

ZMLUVA O POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

č. 73NSP1000711

uzatvorená podľa § 7 zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, zákona č. 513/1991 Zb. Obchodný zákonník v znení neskorších predpisov a zákona č. 18/1996 Z. z. o cenách v znení neskorších predpisov
(ďalej len „Zmluva“)
medzi zmluvnými stranami:

Zdravotná poisťovňa:

DÓVERA zdravotná poisťovňa, a. s.

so sídlom Einsteinova 25, 851 01 Bratislava

IČO: 35 942 436, DIČ: 2022051130, IČ DPH: SK2022051130

zapísaná v obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel: Sa, vložka číslo 3627/B

krajská pobočka **Trenčín**, kód : 2400

korešpondenčná adresa: **Cintorínska 5, 949 01 Nitra 1**

(ďalej len „Poisťovňa“)

Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti:

Obchodné meno / Priezvisko, meno a titul:	Nemocnica s poliklinikou Nové Mesto nad Váhom, n.o.
Kód poskytovateľa zdravotnej starostlivosti:	P86027
IČO / registračné číslo:	36119369
DIČ, IČ DPH:	2921702254
Sídlo / Miesto trvalého pobytu:	Štefánikova 1, 915 01 Nové Mesto nad Váhom
Miesto prevádzkovania zdravotníckeho zariadenia:	Kpt. Nálepku 11, 915 01 Nové Mesto nad Váhom Dibrovova 8, 915 01 Nové Mesto nad Váhom Č.256, 916 15Hrachovište Mýtna 146, 916 01 Stará Tura
Zápis v registri (iba v prípade takéhoto zápisu):	Krajský úrad v Trenčíne, číslo OVVS/NO - 14/2002 nezisková organizácia
Bankové spojenie:	2621724756/1100
Mená a funkcie konajúcich osôb:	MUDr. Miroslav Šorf, CSc.
Označenie orgánu, ktorý vydal povolenie:	Trenčiansky samosprávny kraj

(ďalej len „Poskytovateľ“)

I. PREDMET ZMLUVY

- 1.1. Poskytovateľ sa za podmienok stanovených v Zmluve a vo Všeobecných zmluvných podmienkach pre zdravotnú starostlivosť (ďalej len „VZP“) zaväzuje poskytovať poistencom Poisťovne a ďalším osobám uvedeným vo VZP (ďalej spolu ako „Poistenci“) zdravotnú starostlivosť plne alebo čiastočne uhrádzanú z verejného zdravotného poistenia.

- 1.2. Poskytovateľ sa zaväzuje poskytovať zdravotnú starostlivosť vo vecnom rozsahu vyplývajúcom z povolenia, ktoré orgán uvedený v záhlaví Zmluvy vydal Poskytovateľovi na poskytovanie zdravotnej starostlivosti; Poskytovateľ bude poskytovať zdravotnú starostlivosť v špecializačných odboroch v rozsahu uvedenom v prílohe k Zmluve. Príloha k Zmluve podľa predchádzajúcej vety môže určiť obmedzenia pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti v jednotlivých špecializačných odboroch.
- 1.3. Zoznam lekárov, ktorí budú v mene Poskytovateľa poskytovať zdravotnú starostlivosť, s uvedením ich špecializačných odborov a rozsahu lekárskeho miest je Poskytovateľ povinný doručiť Poistovní najneskôr pri uzavretí Zmluvy; lekárskeho miestom sa rozumie výkon činnosti lekára s príslušnou odbornou spôsobilosťou v rozsahu 40 hodín fondu pracovného času týždenne. Zmeny v zozname lekárov Poskytovateľ oznamuje Poistovní podľa bodu 14.2. písm. c. VZP.
- 1.4. Poistovňa je povinná uhradiť poskytovateľovi zdravotnú starostlivosť v súlade s podmienkami dojednanými v tejto Zmluve.

II. KRITÉRIÁ NA UZATVORENIE ZMLUVY

- 2.1. Poistovňa v súlade s bodom 2.1. VZP uverejnila kritériá na uzatváranie zmlúv s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti vzťahujúce sa na personálne a materiálno-technické vybavenie Poskytovateľa a na indikátory kvality. Kritériá podľa predchádzajúcej vety vzťahujúce sa na Poskytovateľa sú uvedené v prílohe Zmluvy.
- 2.2. Poskytovateľ vyhlasuje, že spĺňa všetky kritériá podľa bodu 2.1. Zmluvy, na základe čoho s ním Poistovňa uzatvára túto Zmluvu.

III. POVINNOSTI PRI POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

- 3.1. Poskytovateľ pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti postupuje v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi, Zmluvou a VZP.
- 3.2. Poskytovateľ, ktorý vykonáva preventívnu prehliadku poistenca Poistovne uhrádzanú z verejného zdravotného poistenia, je povinný dodržať tieto podmienky:
 - a. Poskytovateľ je povinný sám vykonať všetky vyšetrenia, ktoré vyplývajú z náplne preventívnej prehliadky vyplývajúcej zo všeobecne záväzných právnych predpisov. Poskytovateľ je oprávnený odoslať poistenca na ďalšie poskytnutie zdravotnej starostlivosti vyplývajúcej z náplne preventívnej prehliadky k inému poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti len vtedy, pokiaľ Poskytovateľ nie je vybavený zdravotníckou technikou, ktorá je potrebná na vykonanie vyšetrenia; v tomto prípade Poskytovateľ požiada poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, ktorému odošle poistenca na ďalšie poskytovanie zdravotnej starostlivosti, aby vykonal len požadované vyšetrenie pomocou zdravotníckej techniky a neposkytoval poistencovi ďalšiu zdravotnú starostlivosť;
 - b. pokiaľ Poskytovateľ žiada poskytovateľa prevádzkujúceho zariadenie spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek o vykonanie laboratórnych alebo diagnostických vyšetrení nad rámec náplne preventívnej prehliadky, je povinný vyhotoviť samostatnú žiadamku na vyšetrenia podľa náplne preventívnej prehliadky a samostatnú žiadamku na vyšetrenia požadované nad rámec náplne preventívnej prehliadky;
 - c. vykonanie preventívnej prehliadky preukáže Poskytovateľ, ktorý poskytuje všeobecnú ambulantnú starostlivosť alebo špecializovanú ambulantnú starostlivosť v špecializačnom odbore „gynekológia a pôrodnictvo“, vyplnením formulára podľa vzoru uvedeného v prílohe Zmluvy; formulár podpíše Poskytovateľ aj poistenec alebo zákonný zástupca poistenca a Poskytovateľ ho po podpísaní založí do zdravotnej dokumentácie poistenca. Poskytovateľ, ktorý poskytuje špecializovanú ambulantnú starostlivosť v špecializačnom odbore „stomatológia“, zašle Poistovní oznámenie o vykonaní preventívnej prehliadky, a to v lehote 10 kalendárnych dní po skončení účtovacieho obdobia, v ktorom vykonal preventívnu prehliadku.
- 3.3. Poskytovateľ je oprávnený pri poskytovaní ambulantnej starostlivosti vrátane vykonávania výkonov spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek používať zdravotnícku techniku, ktorá netvorí povinné materiálno-technické vybavenie Poskytovateľa podľa všeobecne záväzných

právnych predpisov alebo materiálo-technické vybavenie podľa kritérií na uzatvorenie zmluvy (článok II. Zmluvy), ak je uvedená v prílohe k Zmluve, alebo ak s jej použitím vyslovila Poistovňa predchádzajúci písomný súhlas; Poskytovateľ môže vykázať Poistovní len vykonanie tých zdravotných výkonov, ktoré sú uvedené v prílohe k Zmluve alebo v súhlase Poistovne s použitím zdravotníckej techniky.

- 3.4. Zdravotné výkony, ktoré sú v Katalógu zdravotných výkonov označené ako „*podobné vyšetrenia*“ alebo iným slovným spojením rovnakého významu (ďalej len „*Podobné vyšetrenia*“), môže Poskytovateľ vykazovať len s predchádzajúcim písomným súhlasom Poistovne. Poskytovateľ v žiadosti o udelenie predchádzajúceho súhlasu podľa predchádzajúcej vety uvedie, aké Podobné vyšetrenia v rámci jednotlivých skupín zdravotných výkonov podľa Katalógu zdravotných výkonov mieni vykonávať a vykazovať. Poistovňa v súhlase podľa prvej vety tohto bodu uvedie, ktoré zdravotné výkony môže Poskytovateľ vykazovať v rámci jednotlivých skupín zdravotných výkonov ako Podobné vyšetrenia; Poistovňa môže súhlas časovo ohraničiť.
- 3.5. Poskytovateľ je povinný informovať Poistenca, ktorému poskytuje zdravotnú starostlivosť a mieni mu predpísať zdravotnícku pomôcku, alebo zákonného zástupcu Poistenca, že výdaj
 - a. individuálne zhotovovanej ortopedicko-protetickej zdravotníckej pomôcky bandážového typu s predajnou cenou najmenej 165,97 EUR,
 - b. ortopedickej obuvi s predajnou cenou najmenej 265,55 EUR,
 - c. ortézy nebandážového typu s predajnou cenou najmenej 497,91 EUR a
 - d. inej zdravotníckej pomôcky s predajnou cenou najmenej 1 327,76 EURpodlieha predchádzajúcemu súhlasu Poistovne.
- 3.6. Poskytovateľ môže Poistencovi predpísať individuálne zhotovovanú ortopedicko-protetickú zdravotnícku pomôcku len vtedy, pokiaľ použitie sériovo vyrábanej zdravotníckej pomôcky je pre Poistenca zrejme nevhodné. Poskytovateľ je povinný na lekárskom poukaze na zdravotnícku pomôcku uviesť všetky údaje vyplývajúce zo všeobecne záväzných právnych predpisov a ako kód zdravotníckej pomôcky uvedie číselný kód uvedený v Zozname zdravotníckych pomôcok plne uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia. Poskytovateľ pripojí k lekárskeho poukazu podľa tohto bodu aj odborný nález, v ktorom z medicínskeho hľadiska odôvodní nevhodnosť použitia sériovo vyrábanej zdravotníckej pomôcky a nevyhnutnosť predpísania zdravotníckej pomôcky uvedenej v bode 3.5. Zmluvy.
- 3.7. Poskytovateľ je oprávnený odoslať Poistenca na ďalšie poskytovanie zdravotnej starostlivosti do špecializovanej nemocnice alebo liečebne len s predchádzajúcim súhlasom Poistovne. Zoznam špecializovaných nemocníc a liečební podľa predchádzajúcej vety a vzor žiadosti o udelenie predchádzajúceho súhlasu sú uvedené v prílohe Zmluvy.
- 3.8. Poskytovateľ nesmie vykázať Poistovní vykonanie iných zdravotných výkonov uvedených v Katalógu zdravotných výkonov v časti „*Spoločné vyšetrujúce a liečebné zložky*“ ako zdravotných výkonov, ktorých vykonanie si u Poskytovateľa objednali v žiadankách o vykonanie laboratórnych alebo diagnostických vyšetrení odosielajúci lekári Poskytovateľa alebo odosielajúci zmluvní poskytovatelia zdravotnej starostlivosti .
- 3.9. Poskytovateľ je povinný pri nákupe liekov, zdravotníckych pomôcok aj akéhokoľvek materiálu, ktorých použitie pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti vykazuje a účtuje Poistovní, postupovať účelne, efektívne a hospodárne. Pokiaľ nadobúdacia cena liekov, zdravotníckych pomôcok alebo materiálu podľa predchádzajúcej vety je vyššia ako ich obvyklá cena na trhu, Poistovňa si vyhradzuje právo neuhradiť Poskytovateľovi tú časť ich nadobúdacej ceny, ktorá prevyšuje obvyklú cenu.
- 3.10. Poskytovateľ môže pri výkonoch intervenčnej rádiológie a rádioterapie, nukleárnej medicíny a klinickej rádiofyzyky vykazovať len použitie originálnych sád zdravotného materiálu určeného na jednotlivé výkony intervenčnej rádiológie a rádioterapie, nukleárnej medicíny a klinickej rádiofyzyky (ďalej len „*Sety*“). Poskytovateľ je povinný na požiadanie preukázať Poistovní nadobudnutie Setu účtovným dokladom, ktorý musí obsahovať názov výrobcu Setu, katalógové číslo Setu pridelené výrobcom, rozpis všetkých položiek tvoriacich Set a celkovú cenu Setu. Ak Poskytovateľ použije iné ako originálne Sety, ich použitie nevykáže ako použitie

Setu, ale ako použitie jednotlivého zdravotného a spotrebného materiálu určeného na uvedené výkony.

- 3.11. Poskytovateľ môže Poistencom poskytnúť zdravotnú starostlivosť spočívajúcu vo výkonoch hyperbarickej oxygenoterapie, stereorádiokirurgie a pozitronovej emisnej tomografie len s predchádzajúcim súhlasom Poistovne. Predchádzajúci súhlas Poistovne sa nevyžaduje, ak sa výkon hyperbarickej oxygenoterapie vykoná v rámci poskytnutia neodkladnej zdravotnej starostlivosti.

IV. OSOBITNÉ POVINNOSTI PRI POSKYTOVANÍ ÚSTAVNEJ STAROSTLIVOSTI

- 4.1. Poskytovateľ poskytne osobe uvedenej v bode 1.1. Zmluvy (ďalej v tomto článku len „Pacient“) ústavnú starostlivosť, ak zdravotný stav Pacienta vyžaduje nepretržité poskytovanie zdravotnej starostlivosti dlhšie ako 24 hodín (ďalej len „Hospitalizácia“).
- 4.2. Poskytovateľ je povinný zasielať Poistovní údaje potrebné na vedenie zoznamu poistencov čakajúcich na poskytovanie plánovanej zdravotnej starostlivosti (ďalej len „Zoznam“), a to najmä:
 - a. meno, priezvisko a rodné číslo Pacienta;
 - b. kód choroby podľa MKCH-10, v súvislosti s ktorou Poskytovateľ navrhuje Hospitalizáciu Pacienta;
 - c. kód Poskytovateľa a kód oddelenia Poskytovateľa, na ktorom má byť Pacient hospitalizovaný.
- 4.3. Poistovňa je povinná najneskôr v deň účinnosti Zmluvy poskytnúť Poskytovateľovi programové vybavenie, ktoré Poskytovateľovi umožňuje zasielať Poistovní údaje potrebné na vedenie Zoznamu (ďalej len „Program hospiCOM“). Pokiaľ ďalej z tohto článku vyplýva povinnosť zasielať akékoľvek údaje pomocou Programu hospiCOM, Poskytovateľ môže namiesto Programu hospiCOM použiť na zasielanie týchto údajov aj webové rozhranie na internetovej stránke Poistovne.
- 4.4. Poskytovateľ je povinný pomocou Programu hospiCOM zasielať Poistovní najmenej jedenkrát počas pracovného dňa údaje potrebné na vedenie Zoznamu v štruktúre (dátovom rozhraní) určenej Poistovňou a zverejnenej na internetovej stránke Poistovne; to neplatí, ak Poskytovateľ počas pracovného dňa neprijal na Hospitalizáciu ani neukončil Hospitalizáciu žiadneho Pacienta.
- 4.5. Poskytovateľ, ktorý prijal Pacienta na Hospitalizáciu v dôsledku potreby poskytnúť mu neodkladnú zdravotnú starostlivosť, je povinný oznámiť túto skutočnosť Poistovní prostredníctvom Programu hospiCOM najneskôr v pracovný deň bezprostredne nasledujúci po dni začatia Hospitalizácie.
- 4.6. Poskytovateľ je povinný v zdravotnej dokumentácii Pacienta vyznačiť dátum a hodinu začatia Hospitalizácie a dátum a hodinu ukončenia Hospitalizácie. Poskytovateľ je ďalej povinný oznámiť Poistovní prostredníctvom Programu hospiCOM začatie aj ukončenie Hospitalizácie Pacienta.
- 4.7. Poskytovateľ nesmie prijať Pacienta na Hospitalizáciu na poskytovanie plánovanej zdravotnej starostlivosti, ak mu Poistovňa neudelila súhlas na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti Pacientovi alebo skôr, než v deň určený Poistovňou v súhlase. Poskytovateľ môže prijať Pacienta na Hospitalizáciu na poskytovanie plánovanej zdravotnej starostlivosti počas dňa, ktorý Poistovňa určí v súhlase, alebo kedykoľvek po tomto dni; ak takýto deň Poistovňa v súhlase neurčila, tak najskôr v deň udelenia súhlasu.
- 4.8. Poskytovateľ môže prijať na geriatrické oddelenie len Pacienta, ktorý v čase začatia Hospitalizácie dovŕšil 65. rok veku.
- 4.9. Poskytovateľ môže Pacienta, ktorému poskytuje ústavnú starostlivosť, preložiť na iné oddelenie u Poskytovateľa len v prípade, ak jeho zdravotný stav nevyhnutne vyžaduje Hospitalizáciu na inom oddelení u Poskytovateľa. Poskytovateľ môže preložiť Pacienta na oddelenie dlhodobo chorých len v prípade, ak zdravotný stav Pacienta predpokladá Hospitalizáciu na tomto oddelení po dobu dlhšiu ako 21 kalendárnych dní.
- 4.10. Poskytovateľ môže odoslať Pacienta na poskytovanie ústavnej starostlivosti k inému poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti len v prípade, ak personálne a materiálno-technické

vybavenie Poskytovateľa neumožňuje poskytnúť Pacientovi potrebnú zdravotnú starostlivosť vzhľadom na vývoj zdravotného stavu Pacienta. Odoslanie na ďalšie poskytovanie ústavnej starostlivosti podľa predchádzajúcej vety musí byť podrobne odôvodnené v zdravotnej dokumentácii Pacienta a musí ho podpísať vedúci oddelenia, na ktorom bol Pacient u Poskytovateľa naposledy hospitalizovaný.

- 4.11. Poskytovateľ je povinný zabezpečiť, aby podanie vzorky lieku (§ 31 Zákona o liekoch) Pacientovi bolo zaznamenané v zdravotnej dokumentácii Pacienta.
- 4.12. Po ukončení Hospitalizácie je Poskytovateľ povinný vyhotoviť prepúšťaciu správu, ktorá musí obsahovať aj:
 - a. zoznam liekov, ktoré Poskytovateľ podal Pacientovi počas Hospitalizácie;
 - b. zoznam liekov, ktoré Poskytovateľ odporúča predpisovať Pacientovi po ukončení Hospitalizácie; zoznam liekov môže pri jednotlivých liekoch obsahovať aj poznámku „Zákaz výdaja náhradného generického lieku“, ak odporúčajúci lekár považuje predpísanie generického lieku za nevhodné;
 - c. mená a kódy lekárov, ktorí odporúčali predpísanie liekov podľa písm. b., rešpektujúc indikačné a preskripčné obmedzenia.

Poskytovateľ založí jedno vyhotovenie prepúšťacej správy podľa tohto bodu do zdravotnej dokumentácie Pacienta.

- 4.13. Poskytovateľ je povinný spolu s vykázaním zdravotnej starostlivosti za príslušné zúčtovacie obdobie oznámiť Poistovní mená, priezviská a rodné čísla Pacientov, u ktorých sa počas Hospitalizácie v zúčtovacom období vyskytli nozokomiálne infekcie.
- 4.14. Poskytovateľ, ktorý mieni poskytnúť zdravotnú starostlivosť spočívajúcu v transplantácii orgánu Pacientovi, môže takúto zdravotnú starostlivosť poskytnúť len s predchádzajúcim súhlasom Poistovne; predchádzajúci súhlas Poistovne sa nevyžaduje, ak transplantácia orgánu je poskytnutím neodkladnej zdravotnej starostlivosti. Poskytovateľ v žiadosti o udelenie súhlasu uvedie aj výšku nákladov, ktoré predpokladá účelne, efektívne a hospodárne vynaložiť na zabezpečenie odberu a transplantácie orgánu. Poistovňa v súhlase podľa prvej vety tohto bodu môže uviesť maximálnu cenu, v akej uhradí náklady na odber a transplantáciu orgánu, a podrobnosti o vykazovaní zdravotnej starostlivosti spočívajúcej v odbere a transplantácii orgánu.
- 4.15. Pokiaľ Poskytovateľ prijal Pacienta na poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti s komplikáciou zdravotného stavu, ktorá vznikla pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti v inom zdravotníckom zariadení, Poskytovateľ vyznačí túto skutočnosť v dátovom rozhraní podľa Metodického usmernenia Úradu.
- 4.16. Porušenie niektorej z povinností Poskytovateľa podľa bodov 4.2. až 4.6. Zmluvy sa považuje za porušenie povinnosti podľa bodu 8.2. VZP.

V. ÚHRADA ZA ZDRAVOTNÚ STAROSTLIVOSŤ

- 5.1. Poistovňa a Poskytovateľ sa v súlade so zákonom č. 18/1996 Z. z. o cenách v znení neskorších predpisov dohodli, že Poistovňa uhradí Poskytovateľovi za poskytovanie zdravotnej starostlivosti Poistencom úhradu podľa pravidiel uvedených v tomto článku.
- 5.2. Poistovňa uhradí Poskytovateľovi za poskytnutú všeobecnú ambulantnú starostlivosť a špecializovanú ambulantnú starostlivosť v špecializačnom odbore „gynekológia a pôrodníctvo“ paušálnu mesačnú úhradu za podmienok stanovených v článku VI. Zmluvy a dodatkovú paušálnu mesačnú úhradu za podmienok stanovených v článku VII. Zmluvy.
- 5.3. Za ambulantnú starostlivosť neuvedenú v bode 5.2. Zmluvy a za ambulantnú starostlivosť, ktorá nie je zahrnutá v paušálnej mesačnej úhrade podľa článku VI. Zmluvy, patrí Poskytovateľovi úhrada stanovená v článku VIII. Zmluvy alebo v článku XI. Zmluvy. Úhrada podľa článku XI. Zmluvy za ambulantnú starostlivosť spočívajúcu vo výkonoch podľa bodu 11.1. Zmluvy patrí Poskytovateľovi aj v prípade, že inak vykazuje znaky ústavnej zdravotnej starostlivosti.
- 5.4. Za ambulantnú starostlivosť poskytnutú Poistencom EÚ v zmysle článku IX. VZP a poistencom poisťovne HIGHMARK v zmysle článku X. VZP patrí Poskytovateľovi úhrada

stanovená v článku VIII. Zmluvy v rovnakej výške ako za zdravotnú starostlivosť poskytnutú poisťencom Poistovne, pokiaľ z článku VIII. Zmluvy nevyplýva odlišná úhrada.

