poskytnutie výkonu s kódom 60a.
  11. Ak hospitalizácia poistenca na oddelení dlhodobo chorých trvá kratšie ako 21 dní, takýto prípad poskytovate vykazuje samostatnou dávkou a fakturuje samostatnou faktúrou označenou textom „Osobitná úhrada 50“. Zdravotná poisťovňa a túto poskytnutú zdravotnú starostlivosť uhradí vo výške 50 % z ceny za ukončenú hospitalizáciu na príslušnom oddelení.
  12. V prípade hospitalizácie poistenca na jednotke intenzívnej starostlivosti, pokiaľ tejto zdravotnej starostlivosti predchádzala hospitalizácia na základnom oddelení poskytovate a alebo po hospitalizácii na jednotke intenzívnej starostlivosti pokračuje hospitalizácia na základnom oddelení poskytovate a, patrí poskytovate ovi úhrada za hospitalizáciu na základnom oddelení poskytovate a uvedená v bode 1 tejto časti prílohy. Pokiaľ bol poistenec hospitalizovaný len na jednotke intenzívnej starostlivosti, patrí poskytovate ovi úhrada pre príslušnú jednotku intenzívnej starostlivosti vo výške uvedenej v bode 1 tejto časti prílohy.
  13. Zdravotná poisťovňa a uhradí poskytovate ovi hospitalizáciu na lôžku oddelenia anestéziológie a intenzívnej medicíny v prípade pobytu poistenca na lôžku supľujúceho starostlivosti jednotky intenzívnej starostlivosti vo výške 6% z ceny na oddelení anestéziológie a intenzívnej medicíny. Takéto prípady poskytovate vykazuje samostatnou dávkou, ku ktorej pripája zoznam poistencov, ktorým bola poskytnutá zdravotná starostlivosť vrátane ich rodných čísel a fakturuje ich samostatnou faktúrou označenou textom „Osobitná úhrada OAIM“.
  14. Zdravotná poisťovňa a nehradí poskytovate ovi pobyt na lôžku oddelenia anestéziológie a intenzívnej medicíny v prípade prijatia kontinuálne kardiopulmonálne a cerebrálne resuscitovaného poistenca, ktorý do hodiny od momentu prijatia zomrie; poskytovate v takomto prípade vykáže výkony poskytnuté po as resuscitácie spolu s prípojitými položkami v dávkach ambulantnej starostlivosti.

## II. Finančný rozsah

Zmluvné strany sa dohodli na finančnom objeme vo výške **105.000,- €** na obdobie kalendárneho trištvrtroka od 1.4.2014 do 31.12.2014 a vo výške **70.000,- €** na obdobie každého kalendárneho polroka od 1.1.2015 pre poskytovanie **zdravotnej starostlivosti** uvedenej v časti I tejto prílohy, vrátane zdravotnej starostlivosti dohodnutej podľa §8 ods. 3 Vyhlášky MZ SR č. 412/2009 Z.z. v platnom znení.

**Príloha . 3**  
**k Zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti**

**Zdravotnou pois ov ou schválené zdravotné výkony SVLZ**

Zdravotnou pois ov ou schválené zdravotné výkony SVLZ poskytované v rámci ambulantnej zdravotnej starostlivosti, ktoré je poskytovateľ oprávnený vykonávať vzhľadom na dosiahnutú špecializáciu, resp. certifikovanú pracovnú činnosť prístrojovým vybavením nad rámec stanoveného minimálneho materiálno-technického vybavenia zdravotníckeho zariadenia.

| <b>Kód odbornosti</b> | <b>Schválené výkony (vyplní Únion zdravotná pois ov a, a.s.)</b> |
|-----------------------|--|
|-----------------------|--|