- 5.5. Poistovňa uhradí Poskytovateľovi za poskytnutú ústavnú starostlivosť úhradu za podmienok stanovených v článku X. Zmluvy.
- 5.6. Pokiaľ Poskytovateľ pri poskytovaní ambulantnej starostlivosti podal Poistencovi liek, ktorý je v Zozname liečiv a liekov plne uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia (ďalej len „Zoznam liekov“) označený v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“, patrí Poskytovateľovi cena lieku vo výške ceny nadobudnutia tohto lieku, ktorá však nesmie byť vyššia ako cena lieku uvedená v Zozname liekov ako „úhrada zdravotnou poisťovňou“ v čase podania lieku. V prípade obstarania takéhoto lieku prostredníctvom nemocničnej lekárne je poskytovateľ oprávnený vykázať cenu lieku vo výške ceny, za ktorú ju nadobudol, maximálne však do výšky predajnej ceny distribútora s DPH. Zároveň je poskytovateľ povinný tieto lieky vykazovať v základných vykazovacích jednotkách spôsobom uvedeným vo VZP.
- 5.7. Poistovňa uhradí Poskytovateľovi úhradu na zhotovenie alebo obstaranie individuálne zhotovovanej stomatologickej fixnej a snímateľnej náhrady, individuálne zhotovovaného čelustnoortopedického fixného a snímateľného aparátu alebo inej zdravotníckej pomôcky *používanej v stomatológii a čelustnej ortopédii* (ďalej len „Stomatologická zdravotnícka pomôcka,“) rovnajúcu sa výške nákladov na zhotovenie alebo obstaranie Stomatologickej zdravotníckej pomôcky zníženej o úhradu Poistenca; Poistovňa však Poskytovateľovi uhradí najviac cenu Stomatologickej zdravotníckej pomôcky uvedenú ako „úhrada zdravotnou poisťovňou“ v Zozname zdravotníckych pomôcok plne uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia platnú v ten deň, kedy bola Stomatologická zdravotnícka pomôcka vydaná Poistencovi. Poistovňa neuhradí Poskytovateľovi úhradu za zhotovenie alebo obstaranie Stomatologickej zdravotníckej pomôcky, ak ju Poskytovateľ zhotovil alebo obstaral Poistencovi po prerušení liečby Poistencom na dobu dlhšiu ako 6 mesiacov; to sa nevzťahuje na prípady, ak liečba bola prerušená so súhlasom Poskytovateľa.
- 5.8. Pokiaľ Poskytovateľ v súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti Poistencovi spotreboval materiál uvedený v prílohe Zmluvy, Poistovňa uhradí Poskytovateľovi náklady, ktoré Poskytovateľ účelne, efektívne a hospodárne vynaložil na nadobudnutie takého materiálu, najviac však do výšky maximálnej ceny uvedenej v prílohe Zmluvy. Materiál, ktorý je v prílohe Zmluvy označený skratkou „RL“, môže Poskytovateľ použiť len s predchádzajúcim súhlasom Poistovne. Ak hodnota materiálu je v jednotlivom prípade vyššia ako 33,19 EUR, Poskytovateľ je povinný na požiadanie predložiť Poistovní účtovný doklad preukazujúci nadobudnutie materiálu. Použitie materiálu vyказuje Poskytovateľ pomocou kódu materiálu uvedeného v prílohe Zmluvy podľa tohto bodu.
- 5.9. Poistovňa uhradí Poskytovateľovi, ktorý poskytuje zdravotnú starostlivosť spočívajúcu vo výkonoch hyperbarickej oxygenoterapie, stereorádiokirurgie a pozitronovej emisnej tomografie, úhradu vo výške uvedenej v prílohe Zmluvy. Poskytovateľ je povinný vykazovať zdravotnú starostlivosť spočívajúcu vo výkonoch hyperbarickej oxygenoterapie, stereorádiokirurgie a pozitronovej emisnej tomografie spôsobom uvedeným v prílohe podľa predchádzajúcej vety.
- 5.10. Poskytovateľ vyказuje poskytnutú zdravotnú starostlivosť spôsobom uvedeným vo VZP. Poskytovateľ je povinný vo faktúre okrem celkovej výšky úhrady za zdravotnú starostlivosť poskytnutú v zúčtovacom období uviesť aj výšku úhrady za:
 - a. všeobecnú ambulantnú starostlivosť;
 - b. špecializovanú ambulantnú starostlivosť;
 - c. ústavnú starostlivosť;
 - d. lieky a zdravotnícke pomôcky.

VI. KAPITÁCIA

- 6.1. Poistovňa uhradí Poskytovateľovi za každého poistenca Poistovne, s ktorým mal Poskytovateľ k poslednému dňu kalendárneho mesiaca, za ktorý vyказuje poskytnutú zdravotnú starostlivosť, uzatvorenú dohodu o poskytovaní všeobecnej ambulantnej starostlivosti alebo

dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v špecializačnom odbore „gynekológia a pôrodnictvo“ (ďalej len „Kapitovaný poistenec“), paušálnu mesačnú úhradu (ďalej len „Kapitácia“).

- 6.2. Pokiaľ Kapitovaný poistenec uzatvoril dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti podľa bodu 6.1. Zmluvy (ďalej len „Dohoda“) okrem Poskytovateľa aj s iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v rovnakom špecializačnom odbore, Poistovňa uhradí Poskytovateľovi Kapitáciu len v prípade, ak Dohoda uzatvorená medzi Poskytovateľom a Kapitovaným poistencom bola uzatvorená neskôr ako Dohoda uzatvorená medzi iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v rovnakom špecializačnom odbore a Kapitovaným poistencom.
- 6.3. Výška Kapitácie sa určuje v závislosti od veku Kapitovaného poistenca a od typu poskytnutej zdravotnej starostlivosti. Pre výšku Kapitácie je rozhodný vek, ktorý Kapitovaný poistenec dovŕšil k prvému dňu kalendárneho mesiaca, za ktorý sa Kapitácia platí. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli na výške Kapitácie tak, ako je uvedené v prílohe k Zmluve (ďalej len „Cenník kapitácie“).
- 6.4. Kapitácia zahŕňa úhradu za zdravotnú starostlivosť, ktorú Poskytovateľ poskytol Kapitovanému poistencovi, a náklady, ktoré Poskytovateľ vynaložil pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti Kapitovanému poistencovi. Kapitácia nezahŕňa:
 - a. náklady na lieky, ktoré sú v Zozname liekov označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“ (bod 5.6. Zmluvy);
 - b. úhradu za tie zdravotné výkony, ktoré Poskytovateľ vykonal pri preventívnej prehliadke plne uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia, ak sú tieto zdravotné výkony uvedené v Cenníku kapitácie;
 - c. úhradu za zdravotné výkony, ktoré Poskytovateľ vykonal v súlade s bodom 3.3. Zmluvy pomocou zdravotníckej techniky, ktorá netvorí povinné materiálno-technické vybavenie Poskytovateľa podľa všeobecne záväzných právnych predpisov alebo materiálno-technické vybavenie podľa kritérií na uzatvorenie zmluvy (článok II. Zmluvy);
 - d. úhradu za zdravotnú starostlivosť podľa článku XI. Zmluvy;
 - e. iné náklady a zdravotné výkony, pokiaľ to vyplýva zo všeobecne záväzných právnych predpisov alebo z Cenníka kapitácie.

VII. DODATKOVÁ KAPITÁCIA

- 7.1. Poistovňa sa za podmienok dohodnutých v tomto článku zaväzuje spolu s Kapitáciou uhradiť Poskytovateľovi za každého Kapitovaného poistenca dodatkovú paušálnu mesačnú úhradu (ďalej len „Dodatková kapitácia“).
- 7.2. Poistovňa z údajov svojho informačného systému zistí údaje uvedené v tabuľke označenej ako „Parametre pre výpočet dodatkovej kapitácie“, ktorá je súčasťou Cenníka kapitácie, a to v závislosti od toho, akú zdravotnú starostlivosť poskytol.
- 7.3. Poistovňa použije pre zistenie a výpočet hodnoty každého parametra uvedeného v tabuľkách podľa bodu 7.2. Zmluvy údaje za štyri po sebe nasledujúce kalendárne štvrťroky, z ktorých posledný kalendárny štvrťrok bezprostredne predchádza tomu kalendárnemu štvrťroku, v ktorom sa vykonáva výpočet.
- 7.4. Poistovňa zistí a vyhodnotí samostatne každý z parametrov uvedený v tabuľkách podľa bodu 7.2. Zmluvy týmto spôsobom:
 - a. Poistovňa zistí každý z parametrov za všetkých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí poskytujú ambulantnú zdravotnú starostlivosť v tom špecializačnom odbore, ktorého sa týkajú parametre uvedené v príslušnej tabuľke podľa bodu 7.2. Zmluvy;
 - b. Poistovňa zoradí hodnoty jednotlivých parametrov zistené za všetkých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti vzostupne;
 - c. Poistovňa neprihliada na hodnoty parametrov tých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí v poradí podľa písm. b. dosiahli 20 % najnižších hodnôt a 20 % najvyšších hodnôt;

- d. Poistovňa z hodnôt jednotlivých parametrov zistených u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti s výnimkou tých, na ktorých hodnoty parametrov neprihliada podľa písm. c., vypočíta strednú hodnotu (priemer) a hodnotu štandardnej odchýlky.
- 7.5. Poistovňa vypočíta hodnotiaci kapitačný koeficient Poskytovateľa (ďalej aj „HKK“) podľa vzorca:

$$HKK = h_1 \times v_1 + h_2 \times v_2 + h_3 \times v_3 + h_4 \times v_4 [+ h_5 \times v_5],$$

kde h_1 až h_5 je hodnota príslušného parametra zistená z príslušnej tabuľky podľa bodu 7.2. Zmluvy, pričom sa použije hodnota uvedená v tabuľke v stĺpci „pod pásmom“, ak hodnota príslušného parametra dosiahnutého Poskytovateľom je nižšia ako jeho stredná hodnota znížená o hodnotu štandardnej odchýlky (bod 7.4. písm. d. Zmluvy), alebo hodnota uvedená v tabuľke v stĺpci „v pásme“, ak hodnota príslušného parametra dosiahnutého Poskytovateľom je vyššia alebo rovná jeho strednej hodnote zníženej o hodnotu štandardnej odchýlky, avšak zároveň nižšia alebo rovná jeho strednej hodnote zvýšenej o hodnotu štandardnej odchýlky, alebo hodnota uvedená v tabuľke v stĺpci „nad pásmom“, ak hodnota príslušného parametra dosiahnutého Poskytovateľom je vyššia ako jeho stredná hodnota zvýšená o hodnotu štandardnej odchýlky, a

v_1 až v_5 je váha príslušného parametra zistená z príslušnej tabuľky podľa bodu 7.2. Zmluvy.

- 7.6. Výška Dodatkovej kapitácie sa vypočíta ako násobok základu pre výpočet Dodatkovej kapitácie uvedeného v Cenníku kapitácie a HKK. Dodatková kapitácia sa zaokrúhli matematicky na šesť desatinných miest. Takto zistená Dodatková kapitácia patrí Poskytovateľovi za poskytovanie zdravotnej starostlivosti počas celého kalendárneho štvrťroka nasledujúceho po výpočte podľa bodu 7.3. a nasl. Zmluvy, a to počnúc druhým kalendárnym štvrťrokom trvania tejto Zmluvy. Poistovňa je povinná vypočítať a oznámiť Poskytovateľovi výšku Dodatkovej kapitácie vždy najneskôr pred začiatkom toho kalendárneho štvrťroka, za ktorý bude Poskytovateľovi Dodatková kapitácia patriť.
- 7.7. Do skončenia toho kalendárneho štvrťroka, v ktorom Zmluva nadobudla účinnosť, sa použije ako HKK číslo uvedené v príslušnej tabuľke podľa bodu 7.2. Zmluvy, alebo číslo písomne oznámené Poskytovateľovi najneskôr ku dňu nadobudnutia účinnosti Zmluvy. HKK podľa predchádzajúcej vety sa použije aj v kalendárnom štvrťroku bezprostredne nasledujúcom po kalendárnom štvrťroku, v ktorom Zmluva nadobudla účinnosť, ak Poskytovateľ nemal pred účinnosťou Zmluvy uzatvorenú s Poistovňou zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s obdobným vecným rozsahom zdravotnej starostlivosti, aký sa dohodol v Zmluve.

VIII. ÚHRADA VYJADRENÁ V BODOCH

- 8.1. Úhrada za ambulantnú starostlivosť, ktorá nie je zahrnutá v Kapitácii, sa vypočíta ako násobok príslušnej jednotkovej ceny bodu uvedenej v prílohe Zmluvy (ďalej len „Cenník výkonov“) a bodového vyjadrenia hodnoty zdravotného výkonu uvedeného v rozhodnutí Ministerstva zdravotníctva SR o regulácii ceny v oblasti cien výrobkov, služieb a výkonov v zdravotníctve účinného vždy v čase, keď bol vykonaný zdravotný výkon (ďalej len „Zoznam výkonov s bodovým ohodnotením“).
- 8.2. Pokiaľ hodnota zdravotnej starostlivosti, na ktorú nie je podľa bodu 8.3. Zmluvy stanovený finančný objem a ktorú Poskytovateľ poskytol Poistencom počas zúčtovacieho obdobia v jednotlivých špecializačných odboroch, vyjadrená bodovou hodnotou vykonaných zdravotných výkonov dosiahne hodnotu uvedenú v Cenníku výkonov (ďalej len „Základný rozsah“), Poistovňa uhradí Poskytovateľovi za tie zdravotné výkony, ktoré vykonal počas zúčtovacieho obdobia po dosiahnutí Základného rozsahu v príslušnom špecializačnom odbore, úhradu vypočítanú spôsobom podľa bodu 8.1. Zmluvy, avšak príslušná jednotková cena bodu sa vynásobí hodnotiacim koeficientom vypočítaným podľa článku IX. Zmluvy; pokiaľ by súčin príslušnej jednotkovej ceny bodu a hodnotiaceho koeficientu bol nižší ako minimálna jednotková cena uvedená v Cenníku výkonov, na výpočet sa použije jednotková cena bodu vo výške tejto minimálnej jednotkovej ceny. Pri zdravotných výkonoch, ktoré Poskytovateľ vykonal pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti osobe uvedenej v bode 1.1. Zmluvy, ktorá nie je poistencom Poistovne, sa hodnotiaci koeficient rovná číslu „1“; v Cenníku

výkonov môže byť uvedený, pri ktorých ďalších zdravotných výkonoch sa hodnotiaci koeficient rovná číslu „1“.

8.3. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že Poistovňa Poskytovateľovi uhradí:

- a. všeobecnú ambulantnú starostlivosť a špecializovanú ambulantnú starostlivosť v špecializačnom odbore „gynekológia a pôrodníctvo“ pomocou zdravotníckej techniky, ktorá netvorí povinné materiálno-technické vybavenie Poskytovateľa podľa všeobecne záväzných právnych predpisov ani materiálno-technické vybavenie podľa kritérií na uzatvorenie zmluvy (článok II. Zmluvy), s výnimkou zdravotnej starostlivosti poskytnutej pri preventívnej prehliadke plne uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia;
- b. špecializovanú ambulantnú starostlivosť v špecializačných odboroch „stomatológia“, „čelústná ortopédia“ a „maxilofaciálna chirurgia“ spočívajúcu vo vykonaní akýchkoľvek zdravotných výkonov a vo vynaložení nákladov na zhotovenie alebo obstaranie Stomatologickej zdravotníckej pomôcky, s výnimkou zdravotnej starostlivosti poskytnutej pri preventívnej prehliadke plne uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia;
- c. špecializovanú ambulantnú starostlivosť spočívajúcu vo vykonávaní výkonov spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek v tých špecializačných odboroch, pre ktoré nebol podľa bodu 8.2. Zmluvy stanovený základný rozsah, a vo vynaložení nákladov na lieky označené v Zozname liekov v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“ a na materiál uvedený v bode 5.8. Zmluvy, ak boli tieto náklady vynaložené v súvislosti s výkonmi podľa tohto bodu,

poskytnutú poistencom Poistovne maximálne do finančných objemov uvedených v Cenníku výkonov (ďalej len „Finančný objem“), pokiaľ z pravidiel uvedených v bodoch 8.4. až 8.5. Zmluvy nevyplýva vyššia hodnota Finančného objemu. Finančný objem je dohodnutý na kalendárny mesiac. Do Finančného objemu sa nezahŕňa zdravotná starostlivosť poskytnutá pri preventívnej prehliadke plne uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia, zdravotná starostlivosť poskytnutá iným osobám, ako sú poistenci Poistovne, a zdravotné výkony a iné náklady uvedené v Cenníku výkonov.

- 8.4. Pokiaľ Poskytovateľ poskytol Poistencom počas kalendárneho mesiaca zdravotnú starostlivosť v rozsahu nižšom ako Finančný objem na aktuálny kalendárny mesiac, potom platí, že Finančný objem na bezprostredne nasledujúci kalendárny mesiac sa zvyšuje o nedočerpaný Finančný objem na aktuálny kalendárny mesiac (t.j. zvyšuje sa o rozdiel medzi Finančným objemom na aktuálny kalendárny mesiac a hodnotou zdravotnej starostlivosti poskytnutej Poistencom v aktuálnom kalendárnom mesiaci).
- 8.5. Pokiaľ Poskytovateľ poskytol Poistencom počas kalendárneho mesiaca zdravotnú starostlivosť v rozsahu vyššom ako Finančný objem na aktuálny kalendárny mesiac, rozdiel medzi výškou úhrady za zdravotnú starostlivosť a Finančným objemom na aktuálny kalendárny mesiac (ďalej len „Prečerpanie objemu“) Poistovňa uhradí Poskytovateľovi v nasledujúcich kalendárnych mesiacoch, v ktorých Poskytovateľ Finančný objem (eventuálne zvýšený podľa bodu 8.4. Zmluvy) nedočerpá.
- 8.6. Poskytovateľ berie na vedomie, že Poistovňa pri úhrade Prečerpania objemu postupuje tak, aby celková výška úhrady za zdravotnú starostlivosť podľa bodu 8.3. Zmluvy v kalendárnom mesiaci nepresiahla Finančný objem (eventuálne zvýšený podľa bodu 8.4. Zmluvy). Poskytovateľ ďalej berie na vedomie, že zvýšenie Finančného objemu o nedočerpaný Finančný objem podľa bodu 8.4. Zmluvy a úhrada Prečerpania objemu podľa bodu 8.5. Zmluvy sú možné len v rámci jedného kalendárneho roka, a to toho kalendárneho roka, v ktorom Poskytovateľ Finančný objem nedočerpal alebo prečerpal, alebo do zániku Zmluvy aj počas kalendárneho roka.

IX. HODNOTIACI KOEFICIENT

- 9.1. Poistovňa z údajov svojho informačného systému zistí údaje uvedené v tabuľkách, ktoré tvoria prílohu Zmluvy, a to v závislosti od toho, v akom špecializačnom odbore podľa tabuľky uvedenej v bode 8.2. Zmluvy poskytoval Poskytovateľ zdravotnú starostlivosť.
- 9.2. Poistovňa použije pre zistenie a výpočet hodnoty každého parametra uvedeného v tabuľkách podľa bodu 9.1. Zmluvy údaje vždy pre príslušný špecializačný odbor podľa tabuľky uvedenej v bode 8.2. Zmluvy, a to za dva po sebe nasledujúce kalendárne štvrťroky, z ktorých posledný kalendárny štvrťrok bezprostredne predchádza tomu kalendárnemu štvrťroku, v ktorom sa vykonáva výpočet.
- 9.3. Poistovňa zistí a vyhodnotí samostatne každý z parametrov uvedený v tabuľkách podľa bodu 9.1. Zmluvy týmto spôsobom:
- Poistovňa zistí každý z parametrov za všetkých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí poskytujú ambulantnú zdravotnú starostlivosť v príslušnom špecializačnom odbore podľa tabuľky uvedenej v bode 8.2. Zmluvy;
 - Poistovňa zoradí hodnoty jednotlivých parametrov zistené za poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v príslušných špecializačných odboroch podľa tabuľky uvedenej v bode 8.2. Zmluvy vzostupne;
 - Poistovňa neprihliada na hodnoty parametrov tých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí v poradí podľa písm. b. dosiahli 20 % najnižších hodnôt a 20 % najvyšších hodnôt;
 - Poistovňa z hodnôt parametrov zistených u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti s výnimkou tých, na ktorých hodnoty parametrov neprihliada podľa písm. c., vypočíta strednú hodnotu (priemer) a hodnotu štandardnej odchýlky.
- 9.4. Poistovňa vypočíta hodnotiaci koeficient pre každý špecializačný odbor Poskytovateľa (ďalej aj „HK“) podľa tabuľky uvedenej v bode 8.2. Zmluvy podľa vzorca:

$$HK = h_1 \times v_1 + h_2 \times v_2 + h_3 \times v_3 + h_4 \times v_4,$$

kde h_1 až h_4 je hodnota príslušného parametra zistená z príslušnej tabuľky podľa bodu 9.1. Zmluvy, pričom sa použije hodnota uvedená v tabuľke v stĺpci „pod pásom“, ak hodnota príslušného parametra dosiahnutého Poskytovateľom je nižšia ako jeho stredná hodnota znížená o hodnotu štandardnej odchýlky (bod 9.3. písm. d. Zmluvy), alebo hodnota uvedená v tabuľke v stĺpci „v pásme“, ak hodnota príslušného parametra dosiahnutého Poskytovateľom je vyššia alebo rovná jeho strednej hodnote zníženej o hodnotu štandardnej odchýlky, avšak zároveň nižšia alebo rovná jeho strednej hodnote zvýšenej o hodnotu štandardnej odchýlky, alebo hodnota uvedená v tabuľke v stĺpci „nad pásom“, ak hodnota príslušného parametra dosiahnutého Poskytovateľom je vyššia ako jeho stredná hodnota zvýšená o hodnotu štandardnej odchýlky, a

v_1 až v_4 je váha príslušného parametra zistená z príslušnej tabuľky podľa bodu 9.1. Zmluvy.

- 9.5. HK pre jednotlivé špecializačné odbory podľa tabuľky uvedenej v bode 8.2. Zmluvy sa použijú vždy počas celého kalendárneho štvrťroka nasledujúceho po výpočte podľa bodu 9.2. a nasl. Zmluvy, a to počnúc druhým kalendárnym štvrťrokom trvania tejto Zmluvy. Poistovňa je povinná vypočítať a oznámiť Poskytovateľovi výšku HK vždy najneskôr pred začiatkom toho kalendárneho štvrťroka, počas ktorého sa bude HK aplikovať.
- 9.6. Do skončenia toho kalendárneho štvrťroka, v ktorom Zmluva nadobudla účinnosť, sa použijú ako HK pre jednotlivé špecializačné odbory podľa bodu 8.2. Zmluvy údaje uvedené v Cenníku výkonov, alebo údaje písomne oznámené Poskytovateľovi najneskôr ku dňu nadobudnutia účinnosti Zmluvy. HK podľa predchádzajúcej vety sa použijú aj v kalendárnom štvrťroku bezprostredne nasledujúcom po kalendárnom štvrťroku, v ktorom Zmluva nadobudla účinnosť, ak Poskytovateľ nemal pred účinnosťou Zmluvy uzatvorenú s Poistovňou zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s obdobným vecným rozsahom zdravotnej starostlivosti, aký sa dohodol v Zmluve.

X. ÚHRADA ZA ÚSTAVNÚ STAROSTLIVOSŤ

- 10.1. Poistovňa uhradí Poskytovateľovi za Hospitalizáciu Poistenca trvajúcu dlhšie ako 24 hodín paušálnu úhradu za ukončenú Hospitalizáciu (ďalej len „Hospitalizačný paušál“) alebo paušálnu dennú úhradu (ďalej len „Lôžkodeň“) podľa cenníka hospitalizácií uvedeného v prílohe Zmluvy (ďalej len „Cenník hospitalizácie“), a to v závislosti od toho, na akom oddelení Poskytovateľa sa poskytovala tejto osobe ústavná starostlivosť.
- 10.2. Základom pre určenie výšky Hospitalizačného paušálu je suma v eurách uvedená v Cenníku hospitalizácie (ďalej len „Základný hospitalizačný paušál“). V Cenníku hospitalizácie môže byť stanovená rozdielna suma Hospitalizačného paušálu v závislosti od trvania Hospitalizácie. Pokiaľ v Cenníku hospitalizácie nie sú stanovené rozdielne sumy Hospitalizačného paušálu, Poskytovateľovi patrí Hospitalizačný paušál vo výške Základného hospitalizačného paušálu.
- 10.3. V prípade Hospitalizácie Poistenca na jednotke intenzívnej starostlivosti, pokiaľ tejto zdravotnej starostlivosti predchádza Hospitalizácia na inom oddelení Poskytovateľa alebo po Hospitalizácii na jednotke intenzívnej starostlivosti pokračuje Hospitalizácia na inom oddelení Poskytovateľa, patrí Poskytovateľovi úhrada za Hospitalizáciu na tomto inom oddelení Poskytovateľa uvedená v Cenníku hospitalizácií. Pokiaľ Hospitalizácii na jednotke intenzívnej starostlivosti nepredchádzala Hospitalizácia na inom oddelení Poskytovateľa a po Hospitalizácii na jednotke intenzívnej starostlivosti nepokračovala Hospitalizácia na inom oddelení Poskytovateľa, patrí Poskytovateľovi úhrada vo výške uvedenej v Cenníku hospitalizácií pre príslušnú jednotku intenzívnej starostlivosti.
- 10.4. Poistovňa uhradí Hospitalizáciu Poistenca na oddelení anesteziológie a intenzívnej medicíny na základe individuálneho posúdenia odôvodnenosti poskytovania zdravotnej starostlivosti Poistenca na tomto oddelení v sume uvedenej v Cenníku hospitalizácie. Za individuálne posúdenie podľa predchádzajúcej vety sa považuje posúdenie poskytnutej zdravotnej starostlivosti v súlade s koncepciou príslušného špecializačného odboru v nadväznosti na zdravotný stav Poistenca zaznamenaný v zdravotnej dokumentácii Poistenca. Pri schvaľovaní úhrady hospitalizácie poistenca môže Poistovňa ako pomocné kritériá uplatniť skórovacie systémy GCS (Glasgow Coma Scale), APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II) a TISS (Therapeutic Intervention Scoring System). Ustanovenie bodu 10.18. Zmluvy nie je týmto dotknuté.
- 10.5. Hospitalizačný paušál zahŕňa úhradu za akúkoľvek zdravotnú starostlivosť, ktorú Poskytovateľ poskytol tejto osobe počas Hospitalizácie, a všetky náklady, ktoré Poskytovateľ vynaložil pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti tejto osobe počas Hospitalizácie. Hospitalizačný paušál nezahŕňa náklady uvedené v bode 10.8. Zmluvy.
- 10.6. Opakovaná Hospitalizácia Poistenca na rovnakom oddelení u Poskytovateľa počas jedného súvislého poskytovania ústavnej starostlivosti tejto osobe sa považuje za jednu Hospitalizáciu na príslušnom oddelení a Poskytovateľovi patrí len jeden Hospitalizačný paušál za Hospitalizáciu na príslušnom oddelení.
- 10.7. Za Hospitalizáciu, ktorá nebola poskytovaná neodkladnej zdravotnej starostlivosti a Poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť bez súhlasu alebo v rozpore so súhlasom Poistovne podľa bodu 4.7. Zmluvy, patrí Poskytovateľovi úhrada vo výške 10 % zo Základného hospitalizačného paušálu uvedeného v Cenníku hospitalizácie.
- 10.8. Hospitalizačný paušál nezahŕňa náklady na:
 - a. výkony poskytnuté pracoviskom spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek;
 - b. mimoriadne finančne náročnú zdravotnú starostlivosť podľa bodov 10.9. a 10.10. Zmluvy;
 - c. zdravotné výkony, lieky a zdravotnícke pomôcky, pokiaľ to vyplýva z rozhodnutia Ministerstva zdravotníctva SR o regulácii cien výrobkov, služieb a výkonov v oblasti zdravotníctva;
 - d. materské mlieko a transfúzne lieky poskytnuté v súvislosti s Hospitalizáciou;
 - e. tkanivá a bunky na účely transplantácie použité v súvislosti s Hospitalizáciou.
- 10.9. Za mimoriadne finančne náročnú zdravotnú starostlivosť sa na účely Zmluvy považuje zdravotná starostlivosť poskytnutá Poistencovi na oddelení anesteziológie a intenzívnej medicíny, neurologickom, internom, oddeleniach chirurgických disciplín a na JIS týchto

oddelení, ktorá predstavuje jediný možný liečebný postup vzhľadom na zdravotný stav Poistenca (nevyhnutnú terapeutickú alternatívu pre Poistenca), ktorej celkový náklad prekročí zmluvne dohodnutý Hospitalizačný paušál o 100%, t. j. dvojnásobne. Do sumy celkového nákladu podľa tohto bodu Poskytovateľ započíta len priame náklady na lieky a zdravotnícke pomôcky poskytnuté počas Hospitalizácie, ktorých úhrada je zahrnutá v hospitalizačnom paušály a ktoré neboli centrálné obstarané Poistovňou podľa bodu 4.18. VZP, v prípadoch, ak:

a.) maximálna konečná cena za jedno balenie lieku je vyššia ako 100 eur a zároveň cena jedného terapeutického cyklu alebo liečby týmto liekom, určených v súlade so súhrnom charakteristických vlastností lieku presiahne 500 eur;

b.) maximálna konečná cena za jeden kus zdravotníckej pomôcky je vyššia ako 200 eur; za predpokladu, že lieky podľa bodu a.) boli predpísané na indikácie schválené pri registrácii lieku a zdravotnícke pomôcky podľa bodu b.) boli predpísané na indikáciu alebo na účel určenia uvedený pri posudzovaní zhody zdravotníckej pomôcky.

Poskytovateľ predloží Poistovni bezprostredne, najneskôr do 30 dní, od ukončenia Hospitalizácie Poistenca žiadosť o úhradu mimoriadne finančne náročnej zdravotnej starostlivosti podľa tohto bodu, ku ktorej priloží prepúšťacu správu a kópie nadobúdacích dokladov kalkulovaných položiek. Poistovňa uhradí príplatok k zmluvne dohodnutému Hospitalizačnému paušálu vo výške schválenej revíznym lekárom Poistovne na základe Poskytovateľom vystavenej osobitnej faktúry.

- 10.10. V prípade, ak zdravotná starostlivosť poskytovaná Poistencovi počas Hospitalizácie spočíva v odbere orgánu, Poskytovateľ má nárok na príplatok k Hospitalizačnému paušálu vo výške a za podmienok uvedených v bode 10.9. Zmluvy.
- 10.11. Lôžkodeň zahŕňa úhradu za akúkoľvek zdravotnú starostlivosť, ktorú Poskytovateľ poskytol tejto osobe počas jedného dňa Hospitalizácie, a všetky náklady, ktoré Poskytovateľ vynaložil pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti tejto osobe počas jedného dňa Hospitalizácie.
- 10.12. Deň začatia Hospitalizácie a deň ukončenia Hospitalizácie sa na účel výpočtu úhrady za Hospitalizáciu považujú za jeden deň Hospitalizácie.
- 10.13. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že Poistovňa Poskytovateľovi uhradí ústavnú zdravotnú starostlivosť poskytnutú poistencom Poistovne maximálne do finančných objemov uvedených v Cenníku hospitalizácie (ďalej len „Finančný objem“), pokiaľ z pravidiel uvedených v bodoch 10.14. až 10.16. Zmluvy nevyplýva vyššia hodnota Finančného objemu. Finančný objem je dohodnutý na kalendárny mesiac. Ustanovenie tohto bodu sa nepoužije, ak z Cenníka hospitalizácie vyplýva, že finančný objem sa nedohodol.
- 10.14. Pokiaľ Poskytovateľ poskytol Poistencovi počas kalendárneho mesiaca ústavnú zdravotnú starostlivosť v rozsahu nižšom ako Finančný objem na aktuálny kalendárny mesiac, potom platí, že Finančný objem na bezprostredne nasledujúci kalendárny mesiac sa zvyšuje o nedočerpaný Finančný objem na aktuálny kalendárny mesiac (t.j. zvyšuje sa o rozdiel medzi Finančným objemom na aktuálny kalendárny mesiac a hodnotou zdravotnej starostlivosti poskytnutej Poistencovi v aktuálnom kalendárnom mesiaci).
- 10.15. Pokiaľ Poskytovateľ poskytol Poistencovi počas kalendárneho mesiaca ústavnú zdravotnú starostlivosť v rozsahu vyššom ako Finančný objem na aktuálny kalendárny mesiac, rozdiel medzi výškou úhrady za zdravotnú starostlivosť a Finančným objemom na aktuálny kalendárny mesiac (ďalej len „Prečerpanie objemu“) Poistovňa uhradí Poskytovateľovi v nasledujúcich kalendárnych mesiacoch, v ktorých Poskytovateľ Finančný objem (eventuálne zvýšený podľa bodu 10. 14. Zmluvy) nedočerpá.
- 10.16. Poskytovateľ berie na vedomie, že Poistovňa pri úhrade Prečerpania objemu postupuje tak, aby celková výška úhrady za zdravotnú starostlivosť podľa bodu 10.13. Zmluvy v kalendárnom mesiaci nepresiahla Finančný objem (eventuálne zvýšený podľa bodu 10.14. Zmluvy). Poskytovateľ ďalej berie na vedomie, že zvýšenie Finančného objemu o nedočerpaný Finančný objem podľa bodu 10.14. Zmluvy a úhrada Prečerpania objemu podľa bodu 10.15. Zmluvy sú možné len v rámci jedného kalendárneho roka, a to toho kalendárneho roka, v ktorom Poskytovateľ Finančný objem nedočerpá alebo prečerpá, alebo do zániku Zmluvy v priebehu kalendárneho roka.
- 10.17. Za poskytnutie zdravotnej starostlivosti Poistencovi, ktorá má povahu ústavnej starostlivosti, avšak zdravotná starostlivosť bola poskytovaná kratšie ako 24 hodín, patrí Poskytovateľovi

úhrada za zdravotné výkony, ktoré Poskytovateľ vykonal pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti tejto osobe, stanovená podľa článku VIII. Zmluvy; ustanovenie bodu 10.18. Zmluvy tým nie je dotknuté.

- 10.18. Za poskytnutie zdravotnej starostlivosti Poistencovi na oddelení anesteziológie a intenzívnej medicíny, ak zdravotná starostlivosť bola poskytovaná kratšie ako 24 hodín, avšak viac ako 12 hodín, patrí Poskytovateľovi za túto časť poskytovanej zdravotnej starostlivosti úhrada vo výške 50 % zo Základného hospitalizačného paušálu.

XI. ÚHRADA OSOBITNÝCH VÝKONOV

- 11.1. Poistovňa uhradí Poskytovateľovi za zdravotnú starostlivosť spočívajúcu vo výkonoch uvedených v prílohe Zmluvy úhradu podľa tohto článku za podmienok ustanovených v tomto článku Zmluvy. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli na výške úhrady za takúto zdravotnú starostlivosť podľa cenníka týchto výkonov, ktorý tvorí prílohu Zmluvy (ďalej len „Cenník osobitných výkonov“).
- 11.2. Poistovňa uhradí Poskytovateľovi za zdravotnú starostlivosť spočívajúcu vo výkonoch podľa bodu 11.1. Zmluvy úhradu Hospitalizačným paušálom príslušného oddelenia uvedeného v Cenníku hospitalizácie podľa podmienok uvedených v článku X. Zmluvy v prípadoch, kedy pre komplikáciu v zdravotnom stave Poistenca trvalo poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti dlhšie ako 96 hodín.
- 11.3. Cena jednotlivých výkonov zdravotnej starostlivosti uvedená v Cenníku osobitných výkonov zahŕňa úhradu za akúkoľvek zdravotnú starostlivosť, ktorú Poskytovateľ poskytol Poistencovi a všetky náklady, ktoré Poskytovateľ vynaložil v súvislosti s poskytnutím zdravotnej starostlivosti tejto osobe, okrem nákladov na materiál uvedený v Cenníku osobitných výkonov a nákladov podľa bodu 10.8. písm. a), c), d) a e) Zmluvy.
- 11.4. Poskytovateľ je povinný pri vykazovaní zdravotnej starostlivosti podľa tohto článku uvádzať kódy výkonov zdravotnej starostlivosti uvedené v Cenníku osobitných výkonov. Poskytovateľ vykazuje výkony podľa tohto článku v dátovom rozhraní určenom pre ambulantnú starostlivosť. Poskytovateľ v takomto prípade nie je oprávnený vykazať aj poskytnutie ústavnej starostlivosti.
- 11.5. Poskytovateľ je povinný zasielať Poistovni údaje potrebné na vedenie zoznamu poistencov čakajúcich na zdravotnú starostlivosť spočívajúcu v poskytnutí osobitných výkonov (ďalej len „Zoznam osobitných výkonov“), a to najmä:
- a. meno, priezvisko a rodné číslo Pacienta;
 - b. kód choroby podľa MKCH-10, v súvislosti s ktorou Poskytovateľ navrhuje poskytnutie osobitného výkonu;
 - c. kód osobitného výkonu uvedeného v prílohe tejto Zmluvy;
 - d. kód Poskytovateľa a kód oddelenia Poskytovateľa, na ktorom má byť osobitný výkon Poistencovi vykonaný.
- 11.6. Poskytovateľ je povinný pomocou Programu hospiCOM zasielať Poistovni najmenej jedenkrát počas pracovného dňa údaje potrebné na vedenie Zoznamu osobitných výkonov v štruktúre (dátovom rozhraní) určenej Poistovňou a zverejnenej na internetovej stránke Poistovne; to neplatí, ak Poskytovateľ počas pracovného dňa nemá naplánovaný osobitný výkon alebo osobitný výkon nevykonával žiadnemu Pacientovi.
- 11.7. Poskytovateľ, ktorý vykonal osobitný výkon Pacientovi v dôsledku potreby poskytnúť mu neodkladnú zdravotnú starostlivosť, je povinný oznámiť túto skutočnosť Poistovni prostredníctvom Programu hospiCOM najneskôr v pracovný deň bezprostredne nasledujúci po dni poskytnutia osobitného výkonu.
- 11.8. Poskytovateľ je povinný v zdravotnej dokumentácii Pacienta vyznačiť dátum a hodinu začatia osobitného výkonu a dátum a hodinu ukončenia zdravotnej starostlivosti súvisiacej s vykonaním osobitného výkonu poskytnutej po jeho vykonaní. Poskytovateľ je ďalej povinný oznámiť Poistovni prostredníctvom Programu hospiCOM trvanie zdravotnej starostlivosti súvisiacej s osobitným výkonom.

- 11.9. Poskytovateľ nesmie vykonať zdravotnú starostlivosť spočívajúcu v osobitnom výkone, ak mu Poistovňa neudelila súhlas na poskytnutie plánovaného osobitného výkonu Pacientovi pred jeho uskutočnením, s výnimkou poskytnutia neodkladnej zdravotnej starostlivosti
- 11.10. Za osobitné výkony, ktoré neboli poskytnutím neodkladnej zdravotnej starostlivosti a Poskytovateľ ich vykonal bez súhlasu alebo v rozpore so súhlasom Poistovne podľa bodu 11.9 Zmluvy, patrí Poskytovateľovi úhrada vo výške 10% z ceny určenej v Cenníku osobitných výkonov podľa bodu 11.1 Zmluvy.
- 11.11. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že Poistovňa Poskytovateľovi uhradí zdravotnú starostlivosť poskytnutú podľa tohto článku poistencom Poistovne maximálne do finančného objemu uvedeného v Cenníku osobitných výkonov (ďalej len „Finančný objem“), pokiaľ z pravidiel uvedených v bodoch 11.12. až 11.13. Zmluvy nevyplýva vyššia hodnota Finančného objemu. Finančný objem je dohodnutý na kalendárny mesiac. Do Finančného objemu sa nezahŕňa zdravotná starostlivosť poskytnutá iným osobám, ako sú poistenci Poistovne, a zdravotné výkony a iné náklady uvedené v Cenníku osobitných výkonov. Ustanovenie tohto bodu sa nepoužije, ak z Cenníka osobitných výkonov vyplýva, že finančný objem sa nedohodol.
- 11.12. Pokiaľ Poskytovateľ poskytol poistencom Poistovne počas kalendárneho mesiaca zdravotnú starostlivosť v rozsahu nižšom ako Finančný objem na aktuálny kalendárny mesiac, potom platí, že Finančný objem na bezprostredne nasledujúci kalendárny mesiac sa zvyšuje o nedočerpaný Finančný objem na aktuálny kalendárny mesiac (t.j. zvyšuje sa o rozdiel medzi finančným objemom na aktuálny kalendárny mesiac a hodnotou zdravotnej starostlivosti poskytnutej Poistencom v aktuálnom kalendári mesiaci).
- 11.13. Pokiaľ Poskytovateľ poskytol poistencom Poistovne počas kalendárneho mesiaca zdravotnú starostlivosť v rozsahu vyššom ako Finančný objem na aktuálny kalendárny mesiac, rozdiel medzi výškou úhrady za zdravotnú starostlivosť a Finančným objemom na aktuálny kalendárny mesiac (ďalej len „Prečerpanie objemu“) Poistovňa uhradí Poskytovateľovi v nasledujúcich kalendárnych mesiacoch, v ktorých Poskytovateľ Finančný objem (eventuálne zvýšený podľa bodu 11.12. Zmluvy) nedočerpá.
- 11.14. Poskytovateľ berie na vedomie, že Poistovňa pri úhrade Prečerpania objemu postupuje tak, aby celková výška úhrady za zdravotnú starostlivosť podľa bodu 11.11. Zmluvy v kalendárnom mesiaci nepresiahla Finančný objem (eventuálne zvýšený podľa bodu 11.12. Zmluvy). Poskytovateľ ďalej berie na vedomie, že zvýšenie Finančného objemu o nedočerpaný Finančný objem podľa bodu 11.12. Zmluvy a úhrada Prečerpania objemu podľa bodu 11.13. Zmluvy sú možné len v rámci jedného kalendárneho roka, a to toho kalendárneho roka, v ktorom Poskytovateľ Finančný objem nedočerpal alebo prečerpal, alebo do zániku Zmluvy v priebehu kalendárneho roka.

XII. ÚČINNOSŤ ZMLUVY

- 12.1. Zmluva nadobúda účinnosť prvým dňom kalendárneho mesiaca bezprostredne nasledujúceho po podpísaní Zmluvy s výnimkou článku XI body 11.5 až 11.10, kde účinnosť týchto bodov nadobúda 1. júla 2011.
- 12.2. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že dňom účinnosti Zmluvy zanikajú všetky zmluvy, na základe ktorých Poskytovateľ poskytoval zdravotnú starostlivosť poistencom Poistovne v rovnakom vecnom rozsahu zdravotnej starostlivosti, aký sa dohodol v Zmluve.

XIII. ZÁVEREČNÉ USTANOVENIA

- 13.1. Na Poskytovateľa sa nevzťahujú tie ustanovenia Zmluvy o povinnostiach pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti a o úprave úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť, ktoré upravujú poskytovanie a úhradu zdravotnej starostlivosti v tých špecializačných odboroch, na ktoré sa nevzťahuje povolenie na poskytovanie zdravotnej starostlivosti uvedené v bode 1.2. Zmluvy.
- 13.2. Pokiaľ Poskytovateľ podá proti protokolu o kontrole podľa bodu 7.9. VZP písomné námietky, v ktorých z medicínskeho hľadiska spochybňuje závery vykonanej kontroly, je Poistovňa povinná na žiadosť Poskytovateľa zabezpečiť písomné stanovisko revízneho lekára Poistovne so špecializáciou v špecializačnom odbore „revízne lekárstvo“ alebo v špecializačnom odbore

zhodnom so špecializačným odborom, ktorého sa týkajú závery vykonanej kontroly. Revízný lekár v písomnom stanovisku podľa predchádzajúcej vety z medicínskeho hľadiska posúdi námietky Poskytovateľa k záverom vykonanej kontroly.

13.3. Zmluva je vyhotovená v dvoch rovnopisoch, po jednom rovnopise pre každú zmluvnú stranu.

13.4. Neoddeliteľnou súčasťou tejto Zmluvy je:

- a. príloha č. 1, ktorá obsahuje zoznam špecializačných odborov podľa bodu 1.2. Zmluvy;
- b. príloha č. 2, ktorá obsahuje kritériá na uzatvorenie zmluvy podľa bodu 2.1. Zmluvy;
- c. príloha č. 3, ktorá obsahuje vzory formulárov preukazujúcich vykonanie preventívnych prehliadok podľa bodu 3.2. písm. c. Zmluvy;
- d. príloha č. 4, ktorá obsahuje zoznam zdravotníckej techniky a zoznam zdravotných výkonov podľa bodu 3.3. Zmluvy;
- e. príloha č. 5, ktorá obsahuje zoznam špecializovaných nemocníc a liečební a vzor žiadosti o ďalšie poskytovanie zdravotnej starostlivosti podľa bodu 3.7. Zmluvy;
- f. príloha č. 6, ktorá obsahuje zoznam materiálu podľa bodu 5.8. Zmluvy s uvedením maximálnej ceny, ktorú Poistovňa za tento materiál Poskytovateľovi uhradí;
- g. príloha č. 7, ktorá obsahuje ceny a spôsob vykazovania výkonov hyperbarickej oxygenoterapie, stereorádiokirurgie a pozitronovej emisnej tomografie podľa bodu 5.9. Zmluvy;
- h. príloha č. 8 (Cenník kapitácie), ktorá obsahuje výšku Kapitácie podľa bodu 6.3. Zmluvy, zoznam zdravotných výkonov a iných nákladov, ktoré podľa bodu 6.4. Zmluvy nie sú zahrnuté v Kapitácii, tabuľky s parametrami pre výpočet Dodatkovej kapitácie podľa bodu 7.2. Zmluvy a základ pre výpočet Dodatkovej kapitácie podľa bodu 7.6. Zmluvy;
- i. príloha č. 9 (Cenník výkonov), ktorá obsahuje výšku jednotkovej ceny bodu podľa bodu 8.1. Zmluvy, výšku Základného rozsahu a minimálnej jednotkovej ceny a zoznam zdravotných výkonov podľa bodu 8.2. Zmluvy, výšku Finančného objemu podľa bodu 8.3. Zmluvy, tabuľky s parametrami pre výpočet hodnotiaceho koeficientu podľa bodu 9.1. Zmluvy a prvé HK podľa bodu 9.6. Zmluvy;
- j. príloha č. 10, (Cenník hospitalizácie), ktorá obsahuje úhrady podľa bodu 10.1. Zmluvy, sumy podľa bodu 10.2. Zmluvy, paušálny príplatok podľa bodu 10.3. Zmluvy, výšky úhrady podľa bodu 10.4. Zmluvy a Finančný objem podľa bodu 10. 13. Zmluvy;
- k. príloha č. 11 (Cenník osobitných výkonov), ktorá obsahuje zoznam výkonov a výšku ich úhrady podľa bodu 11.1. Zmluvy, materiál podľa bodu 11.3. Zmluvy, kódy výkonov podľa bodu 11.4. Zmluvy a Finančný objem podľa bodu 11.11. Zmluvy.

13.5. Neoddeliteľnou súčasťou rovnopisu tejto Zmluvy určeného pre Poskytovateľa sú VZP účinné od 1. januára 2010.

13.6. Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že prvá veta bodu 4.19. VZP sa použije len v prípade, ak by náklady na biomedicínsky výskum u Poskytovateľa mali byť čo i len čiastočne hrazené z verejného zdravotného poistenia.

13.7. Poskytovateľ berie na vedomie, že finančný rozsah podľa bodu 3.3. VZP dohodnutý v Zmluve závisí o. i. od výšky príjmov Poistovne; t. j. aj od výšky poistného, ktoré za skupinu poistencov určenú § 11 ods. 7 a 8 zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon“) platí štát. Zmluvné strany sú si vedomé, že pre rok 2011 je sadzba poistného pre štát určená ustanovením § 31i vo výške 4,32% z vymeriavacieho základu. Zmluvné strany sa dohodli, že v prípade zmeny vymeriavacieho základu pri sadzbe poistného pre štát, sa zaväzujú rokovať o cenových podmienkach.

13.8. Poistovňa aj Poskytovateľ vyhlasujú, že si Zmluvu aj VZP prečítali, ich obsahu porozumeli a na znak toho, že obsah Zmluvy aj VZP zodpovedá ich skutočnej a slobodnej vôli, túto Zmluvu podpísali.

V Trenčíne, dňa 31. marca 2011.



DÔVERA zdravotná poisťovňa, a. s.

Ing. Mária Bednárová

Regionálna riaditeľka nákupu zdravotnej starostlivosti

V _____, dňa 31. marca 2011.

Nemocnica s poliklinikou Nové Mesto
nad Váhom, n.o.

Nemocnica s poliklinikou Nové Mesto nad Váhom, n.o.
Štefánikova 1
915 31 Nové Mesto nad Váhom

ZOZNAM ŠPECIALIZAČNÝCH ODBOROV (podľa bodu 1.2 Zmluvy)

Názov PZS: Nemocnica s poliklinikou Nové Mesto nad Váhom,n.o.

Špecializačný odbor	Druh poskytovanej Zdravotnej starostlivosti		
	ambulancie	pracovisko SVLZ	ústavná zdravotná starostlivosť
vnútorné lekárstvo	áno	-	áno
všeobecné lekárstvo	áno	-	-
pediatria	áno	-	-
chirurgia	áno	-	-
radiológia	-	áno	-
klinická biochémia	-	áno	-
fyziotria, balneológia liečebná rehabilitácia	áno	áno	áno
hematológia a transfuziológia	áno	áno	-
kardiológia	áno	-	-
klinická imunológia a alergológia	áno	-	-
pneumológia a ftizeológia	áno	-	-
JIS – vnútorné lekárstvo	-	-	áno
pediatrická neurológia	áno	-	-
psychiatria , detská psychiatria	áno	-	-
ortopédia	áno	-	-
urológia	áno	-	-
otorinolaryngológia	áno	-	-
oftalmológia	áno	-	-
reumatológia	áno	-	-
gastroenterológia	áno	-	-
diabetológia, poruchy látkovej premeny a výživy	áno	-	-
endokrinológia	áno	-	-
hepatológia	áno	-	-

Kritériá na uzatvorenie zmluvy s Poskytovateľom podľa bodu 2.1. Zmluvy

Názov kritéria Popis kritéria	Váha kritéria (%)
Personálne vybavenie zdravotníckeho zariadenia Splnenie podmienok podľa: - všeobecne záväzných právnych predpisov stanovujúcich personálne vybavenie - koncepcie medicínskych odborov - platné povolenie na činnosť zdravotníckeho zariadenia v zmysle § 7 ods. 2 zákona č. 578/2004 Z. z.	25
Materiálno-technické vybavenie zdravotníckeho zariadenia Materiálno-technické vybavenie pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti je najmenej na úrovni stanovenej všeobecne záväznými právnymi predpismi.	25
Parametre efektivity a kvality Jednotnými ukazovateľmi sú: dostupnosť, CMI (Case Mix Index), spokojnosť poistencov, komplexnosť poskytovanej starostlivosti, služby pre pacientov, dodatočné náklady, spádovosť, operovanosť, rehospitalizácie, prevzatia z iného zdravotníckeho zariadenia, preloženia do iného zdravotníckeho zariadenia, plánované / akútne hospitalizácie, úmrtnosť, priemerná dĺžka hospitalizácie, točivosť	50

Poisťovňa uzatvára zmluvu v prípade, že poskytovateľ spĺňa stanovené kritériá aspoň vo výške 80 %.

Poznámka:

Pokiaľ nie je niektoré z kritérií možné vyhodnotiť kritérium sa posudzuje individuálne.

Preventívna prehliadka pre dospelých
v zmysle platnej legislatívy**Meno a priezvisko poistenca****Rodné číslo**

Dátum poslednej preventívnej prehliadky:

Anamnéza:Subj.: bez ťažkostí ☐ popis ťažkostí:

Prekonané choroby /aké a kedy/:

Škodlivé návyky:

Kontrola očkovania /kedy naposledy, aké očkovanie, doporučené očkovania/:

RA: závažné ochorenia rodičov, manžela (manželky), detí /kedy a v akom veku/:

Objektívne vyšetrenie (patologické nálezy):

Habitus, postoj, chôdza, stav výživy, rozloženie tuku, koža:

Hlava:

Krk:

Hrudník:

Pulmo:

Cor:

Abdomen:

Urogenitálny aparát /u mužov a per rectum vyšetrenie/:

Pohybový aparát:

Výška:

cm

Hmotnosť:

kg

Teplota:

st.C

FW:

TK:

mmHg

PF:

/mi

Moč chem.:

EKG /nad 40 rokov/:

V štyridsiatom roku života:

celk. cholesterol:

triacylglyceridy:

U jedincov nad päťdesiat rokov a u mladších jedincov s pozitívnou RA karcinómu hrubého čreva
alebo konečníka vyšetrenie stolice na okultné krvácanie:

Iné potrebné vyšetrenie:

Rozsah laboratórnych vyšetrení určený zákonom č. 577/2004 je uvedený v prílohe č. 1.

Záver preventívnej prehliadky:**Doporučenie:**

Preventívnu prehliadku vykonal:

V _____, dňa _____

praktický lekár pre dospelých
(podpis a pečiatka)Potvrdzujem, že som údaje v anamnéze uviedol úplne a pravdivo, že som bol informovaný
o výsledku preventívnej prehliadky a o nutnosti dodržiavať doporučený postup a že som bo
poučený, že ďalšia preventívna prehliadka sa vykoná o dva roky.

podpis poistenca

Preventívna prehliadka pre deti od 5 rokov a dorast

v zmysle platnej legislatívy

Meno a priezvisko poistenca

Rododné číslo

Dátum poslednej preventívnej prehliadky:

Anamnéza:

Prekonané choroby:

Hospitalizácie:

Alergie:

Dispenzár:

Predchádzajúce očkovanie:

úplné

☐

neúplné

☐

Objektívne vyšetrenie:

Výška: cmVáha: kgTK mmHgHabitus: *normostenický* ☐*hyperstenický* ☐*astenický* ☐Držanie tela: *správne* ☐*chybné* ☐*skolióza* ☐Koža: *čistá* ☐*ekzém* ☐

Psychomotorický vývoj:

primeraný veku ☐*zaostáva* ☐Zrak: Farby: *rozlišuje* ☐*nerozlišuje* ☐Sluch: Pulmo: *eupnoe* ☐*dyspnoe* ☐*vedľ. fenomény* ☐Cor: *AS pravidelná* ☐*AS nepravidelná* ☐*šelest* ☐Brucho: Genitál: Končatiny: Zaradenie do kolektívu: *áno* ☐*nie* ☐

Očkovanie v rámci prehliadky:

DiTePer ☐DiTe ☐Polio ☐MMR ☐Tetanus ☐HB ☐*iné* *neuskutočnené* ☐*dôvod*

Záver preventívnej prehliadky:

dieťa zdravé ☐dieťa odoslané do poradne: *nie* ☐*áno* ☐

Preventívnu prehliadku vykonal:

V _____, dňa _____

praktický lekár pre deti (dorast)
(podpis a pečiatka)

Potvrdzujem, že som údaje v anamnéze uviedol úplne a pravdivo, že som bol informovaný o výsledku preventívnej prehliadky a o nutnosti dodržiavať doporučený postup a že som bol poučený, že ďalšia preventívna prehliadka sa vykoná o dva roky.

popis zákonného zástupcu
(poistenca)

Preventívna gynekologická prehliadka
v zmysle platnej legislatívy

Meno poistenca rod. číslo Posledná preventívna prehliadka **Anamnéza:**Prekonané choroby: Prekonané operácie: Škodlivé návyky: fajčenie **Gynekologická anamnéza:**Menšt. cyklus dní PM Pôrody UPT Ab sp HAK **Komplexné gynekologické vyšetrenie:**Inšpekcia a palpácia prsníkov a reg. LU Inšpekcia genitálií a vyšetrenie genitálií v speculách Bimanuálne palpačné vyšetrenie Vyšetrenie per rectum Kolposkopia Cytologia: endocervix exocervix MICR (MOP): USG prsníkov a reg. LU MMG: USG vyšetrenie vagin. Sondou

Rozsah laboratórnych vyšetrení určený zákonom č. 577/2004 v znení neskorších predpisov je uvedený v prílohe č. 2.

Záver preventívnej prehliadky:**Doporučenie:**

Preventívnu prehliadku vykonal:

V _____ dňa _____

pečiatka a podpis lekára

Potvrdzujem, že som údaje v anamnéze uviedla úplne a pravdivo, že som bola informovaná o výsledku preventívnej prehliadky a nutnosti dodržiavať doporučený postup a že som bola poučená, že ďalšia preventívna prehliadka sa vykoná o jeden rok.

podpis poistenca

Zoznam zdravotníckej techniky a zdravotných výkonov

podľa bodu 3.3. Zmluvy

Poskytovateľ je oprávnený pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti používať zdravotnícku techniku a vykazovať zdravotné výkony uvedené v Zozname výkonov s bodovou hodnotou, s výnimkou výkonov vykonávaných zdravotníckou technikou uvedených v nasledujúcej tabuľke. Poskytovateľ je oprávnený vykazovať výkony vykonávané pomocou zdravotníckej techniky uvedenej v nasledujúcej tabuľke, len v rozsahu výkonov v nej uvedených.

Názov prístroja	Kódy zdravotných výkonov
Počítačový tomograf	5200, 5201, 5202, 5203, 5204, 5204d, 5204e, 5205, 5206
Magnetická rezonancia	–
Mamograf	5092
Pozitrónový emisný tomograf	–
PCR analyzátor	–
Osteodenzitometer celotelový	5330, 5331, 5332

Iné výkony vykonávané zdravotníckou technikou neuvedené v predchádzajúcej tabuľke, je Poskytovateľ oprávnený vykazovať len s predchádzajúcim písomným súhlasom Poistovne.

Príloha č. 5

Zoznam špecializovaných nemocníc a liečební

Odborný liečebný ústav psychiatrický n.o., Predná Hora	Muráň	Predná Hora 126
Národné rehabilitačné centrum	Kováčová	Sliečná 1

**ŽIADOSŤ o ďalšie poskytovanie zdravotnej starostlivosti
v špecializovaných nemocniciach a liečebniach**

Názov a sídlo liečebného zariadenia.....

Navrhujúce zdravotnícke zariadenie (názov, sídlo, číselný kód PZS):.....

Meno poistenca:..... tel.....

Rodné číslo:..... Bydlisko PSČ.....

Medicínske odôvodnenie návrhu:

Anamnéza:.....

Objektívne vyšetrenie:.....

Závery odborných vyšetrení a zhodnotenie vyšetrení SVLZ súvisiacich s navrhovanou liečbou:

Epikríza:.....

Diagnostický záver (slovom)..... kód MKCH 10:.....

Doterajšia ústavná a iná liečba (zdravotnícke zariadenie, oddelenie, časové obdobie, dg dekubity, atď):.....

Údaj o fajčení:.....poisteneц chodiaci, chodiaci pomocou barlí, na vozíku:.....

Predpokladané obdobie liečby:.....

Prílohy (uvie sť poradové číslo a názov prílohy)

Dňa:

riaditeľ zdrav. zariadenia

primár oddelenia

navrhujúci lekár

pečiatka a kód navrhujúceho lekára

Zoznam materiálu podľa bodu 5.8. Zmluvy

Zdravotnícke pomôcky pri finančne náročných výkonoch
(ktoré nie sú zahrnuté v hospitalizačnom paušále podľa bodu 10.8. písm c) Zmluvy)

Kód ZP	Revízný lekár	Názov ZP (SZM)	Maximálna cena
a	b	c	d

NEUROCHIRURGIA

110001		Programovateľný neurostimulátor miechy	12 000,00
110002		Programovateľný neurostimulátor mozgu	28 214,83
110003		Programovateľný ventil, set s ventrikulárnym a distálnym katétrom a príslušenstvom na zavedenie	3 020,65
110004		Neprogramovateľný ventil, set s ventrikulárnym a distálnym katétrom a príslušenstvom na zavedenie	1 759,28
110005		Programovateľný ventil samostatný	2 589,13
110006		Neprogramovateľný ventil samostatný	1 014,00
110007		Príslušenstvo k programovateľnému alebo neprogramovateľnému ventilu	763,46
110008		Ventrikulárne a distálne katétre k ventilom	277,00
110009		Snímač intrakraniálneho tlaku intracerebrálny	790,02
110010		Snímač intrakraniálneho tlaku intraventrikulárny	810,00
110011		Súprava na externú drenáž mozgových komôr	405,00
110012		Komorový katéter impregnovaný antibiotikami pre externú drenáž mozgových komôr	597,49
110013		Komorový katéter impregnovaný antibiotikami pre vnútornú drenáž hydrocefalu	663,88
110014		Implantovateľná infúzna lieková pumpa	7 634,60
110015		Bardov epidurálny katéter	464,71
110016		Ventrikulárne a distálne katétre k ventilom povlečené liekmi	398,33

KARDIOLÓGIA, KARDIOCHIRURGIA

120001	RL	Detský kardiostimulátor dvojduťinový	7 302,66
120003	RL	Kardiostimulátor jednoduťinový bez frekvenčnej adaptácie	1 560,11
120004	RL	Kardiostimulátor jednoduťinový s frekvenčnou adaptáciou	2 190,80
120005	RL	Kardiostimulátor dvojduťinový bez frekvenčnej adaptácie	3 200,00
120006	RL	Kardiostimulátor dvojduťinový s frekvenčnou adaptáciou	4 300,00
120007	RL	Kardiostimulátor dvojduťinový jednoelektródový bez frekvenčnej adaptácie	3 750,91
120008	RL	Kardiostimulátor dvojduťinový jednoelektródový s frekvenčnou adaptáciou	5 642,97
120009	RL	Kardiostimulátor dvojkomorový (biventrikulárny)	7 203,08
120010	RL	ICD jednoduťinový	21 907,99
120011	RL	ICD dvojduťinový	25 227,38
120012	RL	ICD biventrikulárny	35 849,43
120013		Elektróda jednoduťinová (komorová)	780,06
120014		Elektróda jednoduťinová (predsieňová)	504,00
120015		Elektróda dvojduťinová	750,18
120016	RL	Elektródový systém pre ICD	4 381,60
120018		Chlopňa srdcová (aortálna a mitrálna)	1 958,44
120019		Chlopňa srdcová so štepom	2 821,48
120020		Oxygenátor na mimotelový obeh	630,68
120021		Sety hadicové k oxygenátorom	282,15
120022		Kardioplegické sety	115,00
120023		Pumpa centrifugal s príslušenstvom	445,00
120024		Cievna protéza – lineárna, bifurkačná	705,00
120025		Cievne shunty	104,00
120026		Lokálne hemostyptické prostriedky	45,00
120027		Kontrapulzačný katéter	1 095,40
120028		Set autotransfúzny	246,00
120029		Set stapler (aortálny spojovací systém ACS)	300,00
120030	RL	Set extrakčný	1 363,00
120031		Anuloplastický chlopňový ring	966,00
120032		Stabilizátor na srdce – fixátor	800,00
120033		Katéter embolektomický a trombektomický	90,00
120034		Katéter ablačný	2 555,93
120035	RL	Katéter elektrofyziologický	896,00
120036	RL	Stengraft cievny	9 028,75
120043		Valvulotómy s príslušenstvom	78,00
120044		ECMO systém s príslušenstvom	1 692,89

Kód ZP	Revízy lekár	Názov ZP (SZM)	Maximálna cena
a	b	c	d
120045		Set pre podporný obeh pri zlyhaných srdcových komorách	2 157,60
120046		Záplata (karotická, perikardiálna)	153,00
120047		Externá bipolárna elektróda	119,00
120048		Adaptér ku kardiostimulačnej elektróde	182,57
120051		Implantabilný Holter monitoring	2 389,00
120052		Lokalizačná povrchová elektróda pre elektroanatomické mapovanie srdca	195,00
120054		Epikardiálna elektróda ku kardiostimulátorom	531,00
120055		Arteriálna kanyla	49,79
120056		Venózna kanyla	43,15
120076		Oxygenátor na mimotelový obeh neonatálny	1 029,01
120077		Sety hadicové k oxygenátorom neonatálny	414,92
120078		Oxygenátor na mimotelový obeh infant	799,97
120079		Sety hadicové k oxygenátorom infant	414,92
120080		Oxygenátor na mimotelový obeh pediatrický	799,97
120081		Sety hadicové k oxygenátorom pediatrický	414,92
120082		Elektródový systém pre ľavostrannú komorovú stimuláciu	2 821,48
120083		Chlopňa srdcová (aortálna a mitrálna) biologická	2 522,74
120084		Cievna protéza biologická	3 120,23
120085		Cievna protéza PTF	1 560,11
120086		Lokálne hemostyptické prostriedky biologické	626,00
120087		Kontrapulzačný balónkový katéter s optickými vláknami	1 443,94
120088		Katéter ablačný s chladiacim mechanizmom	3 219,81
120091		Odberový systém na venózne štepy	663,88
120092		Geometricky remodelovaný Anuloplastický chlopňový ring	1 802,43

ORTOPÉDIA, TRAUMATOLÓGIA

130101		Cementovaná TEP bedrového kĺbu	873,00
130102		Cementovaná hemiartrplastika	468,03
130201		Hybridná TEP bedrového kĺbu	1 521,00
130301		Necementovaná TEP bedrového kĺbu	2 496,18
130302		Necementovaná TEP s keramickými artikulárnymi povrchmi	3 432,25
130303		Necementovaná TEP s kovovými artikulárnymi povrchmi	3 432,25
130401		Revízia TEP bedrového kĺbu - výmena vložky hlavičky, jednoduchá výmena acetábulárnej komponenty	760,00
130402		Revízia TEP bedrového kĺbu - výmena oboch komponent pri nepoužití revízneho implantátu	2 634,00
130403		Revízia TEP bedrového kĺbu - výmena jednej z komponent revíznym modulárnym implantátom	3 584,00
130404		Revízia TEP bedrového kĺbu - výmena oboch komponent revíznymi modulárnymi implantátmi pri veľkých kostných defektoch	4 305,00
130405		Použitie revízneho implantátu pri primárnej indikácii pre TEP bedra	4 680,34
130501		Individuálna necementovaná TEP bedrového kĺbu	3 119,00
130601		TEP MCP zhybov	149,37
130701		Revízia TEP kolenného kĺbu - výmena artikulárnej vložky tibiálnej komponenty	936,07
130702		Revízia TEP kolenného kĺbu - výmena oboch komponent pri nepoužití revízneho implantátu	2 964,22
130703		Revízia TEP kolenného kĺbu - výmena jednej z komponent revíznym modulárnym implantátom s drikom a augmentáciou	4 680,34
130704		Revízia TEP kolenného kĺbu - výmena oboch komponentov revíznymi modulárnymi implantátmi s drikmi a augmentáciami pri veľkých kostných defektoch	8 065,00
130705		Použitie revízneho implantátu pri primárnej indikácii pre TEP kolena	4 437,00
130801		Individuálna TEP kolenného kĺbu	12 369,00
130901		Cementovaná unikondylárna TEP kolenného kĺbu	1 991,64
130902		Cementovaná all-polly TEP kolenného kĺbu	1 365,00
130903		Cementovaná fixná TEP kolenného kĺbu	2 028,15
130904		Cementovaná rotačná TEP kolenného kĺbu	2 769,00
131001		Hybridná unikondylárna TEP kolenného kĺbu	2 184,16
131002		Hybridná fixná TEP kolenného kĺbu	2 340,17
131003		Hybridná rotačná TEP kolenného kĺbu	3 120,23
130011		Necementovaná unikondylárna TEP kolena	2 048,06
131101		Necementovaná fixná TEP kolena	1 673,00
131102		Necementovaná rotačná TEP kolena	2 964,22
131201		TEP ramena	3 276,24
131202		Hemiartrplastika ramena	624,05
131301		TEP lakťa	3 777,47
130014		TEP členka	2 622,32

Kód ZP	Revízy lekár	Názov ZP (SZM)	Maximálna cena
a	b	c	d
140101	*	Náhrady (statické) medzistavcových platničiek – krčné	936,07
140102	*	Náhrady (statické) medzistavcových platničiek – driekové, predné (ALIF)	1 248,09
140103	*	Náhrady (statické) medzistavcových platničiek – driekové, predné s fixáciou	1 097,00
140104	*	Náhrady (statické) medzistavcových platničiek – driekové, zadné (TLIF)	1 560,11
140105	*	Náhrady (statické) medzistavcových platničiek – driekové, zadné (PLIF)	1 507,00
140106	*	Náhrady (statické) medzistavcových platničiek-krčné - pórovitý tantalový kov	1 095,40
140107	*	Náhrady (statické) medzistavcových platničiek-driekové, zadné (TLIF) - pórovitý tantalový kov	1 958,44
140201	*	Dynamické náhrady medzistavcových platničiek – krčné	2 728,00
140202	*	Dynamické náhrady medzistavcových platničiek – driekové	2 887,00
140301	*	Náhrady tiel stavcov – krčné	1 248,00
140302	*	Náhrady tiel stavcov – hrudnodriekové, statické	936,07
140303	*	Náhrady tiel stavcov – hrudnodriekové, expandibilné	2 534,00
140304	*	Náhrady tiel stavcov - krčné -pórovitý tantalový kov	1 560,11
140401		Vnútorne fixátory krčné – predné	1 154,00
140402		Vnútorne fixátory krčné – zadné	1 012,00
140403		Vnútorne fixátory hrudnodriekové – zadné, 1 segment	2 037,00
140404		Vnútorne fixátory hrudnodriekové – zadné, 2 segmenty	2 496,18
140405		Vnútorne fixátory hrudnodriekové – zadné, 3 segmenty	3 141,00
140406		Vnútorne fixátory hrudnodriekové – zadné, polysegmentálne	7 114,00
140407		Vnútorne fixátory driekové – zadné, dynamické 1 segment	2 183,00
140410		Vnútorne fixátory driekové - zadné, dynamické 2 segmenty	4 273,00
140411		Vnútorne fixátory driekové - zadné, dynamické 3 a viac segmentov	7 568,21
140408		Vnútorne fixátory hrudnodriekové – predné	2 613,00
140409		Detské verzie fixátorov teleskopické a dynamické	3 120,23
140501		Externé fixátory chrbtice	2 870,00
140601		Vertebroplastika / jedného stavca /	780,06

OTORINOLARYNGOLÓGIA

150001	Kochleárny implantát – Nucleus 24 M	31 202,28
150002	Kochleárny implantát Medel - combi 40+	29 608,98

UROLÓGIA

0,00

160001	Umělý zvířecí močového mechúra AMS 800	7 501,83
160002	Suburetrálna páska na liečbu stresovej inkontinencie	736,90
160003	Beznapätová sieťka pre rekonštrukciu panvového dna	232,36
160004	Set s jednorázovým optickým vláknom k laserovému systému vaporizácie prostaty	497,91

ONKOCHIRURGIA

170001	Kruhový stapler	630,68
170002	Rotikulačný stapler (rotikulátor)	597,00
170003	Endostapler	561,00
170004	Náplne do endostaplera	295,00
170005	Lineárny stapler	392,00
170006	Náplne do lineárneho staplera	199,00
170007	Jednorázové nožnice ku harmonickému stapleru	604,13
180001	Jednorázový set pre dialýzu pečene	7 734,18
190001	Tracheotomická kanyla plastová dvojplášťová	61,00
190002	Tracheotomická kanyla fonačná kovová	331,94
190003	Tracheotomická kanyla fonačná plastická	165,97

* Cena je stanovená pre 1 medzistavcový priestor

Položky označené symbolom RL môže Poskytovateľ použiť len s predchádzajúcim súhlasom Poistovne.

Zoznam materiálu podľa bodu 5.8. Zmluvy

Materiál spotrebovaný priamo pri vyšetrení a liečbe v spoločných vyšetrovacích a liečebných zložkách

Kód skupiny	Skupina ZM	Kód ZM	Názov druhu ZM	Max. cena
120100	katétre	120101	Katéter aterektomický	2 489,54
		120102	Katéter balónkový PTA	1 048,93
		120103	Katéter balónkový PTCA	723,00
		120104	Katéter diagnostický	132,78
		120105	Katéter infúzný	663,88
		120106	Katéter odsávací cievny	497,91
		120107	Katéter na zavedenie oklúdera	663,88
		120108	Katéter termodilučný	146,05
		120109	Katéter valvuloplastický	3 286,20
		120110	Katéter vodiaci	135,00
		120111	Kliešte na biopsiu	398,33
		120112	Balónkový katéter na pravostrannú katetrizáciu	66,39
		120113	Angiografický balónový katéter pre koronárny sínus	132,78
		120114	Extračný košíček	331,94
		120115	Oklúder na uzáver defektu predsieňového septa	6 306,84
		120116	Oklúder na uzáver ductus arteriosus perzistens	3 319,39
		120117	Oklúder na uzáver defektu komorového septa	6 306,84
		120118	Amplatzov oklúder na uzáver defektov	6 306,84
		120119	Trombolytický katéter pre mechanickú trombektómiu	3 120,23
		120120	Mikrokatétre	497,91
		120121	Sonda pre intrakardiálny ultrazvuk	6 638,78
		120122	Katéter pre kryoabláciu arytmogénneho substrátu	2 489,54
		120123	Katéter pre atrioseptostómiu	464,71
		120124	Pusher katéter na zavádzanie špirálok	165,97
		120125	Endoskopický katéter balónkový / ERCP /	202,48
		120126	Endoskopický extrakčný košík /ERCP /	232,36
		120127	Katétrová pumpa	5 742,55
120200	stenty	120201	Stent cievny	1 248,09
		120202	Stent karotický	1 248,09
		120203	Stent koronárny	1 095,40
		120204	Liekmi povlečený stent	3 588,26
		120205	Stent pre pediatrickú prax	1 404,10
		120206	Ezofageálny stent	312,02
		120207	Stentgraft koronárny	7 335,86
		120208	Stentgraft aortálny	7 335,86
		120209	Stent koronárny bifurkačný	1 560,11
		120210	Endoskopický drenážny stent / ERCP /	182,57
120300	vodiče	120301	Drôt vodiaci špeciálny / napr. mozog, ERCP.../	265,55
		120302	Vysokotlakový drôt vodiaci angioplastický	1 825,67
		120303	Špeciálny vodiaci drôt pre koronárny sínus	132,78
		120304	Vodiaci drôt	27,00
		120305	Mikrovodič	1 659,70
120400	zavádzače	120401	Zavádzač cievny	116,18
		120402	Zavádzač na L a P katetrizáciu srdca	215,76
120600	striekačky	120601	Kontajner na kontrast	19,92
		120602	Striekačka na angiografiu	16,60
		120603	Striekačka tlaková s manometrom set	116,18
		120604	Tlaková striekačka ku chladiacim ablačným katétrom	33,19
120700	hadice	120701	Hadica predlžovacia	22,57
		120702	Vysokotlaková hadica	13,28
		120703	Vysokotlaková hadica k abl.katétu	39,83
120800	ihly	120801	Ihla punkčná	66,39
		120802	Transseptálna punkčná ihla	419,00
120900	sety	120901	Set* dodaný výrobcom s katalógovým číslom	260,00
		120902	Pumpový set	1 560,11

121000	materiál pre embolizáciu	121001	Embolizačné špirály		265,55
		121002	Embolizačné mikrošpirály		995,82
		121003	Embolizačné mikročastice		99,58

121100	ostatné	121101	Tlaková hlava		16,60
		121102	Kaválny filter		1 394,14
		121103	Konektor PTCA		43,15
		121104	Rampa PTCA		13,28
		121105	Šicí materiál		331,94
		121106	Ventil tlakový 1 - 5 - cestný		22,57
		121107	Emboloprotekcia		1 659,70
		121108	Duktálna kanyla		26,56
		121109	Rektálny násadec		4,98
		121110	Predĺžovací kábel ku katétrom		398,33
		121111	Adaptér rotačný		9,96
		121112	Mechanizmy na uzatváranie cievnych prístupov		199,16
		121113	Predĺžovací kábel ku multí. a ablač. katétrom a refer. el.		735,25
		121119	Endoskopický nožík ERCP		547,70
		121120	Set extrakčných slučiek na odstraňovanie cudzích telies z cievneho systému		663,88
		121121	Mikro set extrakčných slučiek na odstraňovanie cudzích telies z cievneho systému		1 002,46
		FOTO01	filmový materiál, rozmer 3 x 4		0,23
		FOTO02	filmový materiál, rozmer 15 x 30		0,50
		FOTO03	filmový materiál, rozmer 18 x 24		0,40
		FOTO04	filmový materiál, rozmer 24 x 30		0,66
		FOTO05	filmový materiál, rozmer 35 x 35		1,29
		FOTO06	filmový materiál, rozmer 30 x 40		1,16
		FOTO07	filmový materiál, rozmer 35 x 43		1,26
		FOTO08	filmový materiál, rozmer 24 x 30 (pre mamografie)		1,86
		FOTO09	filmový materiál, rozmer 18 x 24 (pre mamografie)		1,53
		FOTO10	filmový materiál, rozmer A4		1,00
		FOTO11	filmový materiál, rozmer 14 x 17 inch laser		6,77
		FOTO12	filmový materiál, rozmer 8 x 10 inch laser		5,81
		FOTO13	filmový materiál, rozmer A3		1,23
		FOTO14	filmový materiál, rozmer 13 x 18		0,33
		FOTO15	filmový materiál, rozmer 15 x 40		0,56
		FOTO16	filmový materiál, rozmer 5 x 7		0,27
		FOTO17	filmový materiál, rozmer 18 x 43		1,03
		FOTO18	filmový materiál, rozmer 20 x 40		1,06

* Set	Výrobcom vyrobená sada, definovaná katalógovým číslom výrobcu, obsahujúca zdravotný materiál použitý pri výkonoch intervenčnej rádiológie a rádioterapie potrebného na diagnostický alebo liečebný proces
-------	---

Položky označené symbolom RL môže Poskytovateľ použiť len s predchádzajúcim súhlasom Poistovne.

Ceny a spôsob vykazovania výkonov hyperbarickej oxygenoterapie, stereorádiokirurgie a pozitronovej emisnej tomografie:

Názov výkonu	Kód	Počet bodov	Cena bodu (EUR)	Cena výkonu (EUR)
H perbarická oxygenoterapia y - jeden pacient vo veľkej komore, pri vitálnej liečbe za 2 hodiny.	333	-----	-----	...
Hyperbarická oxygenoterapia - jeden pacient vo veľkej komore pri plánovanej liečbe za 2 hodiny.	334	-----	-----	...
Hyperbarická oxygenoterapia v jednomiestnej komore	795y	-----	-----	...
Celotelová pozitronová emisná tomografia s PET kamerou (vyšetrený trup od bázy lebečnej po inuini). Súčasťou ceny výkonu sú náklady na rádiofarmaká a doplňujúce snímání PET kamerou	5480	-----	-----	...
Pozitronová emisná tomografia s PET kamerou vybranej časti tela – mozgu, srdca alebo inej časti tela. Súčasťou ceny výkonu sú náklady na rádiofarmaká a doplňujúce snímání PET kamerou	5480a	-----	-----	...
Stereorádiokirurgia	3272	-----	-----	...

Cenník kapitácie**Výška kapitácie**

Označenie		hodnota v €
Kapitácia za jedného Kapitovaného poistenca	do dovŕšenia 1. roku života	4,81
	od 1 roku veku do dovŕšenia 6. roku života	3,15
	od 6 rokov veku do dovŕšenia 14. roku života	2,39
	od 14 rokov veku do dovŕšenia 19. roku života	1,66
	od 19 rokov veku do dovŕšenia 50. roku života	1,56
	od 50 rokov veku do dovŕšenia 60. roku života	1,56
	od 60 rokov veku do dovŕšenia 80. roku života	1,83
	od 80 rokov veku	2,16
Kapitácia za jedného Kapitovaného poistenca pri špecializovanej ambulantnej starostlivosti v špecializačnom odbore „gynekológia a pôrodnictvo“		–

Zoznam zdravotných výkonov a iných nákladov, ktoré nie sú zahrnuté do kapitácie

<i>Zoznam zdravotných výkonov a iných nákladov, ktoré sa nie sú zahrnuté do kapitácie podľa bodu 6.4. Zmluvy</i>
Zdravotné výkony vykonané pri preventívnej prehliadke plne uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia: 142, 143, 143a, 144, 145, 145a, 146, 146a, 146b, 146c, 148, 148a, 148b, 148c, 149, 149a, 149b, 149c, 149d, 149f (poskytnutý držiteľovi preukazu ZŤP), 159b, 950, 953, 3671, 160, 159a, 157, 102, 103, 105, 108
Výkon očkovania: 252b
Výkony: 25, 26, 29, 30

Parametre pre výpočet Dodatkovej kapitácie

všeobecný lekár pre dospelých

názov a určenie hodnoty parametrov

Názov parametra	Určenie hodnoty parametra
Priemerný počet ošetrovaných poistencov za kalendárny mesiac	I_1 = počet poistencov, ktorým Poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť / počet Kapitovaných poistencov
Počet hospitalizácií	I_2 = počet prijatí Kapitovaných poistencov do ústavnej zdravotnej starostlivosti / počet Kapitovaných poistencov
Vyšetrenia SValZ	I_3 = hodnota zdravotných výkonov spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek (vyjadrená v bodoch) vykonaných na základe odporúčania Poskytovateľa / počet poistencov, ktorým Poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť – okrem vyšetrení vykonaných v súvislosti s preventívnou prehliadkou
Náklady na lieky	I_4 = celkové náklady na lieky predpísané Poskytovateľom / počet poistencov, ktorým boli na základe lekárskeho predpisu Poskytovateľa vydané lieky – okrem očkovacích látok
Preventívne prehliadky	I_5 = počet vykonaných preventívnych prehliadok Kapitovaných poistencov / počet Kapitovaných poistencov

váhy a pásma pre jednotlivé parametre

Názov parametra	h _n			v _n
	pod pásmom	v pásme	nad pásmom	
Priemerný počet ošetrovaných poistencov za kalendárny mesiac	0 %	100 %	100 %	v ₁ = 15 %
Počet hospitalizácií	100 %	100 %	0 %	v ₂ = 5 %
Vyšetrenia SValZ	100 %	100 %	0 %	v ₃ = 25 %
Náklady na lieky	100 %	100 %	0 %	v ₄ = 30 %
Preventívne prehliadky	0 %	100 %	100 %	v ₅ = 25 %

Všeobecný lekár pre deti a dorast

názov a určenie hodnoty parametrov

Názov parametra	Určenie hodnoty parametra
Priemerný počet ošetrovaných poistencov za kalendárny mesiac	I ₁ = počet poistencov, ktorým Poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť / počet Kapitovaných poistencov
Počet hospitalizácií	I ₂ = počet prijatí Kapitovaných poistencov do ústavnej zdravotnej starostlivosti / počet Kapitovaných poistencov
Vyšetrenia SValZ	I ₃ = hodnota zdravotných výkonov spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek (vyjadrená v bodoch) vykonaných na základe odporúčania Poskytovateľa / počet poistencov, ktorým Poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť – okrem vyšetrení vykonaných v súvislosti s preventívnou prehliadkou
Náklady na lieky	I ₄ = celkové náklady na lieky predpísané Poskytovateľom / počet poistencov, ktorým boli na základe lekárskeho predpisu Poskytovateľa vydané lieky – okrem očkovacích látok
Preventívne prehliadky	I ₅ = počet vykonaných preventívnych prehliadok Kapitovaných poistencov / počet Kapitovaných poistencov

váhy a pásma pre jednotlivé parametre

Názov parametra	h _n			v _n
	pod pásmom	v pásme	nad pásmom	
Priemerný počet ošetrovaných poistencov za kalendárny mesiac	0 %	100 %	100 %	v ₁ = 10 %
Počet hospitalizácií	100 %	100 %	0 %	v ₂ = 5 %
Vyšetrenia SValZ	100 %	100 %	0 %	v ₃ = 25 %
Náklady na lieky	100 %	100 %	0 %	v ₄ = 35 %
Preventívne prehliadky	0 %	100 %	100 %	v ₅ = 25 %

gynekológia a pôrodnictvo

názov a určenie hodnoty parametrov

Názov parametra	Určenie hodnoty parametra
Priemerný počet ošetrovaných poistencov za kalendárny mesiac	I_1 = počet poistencov, ktorým Poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť / počet Kapitovaných poistencov
Vyšetrenia SValZ	I_2 = hodnota zdravotných výkonov spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek (vyjadrená v bodoch) vykonaných na základe odporúčania Poskytovateľa / počet poistencov, ktorým Poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť – okrem vyšetrení vykonaných v súvislosti s preventívnou prehliadkou
Náklady na hormonálnu substitučnú liečbu	I_3 = celkové náklady na hormonálne substitučné lieky predpísané Poskytovateľom / počet poistencov, ktorým bol na základe lekárskeho predpisu Poskytovateľa vydaný hormonálny substitučný liek
Preventívne prehliadky	I_4 = počet vykonaných preventívnych prehliadok Kapitovaných poistencov / počet Kapitovaných poistencov

váhy a pásma pre jednotlivé parametre

Názov parametra	h_n			v_n
	pod pásmom	v pásme	nad pásmom	
Priemerný počet ošetrovaných poistencov za kalendárny mesiac	0 %	100 %	100 %	$v_1 = 25 \%$
Vyšetrenia SValZ	100 %	100 %	0 %	$v_2 = 30 \%$
Náklady na hormonálnu substitučnú liečbu	100 %	100 %	0 %	$v_3 = 10 \%$
Preventívne prehliadky	0 %	100 %	100 %	$v_4 = 35 \%$

Základ pre výpočet Dodatkovej kapitácie

Špecializačný odbor	Hodnota v €
Všeobecný lekár pre dospelých	0,265551
Všeobecný lekár pre deti a dorast	0,331939
Gynekológia a pôrodnictvo	–

Hodnota HKK podľa bodu 7.7 Zmluvy:

Špecializačný odbor	HKK
Všeobecný lekár pre dospelých	75%
Všeobecný lekár pre deti a dorast	40%
Gynekológia a pôrodnictvo	–

Cenník výkonov

Jednotková cena bodu

<i>Cena bodu</i>	<i>hodnota v €</i>
pri zdravotných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“ <i>vykonaných v špecializačných odboroch</i> fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia 027501, 027502	0,007303
pri zdravotných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“ <i>vykonaných špecializačných odboroch</i> rádiológia 023501, 023502, 023503, 023504	0,006970
pri zdravotných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“ <i>vykonaných v špecializačných odboroch</i> 024501, 031501	0,006638
pri zdravotných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“ <i>vykonaných v iných špecializačných odboroch ako</i> fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia, rádiológia, klinická biochémia, hematológia a transfuziológia	0,007635
pri iných zdravotných výkonoch ako uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“	0,018257
pri zdravotných výkonoch: 5330, 5331, 5332	0,005643
pri zdravotných výkonoch: 509a, 512, 513, 514a, 516, 518, 522, 523a, 532, 530, 531, 532, 533a, 540, 541, 542 vykonaných v špecializačnom odbore fyziaatria, balneológia a liečebná rehabilitácia	0,010725
pri zdravotných výkonoch vykonaných pri preventívnej prehliadke plne uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia: 142, 143, 143a, 144, 145, 145a, 146, 146a, 146b, 146c, 148, 148a, 148b, 148c, 149, 149a, 149b, 149c, 149d, 149f(poskytnutý držiteľovi preukazu ZŤP), 159b, 950, 953, 160, 159a, 159c	0,028215
pri zdravotných výkonoch vykonaných pri preventívnej prehliadke plne uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia: 157, 102, 103, 105, 108	0,028215
pri zdravotnom výkone: 3671 (určenie glykémie glukometrom pri kvantitatívnej alebo kvalitatívnej poruche vedomia)	0,018257
Pri zdravotnom výkone: 763 p (Preventívna kolonoskopia 2230 bodov)	0,028215
pri výkone očkovania: 252b, ktorý nie je zahrnutý v kapitácii	0,039833
pri výkonoch: 25, 26, 29, 30, ktoré nie sú zahrnuté v kapitácii	0,018257
pri neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnutej inému ako Kapitovanému poistencovi	0,013278

Základný rozsah

<i>Základný rozsah na kalendárny mesiac pre špecializačný odbor podľa bodu 8.2. Zmluvy</i>	<i>Hodnota v bodoch</i>
Vnútorné lekárstvo 001201, 001202, 001203, 001801	114.179
Pneumológia a ftiziológia 003201	106.622
Pediatrická neurológia 104201	8.727
Psychiatria, detská psychiatria 005201, 105201	36.010
Chirurgia 010201	84.749
Ortopédia 011201	77.327
Urológia 012201	101.658
Otorinolaryngológia 014201	90.790
Oftalmológia 015201	59.273
Fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia 027201, 027202	124.537
Hematológia a transfuziológia 031201	33.684
Klinická imunológia a alergológia 040201	11.500
Reumatológia 045201	188.738
Gastroenterológia 048201	181.826
Kardiológia 049201	82.459
Diabetológia, poruchy látkovej premeny a výživy 050201	41.523
Endokrinológia 064201	7.970
Hepatológia 216201	29.800

Minimálna jednotková cena

<i>Minimálna jednotková cena podľa bodu 8.2. Zmluvy</i>	<i>hodnota v €</i>
pri zdravotných výkonoch uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“	0,003319
pri iných zdravotných výkonoch ako uvedených v Zozname výkonov s bodovým ohodnotením v časti „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“	0,003319

Zoznam zdravotných výkonov, pri ktorých sa hodnotiaci koeficient rovná číslu „1“

Ultrazvukové vyšetrenia, ktoré tvoria náplň preventívnej gynekologickej prehliadky plne uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia a Poskytovateľ ich vykonal na základe požiadavky lekára so špecializáciou v špecializačnom odbore gynekológia a pôrodníctvo, ktorý vykonáva preventívnu gynekologickú prehliadku plne uhrádzanú z verejného zdravotného poistenia
Výkon: 159c, 689, 763p

Finančný objem

Finančný objem	hodnota v €
podľa bodu 8.3. písm. a. Zmluvy na poskytovanie všeobecnej ambulantnej starostlivosti	-
podľa bodu 8.3. písm. a. Zmluvy na poskytovanie špecializovanej ambulantnej starostlivosti v špecializačnom odbore „gynekológia a pôrodnictvo“	-
podľa bodu 8.3. písm. b. Zmluvy	-
podľa bodu 8.3. písm. c. Zmluvy fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia 027501, 027502, sonografia 212502, 212501, radiológia 023501, 023502, 023503, 023504, klinická biochémia 024501, hematológia a transfuziológia 031501	31.000,00

Zoznam zdravotných výkonov a iných nákladov, ktoré sa nezahŕňajú do finančného objemu

Zdravotné výkony a iné náklady, ktoré sa nezahŕňajú do finančného objemu podľa bodu 8.3. Zmluvy
Náklady na lieky, ktoré sú v Zozname liekov označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“
Výkon očkovania 252b a výkon 3671
Materiál uvedený v Zozname materiálu podľa bodu 5.8. Zmluvy

Parametre pre výpočet hodnotiaceho koeficientu

názov a určenie hodnoty parametrov

Názov parametra	Určenie hodnoty parametra
Náklady na lieky	I_1 = celkové náklady na lieky predpísané Poskytovateľom alebo na základe odporúčania Poskytovateľa / počet poistencov, ktorým Poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť – okrem očkovacích látok
Počet bodov na poistenca	I_2 = počet bodov zdravotných výkonov vykonaných a objednaných pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti poistencom/ počet poistencov, ktorým Poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť – okrem vyšetrení vykonaných v súvislosti s preventívnou prehliadkou
Počet hospitalizácií	I_3 = počet prijatí poistencov do ústavnej zdravotnej starostlivosti na základe odporúčania Poskytovateľa / počet poistencov, ktorým Poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť
Počet vyšetrení na jedného poistenca	I_4 = počet vyšetrení / počet poistencov, ktorým Poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť

váhy a pásma pre jednotlivé parametre (špecializačný odbor klinická logopédia, klinická psychológia, liečebná pedagogika, špeciálna pedagogika)

Názov parametra	h _n			V _n
	pod pásmom	v pásme	nad pásmom	
Náklady na lieky	75 %	100 %	0 %	v ₁ = 0 %
Počet bodov na poistenca	75 %	100 %	0 %	v ₂ = 60 %
Počet hospitalizácií	100 %	100 %	0 %	v ₃ = 0 %
Počet vyšetrení na jedného poistenca	100 %	100 %	0 %	v ₄ = 30 %

váhy a pásma pre jednotlivé parametre (pre iné špecializačné odbory ako klinická logopédia, klinická psychológia, liečebná pedagogika, špeciálna pedagogika)

Názov parametra	h _n			V _n
	pod pásmom	v pásme	nad pásmom	
Náklady na lieky	75 %	100 %	0 %	v ₁ = 35%
Počet bodov na poistenca	75 %	100 %	0 %	v ₂ = 35 %
Počet hospitalizácií	100 %	100 %	0 %	v ₃ = 15 %
Počet vyšetrení na jedného poistenca	100 %	100 %	0 %	v ₄ = 15 %

Hodnota HK podľa bodu 9.6. zmluvy:

Špecializačný odbor	HK
Vnútorné lekárstvo	85%
Pneumológia a fytizológia	100%
Psychiatria	100%
Chirurgia	65%
Ortopédia	85%
Urológia	56,25%
Otorinolaryngológia	100%
Oftalmológia	65%
Fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia	65%
Hematológia a transfuziológia	100%
Klinická imunológia a alergológia	65%
Reumatológia	50%
Gastroenterológia	76,25%
Kardiológia	50%
Diabetológia, poruchy látkovej premeny a výživy	91,25%
Angiológia	82,50%
Endokrinológia	82,50%
Pediatrická neurológia	56,25%
Detská psychiatria	41,25%

CENNÍK

ODDELENIE	KÓD ODDELENIA	základný hospitalizačný paušál	Úprava HP podľa dĺžky trvania hospitalizácií v dňoch					Cena lôžkodňa
			1-3	4-5	6-21	22-31	32 a viac	
Vnútorné lekárstvo	P86027001101	381,00	-	-	-	-	-	-
Fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia	P86027027101	-	-	-	-	-	-	42,00
JIS - interná	P86027196101	381,00	-	-	-	-	-	-

Finančný objem podľa bodu 10.13. Zmluvy; do finančného objemu sa nezahŕňa zdravotná starostlivosť podľa bodu 10.9. a 10.10. Zmluvy

VŠEOBECNÉ ZMLUVNÉ PODMIENKY

pre zdravotnú starostlivosť

I. Vymedzenie základných pojmov

- 1.1. „MZ SR“ je Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky.
- 1.2. „Poistenec“ je fyzická osoba, ktorá je verejne zdravotne poistená v Poistovní.
- 1.3. „Poistovňa“ je obchodná spoločnosť DÓVERA zdravotná poisťovňa, a. s. so sídlom Einsteinova 25, 851 01 Bratislava, IČO: 35 942 436, zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel: Sa, vložka číslo 3627/B.
- 1.4. „Poskytovateľ“ je poskytovateľ zdravotnej starostlivosti, s ktorým Poistovňa uzatvorila Zmluvu.
- 1.5. „Úrad“ je Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.
- 1.6. „VZP“ alebo „Všeobecné zmluvné podmienky“ sú tieto všeobecné zmluvné podmienky pre zdravotnú starostlivosť, ktoré majú charakter iných obchodných podmienok podľa § 273 ods. 1 Obchodného zákonníka.
- 1.7. „Zákon o liekoch“ je zákon č. 140/1998 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach, o zmene zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov a o zmene a doplnení zákona Národnej rady Slovenskej republiky č. 220/1996 Z. z. o reklame v znení neskorších predpisov.
- 1.8. „Zákon o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti“ je zákon č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.
- 1.9. „Zákon o rozsahu zdravotnej starostlivosti“ je zákon č. 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov.
- 1.10. „Zákon o zdravotnej starostlivosti“ je zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.
- 1.11. „Zákon o zdravotných poisťovniach“ je zákon č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.
- 1.12. „Zmluva“ je zmluva o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, ktorú uzatvorili Poistovňa a poskytovateľ zdravotnej starostlivosti na základe § 7 Zákona o zdravotných poisťovniach.

II. Kritériá na uzatváranie zmlúv

- 2.1. Poistovňa v zmysle Zákona o zdravotných poisťovniach stanovuje a uverejňuje na úradnej tabuli v mieste sídla Poistovne a na internetovej stránke <http://www.dovera.sk> kritériá na uzatváranie zmlúv s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti vzťahujúce sa na personálne a materiálno-technické vybavenie Poskytovateľa a na indikátory kvality.
- 2.2. Poskytovateľ je povinný poskytovať Poistovní údaje potrebné na vyhodnotenie indikátorov kvality uverejnených v rámci kritérií na uzatváranie zmlúv podľa bodu 2.1.
- 2.3. Poistovňa vyhodnocuje plnenie kritérií na uzatváranie zmlúv podľa bodu 2.1. a na základe ich plnenia vytvára poradie poskytovateľov, ktoré zohľadňuje pri uzatváraní zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.
- 2.4. V prípade, ak poskytovateľ zdravotnej starostlivosti prestal spĺňať kritériá, ktoré Poistovňa riadne stanovila a uverejnila v súlade so Zákonom o zdravotných poisťovniach, je povinný bez zbytočného odkladu oznámiť túto skutočnosť Poistovní a v lehote 30 kalendárnych dní vykonať všetky potrebné opatrenia, aby kritériá opätovne spĺňal.
- 2.5. Ustanovenia tohto článku sa nevzťahujú na poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti ani na poskytovateľov záchrannéj zdravotnej služby; povinnosť poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti poskytovať Poistovní údaje potrebné na vyhodnocovanie indikátorov kvality tým nie je dotknutá.

III. Rozsah zdravotnej starostlivosti

- 3.1. Rozsahom zdravotnej starostlivosti sa rozumie vecný a finančný rozsah poskytovania zdravotnej starostlivosti plne alebo čiastočne hradenej z verejného zdravotného poistenia v súlade so Zákonom o rozsahu zdravotnej starostlivosti.
- 3.2. Vecným rozsahom zdravotnej starostlivosti je vykonávanie zdravotných výkonov v tom špecializačnom odbore, ktorý je vymedzený v predmete Zmluvy a vychádza z povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia, ktoré Poskytovateľovi vydal samosprávny kraj alebo MZ SR.
- 3.3. Finančným rozsahom zdravotnej starostlivosti je stanovenie výšky a spôsobu výpočtu úhrady za zdravotnú starostlivosť; Zmluva môže ob-

sahovať aj určenie alebo spôsob výpočtu finančného objemu na úhradu za zdravotnú starostlivosť poskytnutú v určitom časovom období.

IV. Povinnosti pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti

- 4.1. Pred poskytnutím zdravotnej starostlivosti Poskytovateľ overí poistný vzťah Poistenca k Poistovní z preukazu poistenca. Pokiaľ Poistenec preukaz poistenca nemá alebo pokiaľ má Poskytovateľ dôvodnú pochybnosť o pravosti predloženého preukazu poistenca, je oprávnený overiť si poistný vzťah Poistenca k Poistovní na internetovej stránke Poistovne <http://www.dovera.sk> alebo telefonicky na bezplatnej infolinke Poistovne 0800 150 150.
- 4.2. Poskytovateľ je pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti povinný dodržiavať Zákon o zdravotnej starostlivosti a ostatné všeobecne záväzné právne predpisy, odborné usmernenia MZ SR ako ústredného orgánu štátnej správy, ktorý odborne usmerňuje poskytovanie zdravotnej starostlivosti, Zmluvu a Všeobecné zmluvné podmienky.
- 4.3. Poskytovateľ je povinný poskytovať zdravotnú starostlivosť osobne alebo prostredníctvom osôb, ktoré sú v pracovnoprávnom alebo obdobnom vzťahu k Poskytovateľovi a spĺňajú všetky podmienky na výkon zdravotníckeho povolania v tom odbore, v ktorom poskytuje zdravotnú starostlivosť Poskytovateľ. Poskytovateľ je povinný zabezpečiť, aby všetci zdravotnícki pracovníci, prostredníctvom ktorých poskytuje zdravotnú starostlivosť, vykonávali zdravotnícke povolanie v súlade s Etickým kódexom zdravotníckeho pracovníka.
- 4.4. Poskytovateľ je povinný poskytovať zdravotnú starostlivosť počas ordinačných hodín schválených príslušným orgánom územnej samosprávy. Pokiaľ je to z prevádzkových alebo iných dôvodov na strane Poskytovateľa potrebné, Poskytovateľ je oprávnený poskytovať zdravotnú starostlivosť aj mimo ordinačných hodín. Poskytovateľ je povinný umiestniť schválené ordinačné hodiny na viditeľnom mieste pri vstupe do zdravotníckeho zariadenia alebo ambulancie.
- 4.5. Poskytovateľ, ktorý počas ordinačných hodín nebude poskytovať zdravotnú starostlivosť, je povinný zabezpečiť zastupovanie prostredníctvom iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, ktorý má povolenie poskytovať zdravotnú starostlivosť v rovnakom špecializačnom odbore ako Poskytovateľ. Poskytovateľ je povinný zabezpečiť, aby zastupujúci poskytovateľ zdravotnej starostlivosti, ak poskytuje zdravotnú starostlivosť v zdravotníckom zariadení Poskytovateľa, zdravotnú starostlivosť poskytnutú Poistencom počas zastupovania vykazoval s použitím kódu Poskytovateľa, ktorého zastupuje. Pokiaľ Poskytovateľ nebude poskytovať zdravotnú starostlivosť po dobu dlhšiu ako 20 pracovných dní, je povinný bezodkladne o tom informovať Poistovňu.
- 4.6. Poskytovateľ smie zdravotnú starostlivosť poskytovať len s použitím zdravotníckej techniky, ktorá spĺňa požiadavky všeobecne záväzných právnych predpisov a technických noriem.
- 4.7. Poskytovateľ je povinný viesť zdravotnú dokumentáciu v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi tak, aby údaje v zdravotnej dokumentácii poskytovali pravdivý a komplexný prehľad o zdravotnej starostlivosti poskytnutej Poistencom. Poskytovateľ je povinný zdravotnú dokumentáciu týkajúcu sa Poistencov uchovávať v mieste, v ktorom podľa príslušného povolenia prevádzkuje svoje zdravotnícke zariadenie.
- 4.8. Poskytovateľ, ktorý odosiela Poistenca na ďalšie poskytovanie zdravotnej starostlivosti, je povinný vyhotoviť výpis zo zdravotnej dokumentácie, v ktorom okrem nálezitostí uvedených vo všeobecne záväzných právnych predpisoch uvedie aj výsledky a dátum vykonania laboratórnych a diagnostických vyšetrení a ostatné skutočnosti, na podklade ktorých rozhodol o odoslaní Poistenca na ďalšie poskytovanie zdravotnej starostlivosti.
- 4.9. Poskytovateľ je po poskytnutí zdravotnej starostlivosti povinný vyhotoviť výpis zo zdravotnej dokumentácie v rozsahu ním poskytnutej zdravotnej starostlivosti a poskytnúť ho poskytovateľovi všeobecnej ambulantnej starostlivosti, s ktorým má Poistenec uzavretú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, a poskytovateľovi špecializovanej ambulantnej starostlivosti, na odporúčanie ktorého poskytol Poistenec zdravotnú starostlivosť.
- 4.10. Poskytovateľ je povinný osobám, ktoré sú podľa všeobecne záväzných právnych predpisov oprávnené nahliadať do zdravotnej dokumentácie, umožniť počas ordinačných hodín alebo v inom dohodnutom čase nahliadnuť do zdravotnej dokumentácie, robiť si výpisy alebo kópie zo zdravotnej dokumentácie; revíznym lekárom Poistovne a ostatným osobám konajúcim z poverenia Poistovne je povinný poskytovať aj potrebné vysvetlenia.
- 4.11. Poskytovateľ, môže požiadať o vykonanie laboratórnych alebo diagnostických vyšetrení len toho poskytovateľa prevádzkujúceho zariadenie spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek, s ktorým má Poistovňa

uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Poskytovateľ je povinný v žiadanke o vykonanie laboratórnych alebo diagnostických vyšetrení zreteľne uviesť, vykonanie akých laboratórnych alebo diagnostických vyšetrení žiada; zároveň Poskytovateľ uvedie:

- a. meno, priezvisko a rodné číslo Poistenca;
- b. kód Poistovne;
- c. diagnózu v súlade s bodom 5.3.;
- d. presný dátum a čas odberu biologického materiálu, pokiaľ Poskytovateľ žiada o laboratórny rozbor biologického materiálu odobratého Poistencovi;
- e. počet požadovaných vyšetrení vyjadrený slovom aj číslom;
- f. kód odosielajúceho lekára, jeho podpis a odtlačok jeho pečiatky.

4.12. Ak zdravotný stav Poistenca vyžaduje nepretržité poskytovanie zdravotnej starostlivosti po dobu dlhšiu ako 24 hodín, ošetrojúci lekár Poskytovateľa môže odporučiť prijatie Poistenca do ústavnej starostlivosti. V tomto prípade je povinný vyhotoviť podrobné odôvodnenie potreby prijatia do ústavnej starostlivosti, ku ktorému priloží výpis zo zdravotnej dokumentácie.

4.13. Pri predpisovaní liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín (ďalej spoločne aj „Lieky“) Poskytovateľ postupuje podľa súčasných poznatkov farmakoterapie účelne a hospodárne. Poskytovateľ nie je oprávnený predpísať Poistencovi lieky na obdobie dlhšie ako dva mesiace; to neplatí, ak jedno balenie lieku obsahuje dávku na viac ako dva mesiace. Poskytovateľ môže predpísať Poistencovi lieky na obdobie dlhšie ako dva mesiace, nie však dlhšie ako tri mesiace, ak v zdravotnej dokumentácii odôvodní nevyhnutnosť predpísania lieku na dlhšie obdobie (napr. plánovanou návštevou Poistenca u Poskytovateľa). Poskytovateľ nie je oprávnený predpísať viac ako jedno balenie lieku, pokiaľ takýto liek v minulosti Poistencovi ešte nepredpísal. Počet a druh predpísaných balení lieku a dávkovanie lieku Poskytovateľ vyznačí v zdravotnej dokumentácii.

4.14. Poskytovateľ je pri predpisovaní a podávaní Liekov povinný dodržiavať všetky indikačné obmedzenia, preskripčné obmedzenia a terapeutické indikácie vrátane ostatných klinických informácií, ktoré vyplývajú zo súhrnu charakteristických vlastností lieku schváleného Štátnym ústavom pre kontrolu liečiv. Lieky, ktorých predpísanie alebo podanie je podľa Zoznamu liečiv a liekov plne uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia viazané na osobitný zmluvný vzťah so zdravotnou poisťovňou, môže Poskytovateľ predpísať len v prípadoch, ak sa na tom s Poisťovňou dohodol v Zmluve.

4.15. Poskytovateľ je povinný vyplniť v lekárskom predpise a lekárskom poukaze najmä meno, priezvisko a rodné číslo Poistenca, kód Poistovne, kód Lieku a diagnózu podľa bodu 5.3. s uvedením trojmiestnej položky. Poskytovateľ, ktorý predpisuje Liek na základe odporúčania odborného lekára nie staršieho ako 6 mesiacov, uvedie na druhú stranu lekárskeho predpisu poznámku „NA ODPORÚČANIE ODBORNÉHO LEKÁRA“ s uvedením mena a priezviska, názvu pracoviska príslušného odborného lekára, jeho kódu a dátumu lekárskej správy, v ktorej odporučal predpísanie Lieku. Poskytovateľ používa na predpisovanie Liekov len tlačivá lekárskeho predpisu a lekárske poukazy vyhotovené v súlade so všeobecne záväzným právnym predpisom.

4.16. Pokiaľ je v preukaze poistenca vyznačený symbol „LK“, Poisťovňa vydala Poistencovi liekovú knižku. V tomto prípade je Poskytovateľ povinný zaznamenať v liekovej knižke predpísanie liekov. Ak Poistenec nemá liekovú knižku pri sebe, Poskytovateľ je povinný upozorniť Poistenca na povinnosť mať pri sebe liekovú knižku a zaznamenať skutočnosť, že Poistenec nemá pri sebe liekovú knižku, do zdravotnej dokumentácie; ak Poistenec nemá liekovú knižku pri sebe opakovanne, Poskytovateľ o tejto skutočnosti bezodkladne informuje Poisťovňu.

4.17. Poskytovateľ nesmie vydávať Lieky v ambulancii ani v iných objektoch, zariadeniach a prevádzkach, ktoré využíva v súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti; tento zákaz sa nevzťahuje na výdaj liekov a zdravotníckych pomôcok, ktoré podľa bodu 4.18. obstarala Poisťovňa, ani na výdaj liekov, ktoré je Poskytovateľ oprávnený vydávať podľa všeobecne záväzných právnych predpisov.

4.18. Pokiaľ Poisťovňa oznámi Poskytovateľovi, že na základe zmluvy s výrobcom liekov, veľkodistribútorom liekov, výrobcom zdravotníckych pomôcok alebo veľkodistribútorom zdravotníckych pomôcok obstaráva niektoré alebo všetky lieky alebo niektoré alebo všetky zdravotnícke pomôcky uvedené vo všeobecne záväznom právnom predpise vydanom na základe § 6 ods. 14 písm. b) Zákona o zdravotných poisťovniach, je Poskytovateľ povinný písomne požiadať Poisťovňu o obstaranie takýchto liekov a zdravotníckych pomôcok vždy, keď takýto liek alebo zdravotnícku pomôcku Poistencovi mieni predpísať. V tomto prípade Poskytovateľ vyká, kým Poisťovňa liek alebo zdravotnícku pomôcku obstará a dodá ho Poskytovateľovi; to neplatí, ak

- a. zdravotný stav Poistenca vyžaduje poskytnutie neodkladnej zdravotnej starostlivosti, alebo
- b. Poisťovňa oznámi Poskytovateľovi, že liek alebo zdravotnícku pomôcku neobstará, alebo
- c. ak Poisťovňa liek alebo zdravotnícku pomôcku nedodá Poskytovateľovi do 7 kalendárnych dní odo dňa doručenia žiadosti,

Poskytovateľ je povinný liek alebo zdravotnícku pomôcku, ktoré obstarala Poisťovňa, dodať tomu Poistencovi, pre ktorého požiadal Poisťovňu o obstaranie lieku alebo zdravotníckej pomôcky. Poskytovateľovi patrí za úkony podľa tohto bodu paušálna náhrada nákladov vo výške dohodnutej v Zmluve.

4.19. Pokiaľ Poskytovateľ vykonáva biomedicínsky výskum, je povinný bezodkladne oznámiť Poisťovni mená, priezviská a rodné čísla všetkých Poistencov, ktorí sa zúčastňujú na biomedicínskom výskume u Poskytovateľa. Poskytovateľ je ďalej povinný oznámiť Poisťovni predpokladanú výšku nákladov, ktoré by v súvislosti s účasťou Poistencov na biomedicínskom výskume mali byť hrazené z verejného zdravotného poistenia.

4.20. Poskytovateľ môže v priamej súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti Poistencovi objednať u osoby, ktorá má povolenie na prevádzkovanie dopravnej zdravotnej služby, prepravu Poistenca z miesta bydliska Poistenca do miesta poskytovania zdravotnej starostlivosti Poistencovi a späť alebo medzi dvomi miestami poskytovania zdravotnej starostlivosti tomuto Poistencovi. Poskytovateľ môže objednať prepravu Poistenca len v prípade, ak Poistenec nemôže na prepravu využiť vlastný dopravný prostriedok alebo prostriedok verejnej dopravy. Poskytovateľ je povinný v zdravotnej dokumentácii odôvodniť objednanie prepravy, a to tým, že:

- a. zdravotný stav Poistenca vyžaduje počas prepravy do alebo z miesta poskytovania zdravotnej starostlivosti stálu prítomnosť zdravotníckeho pracovníka;
- b. zdravotný stav Poistenca vyžaduje počas prepravy zachovanie protiepidemického režimu, ktorý sa nedá zachovať pri inom spôsobe prepravy;
- c. Poistenec je zaradený do chronického dialyzačného programu alebo do transplantáčného programu a preprava sa týka zdravotných výkonov poskytovaných v súvislosti s týmito programami;
- d. Poistenec má zdravotné ťažkosti zapríčinené podaním chemoterapie alebo
- e. Poistenec nie je schopný samostatného pohybu.

4.21. Poskytovateľ oznamuje Poisťovni všetky úrazy alebo iné poškodenia zdravia, v súvislosti s ktorými poskytol Poistencom zdravotnú starostlivosť, ak je dôvodné podozrenie, že tieto boli spôsobené zavineným konaním tretej osoby; smrteľné úrazy, ťažké úrazy, hromadné úrazy a choroby z povolania Poskytovateľ oznamuje vždy. Poskytovateľ oznamuje Poisťovni aj každé poskytnutie zdravotnej starostlivosti osobe v dôsledku preukázaného porušenia liečebného režimu alebo užitia návykových látok. Poskytovateľ zasiela oznámenia podľa tohto bodu vždy za kalendárny mesiac, a to spolu so zúčtovacími dokladmi podľa bodu 5.6.

V. Vykazovanie poskytnutej zdravotnej starostlivosti

5.1. Poskytovateľ vykazuje poskytnutú zdravotnú starostlivosť za kalendárny mesiac, v ktorom zdravotnú starostlivosť poskytol (ďalej len „Zúčtovacie obdobie“). Poskytovateľ vykazuje poskytnutú zdravotnú starostlivosť jedenkrát za Zúčtovacie obdobie, a to do 10. dňa nasledujúceho kalendárneho mesiaca. V prípade, že Poskytovateľ vykáže poskytnutú zdravotnú starostlivosť počas Zúčtovacieho obdobia, poskytnutá zdravotná starostlivosť sa považuje za vykázanú a všetky doklady, ktoré Poskytovateľ zaslal Poisťovni v súvislosti s vykázaním zdravotnej starostlivosti za Zúčtovacie obdobie, sa považujú za doručené v 1. deň nasledujúceho kalendárneho mesiaca.

5.2. Poskytovateľ je povinný vykazovať zdravotnú starostlivosť poskytnutú v Zúčtovacom období správne, pravdivo a úplne. Zdravotná starostlivosť je vykázaná správne, pokiaľ ju Poskytovateľ vykázal v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi, Zmluvou a Všeobecnými zmluvnými podmienkami.

5.3. Poskytovateľ vykazuje choroby podľa 10. revízie Medzinárodnej klasifikácie chorôb (MKCH-10) s použitím štvormiestnych podpoložiek bez použitia bodky alebo iného interpunkčného znamienka; Poskytovateľ môže vykazovať choroby s použitím trojmiestnych položiek len v tých prípadoch, keď neexistuje štvormiestna podpoložka.

5.4. Poskytovateľ je povinný pri vykazovaní zdravotnej starostlivosti používať kódy oddelení, ambulancií a lekárov, ktoré im prideliť Úrad; do vydania kódov oddelení, ambulancií a lekárov Úradom Poskytovateľ používa doterajšie kódy oddelení, ambulancií a lekárov, ktoré vydala Všeobecná zdravotná poisťovňa.

5.5. Poskytovateľ môže vykázať zdravotnú starostlivosť, ktorú poskytol pomocou zdravotníckej techniky uvedenej v Zmluve alebo pomocou zdravotníckej techniky, s použitím ktorej vyslovila Poisťovňa predchádzajúci písomný súhlas. Poskytovateľ nesmie vykázať zdravotnú starostlivosť, ktorú poskytol pomocou zdravotníckej techniky neuvedenej v predchádzajúcej vete. Poisťovňa neuhradí Poskytovateľovi tie výkony, ktoré poskytol pomocou zdravotníckej techniky neuvedenej v Zmluve alebo pomocou zdravotníckej techniky, s použitím ktorej nevyslovila Poisťovňa predchádzajúci písomný súhlas.

5.6. Poskytnutú zdravotnú starostlivosť vykazuje Poskytovateľ zúčtovacími dokladmi. Zúčtovacím dokladom je súbor (súbory) na magnetickom no-

- siči obsahujúci zoznam zdravotných výkonov (ďalej len „Dávka“), ktoré Poskytovateľ vykonával počas Zúčtovacieho obdobia. Poskytovateľ je povinný v Dávke vykazovať zdravotné výkony v štruktúre určenej Metodickým usmernením č. 9/2006 o spracovaní a vykazovaní zdravotných výkonov poskytovateľov zdravotnej starostlivosti elektronickou formou, ktoré dňa 8. novembra 2006 vydal Úrad (ďalej len „Dátové rozhranie“). Pokiaľ Úrad rozhodne o zmene Dátového rozhrania, Poskytovateľ bude odo dňa účinnosti zmeny vykazovať zdravotné výkony podľa zmeneného Dátového rozhrania.
- 5.7. Zúčtovacím dokladom u poskytovateľa všeobecnej ambulantnej starostlivosti a u poskytovateľa špecializovanej ambulantnej starostlivosti v špecializačnom odbore „gynekológia a pôrodnictvo“ je okrem Dávky aj:
 - a. mesačný výkaz o počte, prírastku a úbytku poistencov Poistovne vo forme súboru na magnetickom nosiči podľa Dátového rozhrania;
 - b. rovnopisy dohôd o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, ktoré Poskytovateľ uzatvoril počas Zúčtovacieho obdobia s Poistencami.
 - 5.8. Súborný na magnetickom nosiči podľa tohto článku Poskytovateľ zasiela Poistovní spravidla na jednej diskete formátu 3½".
 - 5.9. Poskytovateľ môže na základe osobitnej dohody zasielať Poistovní zúčtovacie doklady aj prostredníctvom elektronickej podateľne, ktorú prevádzkuje Poistovňa na svojej internetovej stránke <https://www.dovera.sk/pz>. Povinnosť zaslať Poistovní zúčtovacie doklady, ktoré vznikli v listinnej podobe, tým nie je dotknutá.
 - 5.10. Poistovňa do 20 kalendárnych dní odo dňa doručenia zúčtovacích dokladov do Poistovne vykoná kontrolu formálnej a vecnej správnosti údajov uvedených v zúčtovacích dokladoch. Poistovňa najmä preverí, či osoby, ktorým Poskytovateľ poskytol v Zúčtovacom období zdravotnú starostlivosť, boli počas poskytovania zdravotnej starostlivosti poistencami Poistovne alebo osobami, ktorým mala byť poskytnutá zdravotná starostlivosť na účet Poistovne. Poistovňa ďalej vykoná kontrolu, či zdravotná starostlivosť bola vykázaná v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi, Zmluvou a VZP, najmä či Poskytovateľ dodržal obmedzenia pre vykazovanie kombinácií jednotlivých výkonov vyplývajúce zo všeobecne záväzných právnych predpisov.
 - 5.11. Pokiaľ Poistovňa zistí, že v zúčtovacích dokladoch boli uvedené nesprávne, nepravdivé alebo neúplné údaje, Poistovňa vyhotoví zoznam obsahujúci nesprávne, nepravdivé alebo neúplné údaje (ďalej len „Protokol sporných dokladov“); Poistovňa pri každom údají uvedie, v čom spočíva jeho nesprávnosť, nepravdivosť alebo neúplnosť. Poistovňa vyhotoví Protokol sporných dokladov v elektronickej podobe a doručí ho Poskytovateľovi na magnetickom nosiči v lehote uvedenej v bode 5.10., pokiaľ sa Poskytovateľ a Poistovňa nedohodnú v Zmluve inak. Oprávnenie Poistovne vykonať u Poskytovateľa kontrolu všetkých údajov uvedených v zúčtovacích dokladoch nie je týmto bodom dotknuté.
 - 5.12. Poskytovateľ môže proti Protokolu sporných dokladov podať písomné námietky, pokiaľ sa domnieva, že údaje uvedené v Protokole sporných dokladov Poistovňa nemala vyhodnotiť ako nesprávne, nepravdivé alebo neúplné. Poskytovateľ môže podať námietky do 30 kalendárnych dní odo dňa doručenia Protokolu sporných dokladov Poskytovateľovi, inak sa údaje uvedené v Protokole sporných dokladov považujú za správne. Poskytovateľ je povinný v námietkach uviesť všetky skutočnosti, ktorými preukáže správnosť, pravdivosť a úplnosť vykazanej zdravotnej starostlivosti, a priložiť k námietkam Dávku obsahujúcu tie zdravotné výkony uvedené v Protokole sporných dokladov, ktoré Poistovňa nemala vyhodnotiť ako nesprávne, nepravdivé alebo neúplné (ďalej len „Reklamačná dávka“).
 - 5.13. Pokiaľ Poskytovateľ opomenul vykázať zdravotnú starostlivosť poskytnutú v príslušnom Zúčtovacom období, je povinný ju vykázať spolu so zúčtovaním za ten kalendárny mesiac, v ktorom zistil, že ju opomenul vykázať za príslušné Zúčtovacie obdobie, najneskôr však do 1. marca kalendárneho roka nasledujúceho po kalendárnom roku, v ktorom bola zdravotná starostlivosť poskytnutá. Zdravotnú starostlivosť podľa tohto bodu je Poskytovateľ povinný vykázať samostatnou Dávkou za každý kalendárny mesiac, za ktorý opomenul vykázať zdravotnú starostlivosť (ďalej len „Dodatočná dávka“). Poskytovateľ nesmie v Dodatočnej dávke uviesť také zdravotné výkony, ktoré už za príslušný kalendárny mesiac vykázal v Dávke alebo v Reklamačnej dávke.
 - 5.14. Na vykazovanie zdravotnej starostlivosti Reklamačnou dávkou a Dodatočnou dávkou a kontrolu takto vykazanej zdravotnej starostlivosti sa primerane vzťahujú ustanovenia tohto článku. K Protokolu sporných dokladov viažucemu sa na Reklamačnú dávku však Poskytovateľ nie je oprávnený zaslať Poistovní ďalšiu Reklamačnú dávku.

VI. Platobné podmienky

- 6.1. Podkladom pre výpočet úhrady za zdravotnú starostlivosť poskytnutú v Zúčtovacom období je Dávka, Reklamačná dávka a Dodatočná dávka. Pokiaľ Poistovňa vyhotovila k Dávke, Reklamačnej dávke alebo Dodatočnej dávke Protokol sporných dokladov, úhrada za zdravotnú starostlivosť sa zníži o hodnotu zdravotných výkonov uvedených v Protokole sporných dokladov.
- 6.2. Poistovňa uhradí úhradu za zdravotnú starostlivosť na základe faktúry. Faktúra musí obsahovať najmä:

- a. meno a adresu miesta prevádzkovania zdravotníckeho zariadenia Poskytovateľa, jeho identifikačné číslo, daňové identifikačné číslo a identifikačné číslo pre daň z pridanej hodnoty, ak mu je pridelené;
 - b. obchodné meno a adresu sídla alebo pobočky Poistovne, jej identifikačné číslo, daňové identifikačné číslo a identifikačné číslo pre daň z pridanej hodnoty;
 - c. poradové číslo faktúry;
 - d. dátum, kedy bola služba dodaná (spravidla posledný kalendárny deň Zúčtovacieho obdobia);
 - e. dátum vyhotovenia faktúry;
 - f. výšku úhrady za zdravotnú starostlivosť poskytnutú v Zúčtovacom období Poistencom vypočítanú podľa Zmluvy;
 - g. sadzbu dane z pridanej hodnoty alebo údaj o oslobodení od tejto dane, ak je Poskytovateľ platiteľom dane z pridanej hodnoty.
- 6.3. Poskytovateľ môže ku každej Dávke, Reklamačnej dávke a Dodatočnej dávke vyhotoviť najviac jednu faktúru, ktorú zašle Poistovní spolu so zúčtovacími dokladmi (bod 5.6.); faktúra sa môže vzťahovať len na jeden kalendárny mesiac. Faktúru, ktorá nemá všetky náležitosti uvedené v bode 6.2., Poistovňa vráti Poskytovateľovi na opravu alebo doplnenie.
 - 6.4. Ak Poistovňa vyhotovila a doručila Poskytovateľovi Protokol sporných dokladov a z tohto protokolu vyplýva, že úhrada za zdravotnú starostlivosť vykázanú v Dávke, Reklamačnej dávke alebo Dodatočnej dávke mala byť iná, ako je uvedená na faktúre, Poskytovateľ je povinný vystaviť k faktúre opravnú faktúru (dobropis), ktorá má náležitosti faktúry podľa bodu 6.2. a ktorá sa jednoznačne vzťahuje na pôvodnú faktúru. Poskytovateľ opravnou faktúrou (dobropisom) pôvodnú faktúru doplní tak, aby pôvodne fakturovaná suma bola opravnou faktúrou (dobropisom) znížená o hodnotu zdravotných výkonov uvedených v Protokole sporných dokladov viažucemu sa k Dávke, Reklamačnej dávke alebo Dodatočnej dávke.
 - 6.5. Pre prípad, že Poskytovateľ nezaslal Poistovní spolu s Dávkou, Reklamačnou dávkou alebo Dodatočnou dávkou faktúru, Poistovňa a Poskytovateľ sa dohodli, že faktúru na úhradu za zdravotnú starostlivosť vyhotoví Poistovňa v mene a na účet Poskytovateľa. Poistovňa je povinná vyhotoviť faktúru a odoslať ju Poskytovateľovi v lehote uvedenej v bode 5.10. Poistovňa vo faktúre uvedie výšku úhrady za zdravotnú starostlivosť zistenú z Dávky, Reklamačnej dávky alebo Dodatočnej dávky, zníženú o hodnotu zdravotných výkonov uvedených v Protokole sporných dokladov. Poistovňa uvedie ako deň vystavenia faktúry ten deň, v ktorý Poskytovateľ doručil Poistovní zúčtovacie doklady za Zúčtovacie obdobie, ktorého sa týka faktúra. Poistovňa vo faktúre neuvedie jej poradové číslo. Deň vystavenia faktúry doplnený Poistovňou sa na účely určenia splatnosti úhrady za zdravotnú starostlivosť podľa prvej vety bodu 6.7. považuje za deň doručenia faktúry Poistovní. Poskytovateľ je povinný do faktúry podľa tohto bodu doplniť poradové číslo a faktúru podpísať, označiť odtlačkom svojej pečiatky a doručiť Poistovní, všetko v lehote 5 dní od jej doručenia Poistovňou.
 - 6.6. Poistovňa môže vystaviť faktúru postupom podľa bodu 6.5. a zaslať ju Poskytovateľovi spolu s Protokolom sporných dokladov aj v prípade, keď Poskytovateľ vystavil a zaslal Poistovní faktúru podľa bodu 6.3. Ak Poskytovateľ vo faktúre vystavenej Poistovňou doplní poradové číslo faktúry rovnaké ako vo faktúre, ktorú pôvodne vystavil, a faktúru podpíše a označí odtlačkom svojej pečiatky, platí, že pôvodne vystavenú faktúru Poskytovateľ stornoval.
 - 6.7. Úhrada za zdravotnú starostlivosť vykázanú v Dávke, Reklamačnej dávke a Dodatočnej dávke je splatná do 30 dní odo dňa doručenia faktúry, ktorá má všetky náležitosti podľa bodu 6.2., pokiaľ z druhej alebo tretej vety tohto bodu nevyplýva neskoršia splatnosť faktúry. V prípade, ak Poskytovateľovi vznikla povinnosť vystaviť v súlade s bodom 6.4. opravnú faktúru (dobropis), faktúra je splatná 10 dní odo dňa doručenia opravnej faktúry (dobropisu) Poistovní. V prípade, ak faktúru vyhotovila Poistovňa v súlade s bodom 6.5. alebo 6.6., faktúra je splatná 10 dní odo dňa doručenia faktúry s doplneným poradovým číslom a podpísanej a označenej odtlačkom pečiatky Poskytovateľa Poistovní.
 - 6.8. Záväzok Poistovne zaplatiť Poskytovateľovi úhradu za zdravotnú starostlivosť je splnený pripísaním peňažných prostriedkov v prospech účtu Poskytovateľa.
 - 6.9. Poskytovateľ môže postúpiť na tretiu osobu svoju pohľadávku voči Poistovní, ktorá je menej ako 15 dní po splatnosti, len s predchádzajúcim písomným súhlasom Poistovne.

VII. Kontrolná činnosť

- 7.1. Poistovňa je oprávnená kedykoľvek a bez predchádzajúceho oznámenia vykonať u Poskytovateľa kontrolu. Kontrolná činnosť je zameraná na:
 - a. účelnosť, efektivnosť a hospodárnosť vynakladania prostriedkov verejného zdravotného poistenia;
 - b. rozsah a kvalitu poskytovania zdravotnej starostlivosti.
- 7.2. Kontrolu vykonáva revízný lekár a revízný farmaceut; ak ide o kontrolu hospodárnosti vynakladania prostriedkov verejného zdravotného poistenia, kontrolu môže vykonávať aj zamestnanec poverený výkonom kontroly.

- 7.3. Revízný lekár, revízný farmaceut aj zamestnanec poverený výkonom kontroly (ďalej len „Poverené osoby“) sú povinní najneskôr pri začatí kontroly preukázať sa služobným preukazom a poverením na výkon kontroly.
- 7.4. Poverené osoby vykonávajú kontrolu spravidla v pracovných dňoch počas schválených ordinálnych hodín Poskytovateľa, pokiaľ sa s Poskytovateľom nedohodnú v jednotlivom prípade inak.
- 7.5. Poverené osoby sú pri výkone kontroly oprávnené:
- vstupovať do ambulancie Poskytovateľa, ako aj do akýchkoľvek iných objektov, zariadení a prevádzok, ktoré Poskytovateľ využíva na poskytovanie zdravotnej starostlivosti;
 - nahlíadať do zdravotnej dokumentácie; to sa nevzťahuje na zamestnanca povereného výkonom kontroly;
 - nahlíadať do technickej dokumentácie týkajúcej sa zdravotníckej techniky, ktorú Poskytovateľ používa v súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti;
 - nahlíadať do účtovných dokladov vzhľadom na rozsah poskytnutej zdravotnej starostlivosti a účelnosť, efektívnosť a hospodárnosť vynakladania prostriedkov verejného zdravotného poistenia;
 - urobiť alebo si vyžiadať výpis, odpis alebo kópiu dokladov uvedených v písm. b. až d.;
 - vyžiadať od Poskytovateľa a akýchkoľvek osôb, ktoré sa v mene Poskytovateľa podieľajú na poskytovaní zdravotnej starostlivosti, aby im po začatí kontroly poskytovali súčinnosť potrebnú na dosiahnutie účelu kontroly, najmä aby im poskytli potrebné vysvetlenia ku kontrolovaným skutočnostiam.
- 7.6. Poskytovateľ je povinný umožniť Povereným osobám vykonanie kontroly a poskytnúť im požadované informácie, listiny a potrebnú súčinnosť a zdržať sa konania, ktoré by mohlo mať výkon kontrolnej činnosti.
- 7.7. Ak má Poskytovateľ pochybnosť o nezáujatosti Poverených osôb, môže podať Poistovní písomné námietky, v ktorých je povinný uviesť všetky dôvody, pre ktoré by mali byť Poverené osoby pre ich zaujatosť vylúčené z vykonávania kontroly. Podanie námietok nemá odkladný účinok. O námietkach rozhodne Poistovňa do 5 dní odo dňa ich doručenia.
- 7.8. Poverené osoby vypracujú o výsledku kontroly:
- protokol o kontrole (ďalej len „Protokol“), ak sa kontrolou zistí porušenie všeobecne záväzných právnych predpisov alebo porušenie podmienok Zmluvy alebo VZP;
 - záznam o kontrole (ďalej len „Záznam“), ak sa kontrolou nezistí porušenie všeobecne záväzných právnych predpisov ani porušenie podmienok Zmluvy alebo VZP.
- 7.9. Protokol obsahuje:
- číselné označenie Protokolu;
 - obchodné meno a sídlo Poistovne;
 - ak je Poskytovateľ právnickou osobou, potom jeho obchodné meno a sídlo a meno a priezvisko jeho odborného zástupcu, a ak je Poskytovateľ fyzickou osobou, potom jeho meno a priezvisko a miesto prevádzkovania zdravotníckeho zariadenia;
 - číslo poverenia na výkon kontroly a dátum jeho vystavenia;
 - mená a priezviská Poverených osôb;
 - mená a priezviská osôb, ktoré sa okrem fyzických osôb uvedených v písm. c. zúčastnili za Poskytovateľa na kontrole;
 - miesto a dátum vykonania kontroly (v prípade, že sa kontrola uskutočňuje viac dní, uvedie sa deň začiatku a deň skončenia kontroly);
 - predmet kontroly, v ktorom sa popíše zameranie kontroly;
 - vymedzenie časového obdobia poskytovania zdravotnej starostlivosti, ktorého sa týkala vykonávaná kontrola;
 - kontrolou zistené nedostatky s uvedením ustanovenia všeobecne záväzného právneho predpisu, Zmluvy alebo VZP, ktoré Poskytovateľ porušil, a návrh opatrení na ich odstránenie;
 - miesto a dátum vypracovania Protokolu;
 - podpisy všetkých Poverených osôb, ktoré sa zúčastnili na vykonávaní kontroly.
- 7.10. Poverené osoby zabezpečia vypracovanie Protokolu a jeho doručenie Poskytovateľovi v lehote do 20 kalendárnych dní odo dňa skončenia kontroly.
- 7.11. Poskytovateľ môže proti skutočnostiam uvedeným v Protokole podať námietky; námietky musia byť písomné a lehota na ich podanie je 20 kalendárnych dní odo dňa doručenia Protokolu Poskytovateľovi. Poverené osoby preveria údaje uvedené v námietkach v lehote do 20 kalendárnych dní.
- 7.12. Poverené osoby prerokujú s Poskytovateľom Protokol a námietky podľa bodu 7.11. a spíšu o výsledkoch prerokovania zápisnicu, ktorá sa považuje za dodatok k Protokolu. Zápisnica obsahuje najmä:
- obchodné meno a sídlo Poistovne;
 - ak je Poskytovateľ právnickou osobou, potom jeho obchodné meno a sídlo a meno a priezvisko jeho odborného zástupcu, a ak je Poskytovateľ fyzickou osobou, potom jeho meno a priezvisko a miesto prevádzkovania zdravotníckeho zariadenia;
 - číslo Protokolu;
 - mená a priezviská Poverených osôb;
 - mená a priezviská osôb, ktoré sa okrem fyzických osôb uvedených v písm. b. zúčastnili za Poskytovateľa na prerokovaní Protokolu;
 - miesto a dátum prerokovania Protokolu;
 - závery vyplývajúce z prerokovania Protokolu, ktoré môžu obsahovať aj vyčíslenie výšky škody spôsobenej porušením povinností Poskytovateľom, prípadne návrh Poverených osôb na uloženie sankcie Poskytovateľovi;
 - lehoty na odstránenie zistených nedostatkov;
 - podpisy všetkých fyzických osôb uvedených v písmenách b., d. a e.
- 7.13. Pokiaľ Poskytovateľ nepodal proti Protokolu 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 podľa bodu 7.12. sa v tomto prípade nespisuje.
- 7.14. Záznam obsahuje všetky náležitosti uvedené v bode 7.9. okrem náležitosti uvedenej v písm. j. Poverené osoby zabezpečia vypracovanie Záznamu a jeho doručenie Poskytovateľovi v lehote do 10 kalendárnych dní odo dňa skončenia kontroly.
- 7.15. Poskytovateľ, ktorý prevádzkuje zariadenie spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek, je povinný na žiadosť Poistovne predložiť Poistovní originály všetkých žiadaniek, na základe ktorých vykonal v období uvedenom v žiadosti Poistovne laboratorne a diagnostické vyšetrenia súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti Poistencom. Poistovňa je povinná po vykonaní kontroly všetky žiadanky Poskytovateľovi vrátiť.

VIII. Následky porušenia povinností

- 8.1. Poskytovateľ aj Poistovňa sú povinní riadne a včas plniť všetky povinnosti, ktoré pre nich v súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a vykonávaním verejného zdravotného poistenia vyplývajú zo všeobecne záväzných právnych predpisov, Zmluvy a VZP (ďalej pre účely tohto článku ako „Povinnosti“). Porušenie Povinností sa podľa intenzity delí na:
- menej závažné porušenie Povinností;
 - závažné porušenie Povinností a
 - podstatné porušenie Povinností.
- 8.2. Pokiaľ nie je v Zmluve alebo vo VZP uvedené inak, porušenie Povinností je vždy menej závažným porušením Povinností. Pri menej závažnom porušení Povinností môže tá zmluvná strana, ktorá Povinnosť neporušila, doručiť zmluvnej strane, ktorá Povinnosť porušila, písomné upozornenie, v ktorom uvedie, ktorá Povinnosť bola porušená; zároveň môže uviesť primeranú lehotu na odstránenie porušenia Povinností.
- 8.3. Pokiaľ menej závažné porušenie Povinností spočíva v porušení povinností uvedenej v bode 5.2. tým, že Poskytovateľ vykázal zdravotnú starostlivosť, ktorú neposkytol, môže Poistovňa uplatniť u Poskytovateľa zmluvnú pokutu vo výške dvojnásobku úhrady za zdravotnú starostlivosť, ktorú Poskytovateľ vykázal, no neposkytol.
- 8.4. Závažným porušením Povinností je opakované menej závažné porušenie Povinností a porušenie povinností uvedených v bodoch 2.4., 4.6., 4.7., 4.13., 4.14., 4.20. a 7.6. Pri závažnom porušení Povinností môže Poistovňa:
- uplatniť u Poskytovateľa zmluvnú pokutu vo výške jednej pätniny úhrady za zdravotnú starostlivosť, ktorú Poskytovateľ poskytol Poistencom v kalendárnom mesiaci bezprostredne predchádzajúcom mesiacu, v ktorom bola Povinnosť porušená, avšak najmenej 16,60 EUR a najviac 331,94 EUR;
 - vypovedať Zmluvu.
- Opakovaným menej závažným porušením Povinností je porušenie takej Povinnosti, na porušenie ktorej bol Poskytovateľ počas predchádzajúcich 12 kalendárnych mesiacov už písomne upozornený podľa bodu 8.2.
- 8.5. Podstatným porušením Povinností je opakované závažné porušenie Povinností a porušenie povinností uvedenej v bode 4.17. Pri podstatnom porušení Povinností môže Poistovňa:
- uplatniť u Poskytovateľa zmluvnú pokutu vo výške úhrady za zdravotnú starostlivosť, ktorú Poskytovateľ poskytol Poistencom v kalendárnom mesiaci bezprostredne predchádzajúcom mesiacu, v ktorom bola Povinnosť porušená, avšak najmenej 82,98 EUR a najviac 1 659,70 EUR;
 - odstúpiť od Zmluvy.
- Opakovaným závažným porušením Povinností je porušenie takej Povinnosti, za porušenie ktorej bol Poskytovateľ počas predchádzajúcich 12 kalendárnych mesiacov už povinný zaplatiť Poistovní zmluvnú pokutu podľa bodu 8.4. písm. a.
- 8.6. Poistovňa sa môže u Poskytovateľa domáhať nároku na náhradu škody spôsobenej v dôsledku porušenia Povinností vo výške presahujúcej zmluvnú pokutu.
- 8.7. Poistovňa, ak je v omeškaní s plnením svojho peňažného záväzku voči Poskytovateľovi, je povinná zaplatiť Poskytovateľovi úrok z omeškania vo výške základnej úrokovej sadzby Národnej banky Slovenska platnej

v deň vzniku omeškania a zvýšenej o 10 % ročne z dlžnej sumy, a to výhradne na základe faktúry vyhotovenej Poskytovateľom, ktorej lehota splatnosti nesmie byť kratšia ako 10 kalendárnych dní od jej doručenia Poistovní.

IX. Poskytovanie zdravotnej starostlivosti poistencom Európskej únie

- 9.1. Poskytovateľ sa za podmienok uvedených v tomto článku zaväzuje poskytovať zdravotnú starostlivosť poistencom členských krajín Európskej únie (s výnimkou Slovenskej republiky), Nórska, Lichtenštajnska, Švajčiarska a Islandu (ďalej len „Poistenci EÚ“).
- 9.2. Poistenec EÚ, ktorý sa dočasne zdržiava na území Slovenskej republiky, má nárok na poskytnutie zdravotnej starostlivosti, ak je lekárske potrebná vzhľadom na predpokladanú dĺžku pobytu Poistenca na území Slovenskej republiky. Zdravotná starostlivosť sa poskytne v takom rozsahu, aby Poistenec EÚ nemusel opustiť územie Slovenskej republiky skôr, ako pôvodne zamýšľal. Poistenec EÚ nemá nárok na takú zdravotnú starostlivosť, za poskytnutím ktorej zámerne vycestoval na územie Slovenskej republiky bez súhlasu svojej príslušnej zahraničnej inštitúcie.
- 9.3. Poistenec EÚ, ktorý má na území Slovenskej republiky bydlisko a je zdravotne poistený v niektorom zo štátov uvedených v bode 9.1., má nárok na poskytnutie zdravotnej starostlivosti v rovnakom rozsahu, v akom má tento nárok Poistenec.
- 9.4. Poistenec EÚ preukazuje svoj nárok na poskytnutie zdravotnej starostlivosti formulárom vystaveným príslušnou zahraničnou inštitúciou, európskym preukazom zdravotného poistenia, náhradným certifikátom k európskemu preukazu zdravotného poistenia alebo slovenským preukazom poistenca označeným skratkou EÚ.
- 9.5. Ak si Poistenec EÚ zvolil Poistovňu za svoju zmluvnú zdravotnú poisťovňu na území Slovenskej republiky alebo mu ju určil Poskytovateľ, keď zdravotný stav Poistenca EÚ neumožňoval voľbu zdravotnej poisťovne, Poskytovateľ poskytne Poistencovi EÚ zdravotnú starostlivosť na účet Poistovne.
- 9.6. Poskytovateľ pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti Poistencovi EÚ na účet Poistovne postupuje rovnako, ako pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti Poistencom, pokiaľ z tohto článku alebo zo všeobecne záväzných právnych predpisov nevyplýva odlišný postup.
- 9.7. V akýchkoľvek tlačivách (napr. lekárske predpis, lekárske poukazy, príkaz na prepravu poistenca, atď.) Poskytovateľ uvádza identifikačné číslo Poistenca EÚ uvedené v doklade podľa bodu 9.4.
- 9.8. Zdravotnú starostlivosť poskytnutú Poistencovi EÚ na účet Poistovne vykáže Poskytovateľ v súlade s odborným usmernením MZ SR pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v oblasti poskytovania a úhrady vecných dávok podľa Nariadení Rady (EHS) č. 1408/71 a č. 574/72 účinných v čase poskytnutia zdravotnej starostlivosti Poistencovi EÚ.
- 9.9. Za poskytnutie zdravotnej starostlivosti Poistencovi EÚ na účet Poistovne patrí Poskytovateľovi úhrada v rovnakej výške ako pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti Poistencom, pokiaľ zo Zmluvy nevyplýva iná úhrada; Poskytovateľovi však nepatrí paušálna mesačná úhrada (kapitácia) za Poistenca EÚ.

X. Poskytovanie zdravotnej starostlivosti poistencom HIGHMARK

- 10.1. Poskytovateľ sa za podmienok uvedených v tomto článku zaväzuje poskytovať zdravotnú starostlivosť poistencom zdravotnej poisťovne HIGHMARK Blue Cross Blue Shield, so sídlom 120 Fifth Avenue, Suite P2109, Pittsburgh, PA 15222-30999, Spojené štáty americké (ďalej len „poisťovňa HIGHMARK“).
- 10.2. Pred začatím poskytovania zdravotnej starostlivosti je Poskytovateľ povinný zistiť osobnú totožnosť poistenca poisťovne HIGHMARK z preukazu totožnosti, ktorým je buď cestovný pas alebo povolenie na pobyt v Slovenskej republike, a overiť jeho poistný vzťah k poisťovni predložením identifikačnej karty poisťovne HIGHMARK a preukazu poistenca Poistovne označeného „HIGHMARK“.
- 10.3. Poskytovateľ vyžaduje zdravotnú starostlivosť poskytnutú poistencom poisťovne HIGHMARK na osobitnom tlačive, ktoré je dostupné na internetovej stránke Poistovne (<http://www.dovera.sk>) alebo ho Poistovňa bezplatne poskytne Poskytovateľovi na jeho požiadanie. Poskytovateľ je povinný v tlačive vyplniť všetky údaje. Na vykazovanie a kontrolu vykazovania zdravotnej starostlivosti poskytnutej poistencom poisťovne HIGHMARK sa primerane použijú ustanovenia bodov 5.1. a nasl.
- 10.4. V akýchkoľvek tlačivách (napr. lekárske predpis, lekárske poukazy, príkaz na prepravu poistenca, atď.) Poskytovateľ uvádza rodné číslo poistenca uvedené v preukaze poistenca Poistovne označenom „HIGHMARK“ a identifikačné číslo poistenca uvedené v identifikačnej karte poisťovne HIGHMARK.
- 10.5. Za poskytnutie zdravotnej starostlivosti poistencovi poisťovne HIGHMARK patrí Poskytovateľovi úhrada v rovnakej výške ako pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti Poistencom, pokiaľ zo Zmluvy nevyplýva iná úhrada; Poskytovateľovi však nepatrí paušálna mesačná úhrada (kapitácia) za poistenca poisťovne HIGHMARK. Poistovňa uhradí

Poskytovateľovi za zdravotnú starostlivosť poskytnutú poistencovi poisťovne HIGHMARK nad rámec finančného objemu, ak bol stanovený.

XI. Povinnosť mlčanlivosti a ochrana osobných údajov

- 11.1. Poisťovňa je povinná zabezpečiť, aby jej zamestnanci a ďalšie osoby podieľajúce sa na činnosti Poisťovne zachovávali voči tretím osobám mlčanlivosť o skutočnostiach týkajúcich sa zdravotného stavu Poistencov alebo týkajúcich sa zdravotnej starostlivosti, ktorú Poskytovateľ poskytol Poistencom.
- 11.2. Poskytovateľ je povinný zachovávať mlčanlivosť voči tretím osobám o skutočnostiach týkajúcich sa zdravotného stavu Poistencov alebo zdravotnej starostlivosti, ktorú Poskytovateľ poskytol Poistencom. Poskytovateľ – právnická osoba – je povinný zabezpečiť, aby jeho zamestnanci a ďalšie osoby podieľajúce sa na poskytovaní zdravotnej starostlivosti Poistencom zachovávali voči tretím osobám mlčanlivosť o skutočnostiach uvedených v predchádzajúcej vete.
- 11.3. Poskytovateľ ani Poisťovňa nemajú povinnosť zachovávať mlčanlivosť v tých prípadoch, kedy sú podľa všeobecne záväzných právnych predpisov povinní poskytnúť alebo sprístupniť údaje tretím osobám. Poskytovateľ, jeho zamestnanci ani osoby podieľajúce sa na poskytovaní zdravotnej starostlivosti nemajú povinnosť zachovávať mlčanlivosť o Poistencovi vo vzťahu k iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, ak poskytnutie informácií o Poistencovi je nevyhnutným predpokladom pre ďalšie poskytovanie zdravotnej starostlivosti.
- 11.4. Poskytovateľ aj Poisťovňa sú povinní pri spracúvaní osobných údajov Poistencov postupovať v súlade so zákonom č. 428/2002 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov.

XII. Doručovanie

- 12.1. Zmluvné strany doručujú akékoľvek písomnosti, oznámenia, informácie a magnetické nosiče (ďalej len „Zásielka“) poštou na adresu určenú podľa bodu 12.3., kuriérom alebo osobne, pokiaľ z ostatných ustanovení VZP nevyplýva aj možnosť doručovania Zásielok elektronickými prostriedkami. Za deň doručenia Zásielky sa pokladá
 - a. deň prevzatia Zásielky zmluvnou stranou, ktorá je adresátom, alebo
 - b. deň, v ktorý zmluvná strana, ktorá je adresátom, odoprela doručovanú Zásielku prevziať, alebo
 - c. deň, v ktorý márne uplynie minimálne 10-dňová úložná lehota pre vyzdvihnutie si Zásielky na pošte, ak bola Zásielka odoslaná doporučené, a to aj vtedy, keď sa adresát o uložení Zásielky nedozvedel, alebo
 - d. deň, v ktorý je na Zásielke doručovanej poštou zmluvnej strane, preukázateľne pracovníkom pošty vyznačená poznámka, že „adresát sa odštáhoval“, „adresát je neznámy“ alebo iná poznámka podobného významu, pokiaľ sa takéto poznámka zakladá na pravde.
- 12.2. Pokiaľ sa Zásielka odoslaná Poskytovateľovi doporučené vrátila Poisťovní s poznámkou „v úložnej lehote nevyzdvihnuté“ a zo včasného oznámenia Poskytovateľa podľa poslednej vety bodu 4.5. vyplýva, že Poskytovateľ v čase uplynutia úložnej lehoty neposkytoval zdravotnú starostlivosť, Poistovňa odošle Zásielku Poskytovateľovi opakovane.
- 12.3. Pre potreby doručovania prostredníctvom pošty sa použijú:
 - a. pri doručovaní Poistovní adresy príslušnej pobočky Poistovne uvedenej v záhlaví Zmluvy, inak sídlo Poistovne,
 - b. pri doručovaní Poskytovateľovi adresy poskytovateľa uvedenej v záhlaví Zmluvy,ibaže odosielať zmluvnej strane adresát Zásielky oznámil novú adresu určenú na doručovanie Zásielok. V prípade akejkoľvek zmeny adresy určenej na doručovanie Zásielok sa príslušná zmluvná strana zaväzuje o zmene adresy písomne informovať druhú zmluvnú stranu; v takomto prípade je pre doručovanie rozhodujúca nová adresa riadne oznámená zmluvnej strane pred odoslaním Zásielky.

XIII. Trvanie, zmena a zánik Zmluvy

- 43.1. 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.
- 13.2. Deň účinnosti Zmluvy je uvedený v Zmluve. Pokiaľ by tento údaj v Zmluve nebol uvedený, alebo pokiaľ by deň účinnosti uvedený v Zmluve predchádzal dňu uzatvorenia Zmluvy, platí, že zmluvné strany si dohodli deň účinnosti Zmluvy totožný s dňom uzatvorenia Zmluvy.
- 13.3. Zmluva sa uzatvára na dobu 12 mesiacov počítaných odo dňa účinnosti Zmluvy; pokiaľ posledný deň trvania Zmluvy pripadne na iný ako prvý deň kalendárneho štvrtka, Zmluva zaniká až uplynutím posledného dňa tohto kalendárneho štvrtka. V prípade, ak žiadnej zmluvnej strane nebude najneskôr 6 týždňov pred uplynutím doby trvania Zmluvy doručené písomné oznámenie druhej zmluvnej strany, že nemá záujem na ďalšom trvaní Zmluvy, doba trvania Zmluvy sa automaticky predlžuje

- vždy o ďalších 12 mesiacov odo dňa, kedy malo dôjsť k zániku Zmluvy uplynutím času.
- 13.4. Poistovnía i Poskytovateľ sú oprávnení kedykoľvek počas trvania Zmluvy požiadať druhú zmluvnú stranu o vykonanie zmien v Zmluve; zmenu Zmluvy je možné uskutočniť výlučne v písomnej forme na základe dohody zmluvných strán.
- 13.5. Zmluva zaniká:
- dohodou zmluvných strán;
 - uplynutím doby, na ktorú bola Zmluva uzatvorená, pokiaľ niektorá zmluvná strana postupom podľa bodu 13.3. oznámila druhej zmluvnej strane, že nemá záujem na ďalšom trvaní Zmluvy;
 - na základe písomnej výpovede z dôvodov uvedených v Zákone o zdravotných poisťovniach alebo vo VZP;
 - na základe písomného odstúpenia od Zmluvy podľa bodu 8.5. písm. b., pričom Zmluva zaniká dňom nasledujúcim po dni doručenia odstúpenia od Zmluvy druhej zmluvnej strane;
 - dňom zrušenia alebo zániku povolenia Poisťovne na vykonávanie verejného zdravotného poistenia,
 - dňom zrušenia alebo zániku povolenia Poskytovateľa na poskytovanie zdravotnej starostlivosti v rozsahu Zmluvy.
- Výpovedná doba je tri mesiace a začína plynúť vždy prvým dňom kalendárneho mesiaca nasledujúceho po mesiaci, v ktorom bola výpoveď doručená druhej zmluvnej strane.

XIV. Záverečné ustanovenia

- 14.1. Právny vzťah Poisťovne a Poskytovateľa a ich práva a povinnosti pri poskytovaní a úhrade zdravotnej starostlivosti sa vo veciach neupravených Zmluvou ani Všeobecnými zmluvnými podmienkami spravujú Zákonom o liekoch, Zákonom o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, Zákonom o rozsahu zdravotnej starostlivosti, Zákonom o zdravotnej starostlivosti, Zákonom o zdravotných poisťovniach, zákonom č. 513/1991 Zb. Obchodný zákonník v znení neskorších predpisov a ostatnými všeobecne záväznými právnymi predpismi.
- 14.2. Poskytovateľ je povinný bez zbytočného odkladu oznamovať a preukazovať príslušnými listinami Poisťovni všetky zmeny týkajúce sa Poskytovateľa a zmluvného vzťahu Poskytovateľa s Poisťovňou, najmä zmenu:

- údajov uvedených v povolení na prevádzkovanie ambulancie;
 - identifikačných a kontaktných údajov vrátane čísla bežného účtu;
 - v zozname oddelení, ambulancií a lekárov alebo zmenu v kódoch, ktoré im pridelil Úrad (bod 5.4.).
- 14.3. Poisťovňa je povinná oznámiť Poskytovateľovi zmenu svojich identifikačných a kontaktných údajov.
- 14.4. V rozsahu, v akom sa ustanovenia Zmluvy líšia od ustanovení VZP, sú rozhodujúce ustanovenia Zmluvy.
- 14.5. V prípade, že niektoré ustanovenia Zmluvy alebo Všeobecných zmluvných podmienok sú alebo sa z akéhokoľvek dôvodu stanú neplatné, neúčinné alebo nevynútiteľné (obsoletné), nemá to a ani to nebude mať za následok neplatnosť, neúčinnosť alebo nevynútiteľnosť ostatných ustanovení Zmluvy ani Všeobecných zmluvných podmienok. Zmluvné strany sú povinné v dobrej viere rokovať, aby bolo neplatné, neúčinné alebo nevynútiteľné ustanovenie písomne nahradené iným ustanovením, ktorého vecný obsah bude zhodný alebo čo najviac podobný ustanoveniu, ktoré je nahradzované, pričom účel a zmysel Zmluvy a Všeobecných zmluvných podmienok musí byť zachovaný. Do doby, kým takáto dohoda nebude uzatvorená, rovnako však aj pre prípad, že k nej nedôjde vôbec, sa na nahradenie neplatného, neúčinného alebo nevynútiteľného ustanovenia použijú iné ustanovenia Zmluvy alebo Všeobecných zmluvných podmienok a ak také nie sú, potom príslušné ustanovenia právnych predpisov, a to vždy také ustanovenia, ktoré zodpovedajú kritériám podľa predchádzajúcej vety.
- 14.6. Poisťovňa aj Poskytovateľ sú povinní pokúsiť sa všetky prípadné spory, ktoré vzniknú na základe Zmluvy a VZP alebo v súvislosti so Zmluvou a VZP, vyriešiť mimosúdnu dohodou. Poisťovňa aj Poskytovateľ sú povinní pred uplatnením nároku na súde doručiť druhej zmluvnej strane písomný návrh na mimosúdnu dohodu, v ktorom uvedú a odôvodnia svoj nárok, ktorého sa domáhajú, a poskytnú druhej zmluvnej strane najmenej 15-dňovú lehotu na vyjadrenie.
- 14.7. Pokiaľ Poisťovňa a Poskytovateľ nevyriešia prípadný spor mimosúdnu dohodou, môžu uplatniť svoj nárok na miestne a vecne príslušnom súde.
- 14.8. Odkazy v texte VZP na články, body a iné štruktúrne časti textu bez bližšieho určenia sú odkazmi na časti VZP.
- 14.9. Všeobecné zmluvné podmienky nadobúdajú účinnosť dňa 1. januára 2010.