

**Dodatok č. 17
k Zmluve č. 62NVSU000818**

**Čl. 1
Zmluvné strany**

1.1. Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.

sídlo: Panónska cesta 2, 851 04 Bratislava – mestská časť Petržalka
zastúpená: Ing. Richard Strapko, predseda predstavenstva
MUDr. Beata Havelková, MPH, podpredsedníčka predstavenstva
Ing. Ľubomír Kováčik, člen predstavenstva
IČO: 35937874
IČ DPH: SK2022027040
banka: [redacted]
číslo účtu: [redacted]
zápis: Obchodný register Okresného súdu Bratislava I, odd.: Sa, vložka č. 3602/B

(ďalej len „poisťovňa“)

1.2. Národný ústav tuberkulózy, pľúcnych chorôb a hrudníkovej chirurgie Vyšné Hággy

sídlo: 059 84 Vyšné Hággy
zastúpená: Ing. Jozef Poráč, MPH, generálny riaditeľ
MUDr. Alena Gallová, MBA, medicínsky riaditeľ
Ing. Agáta Jenčová, ekonomický riaditeľ
IČO: 00227811
banka: [redacted]
číslo účtu: [redacted]
identifikátor poskytovateľa: N92999

(ďalej len „poskytovateľ“)

uzatvárajú

tento dodatok (ďalej len „dodatok“)
k Zmluve č. 62NVSU000818
(ďalej len „zmluva“).

**Čl. 2
Predmet dodatku**

Na základe Čl. 8 bodu 8.8. zmluvy sa zmluvné strany dohodli na týchto zmenách zmluvy:

2.1. V zmluve sa doterajší bod 8.1. nahrádza nasledovným novým znením:

„8.1. Zmluva sa uzatvára na dobu určitú do 30.6.2022.“

2.2. V zmluve sa doterajší bod 8.2. nahrádza nasledovným novým znením:

„8.2. Prílohy č. 1, č. 2 a č. 5 k tejto zmluve sa uzatvárajú na dobu určitú do 31.3.2022. Zmluvné strany sa dohodli, že ak pred dňom uplynutia účinnosti príloh k tejto zmluve nedôjde medzi zmluvnými stranami k dohode o ich úprave na ďalšie obdobie, prvým kalendárnym dňom nasledujúcim po dni uplynutia účinnosti príloh k tejto zmluve začína medzi zmluvnými stranami prebiehať trojmesačné dohodovacie konanie, ktoré sa skončí najneskôr v deň podľa bodu 8.1.“

- 2.3. Zmluvné strany sa dohodli na novej Prílohe č. 1 zmluvy – Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti, ktorá tvorí Prílohu č. 1 tohto dodatku. Nová Príloha č. 1 zmluvy je platná do 31.3.2022.
- 2.4. Platnosť Prílohy č. 2 zmluvy – Rozsah zdravotnej starostlivosti sa predlžuje do 31.3.2022.
- 2.5. V Prílohe č. 2 zmluvy – Rozsah zdravotnej starostlivosti sa dátum „31.3.2021“ nahrádza novým dátumom „31.3.2022“.
- 2.6. Platnosť Prílohy č. 3 zmluvy – Kritériá na uzatváranie zmlúv sa predlžuje do 30.6.2022.
- 2.7. V Prílohe č. 3 zmluvy – Kritériá na uzatváranie zmlúv sa dátum „30.6.2021“ nahrádza novým dátumom „30.6.2022“.
- 2.8. Platnosť Prílohy č. 5 zmluvy – Prospektívny rozpočet sa predlžuje do 31.3.2022.
- 2.9. V Prílohe č. 5 zmluvy – Prospektívny rozpočet sa dátum „31.3.2021“ nahrádza novým dátumom „31.3.2022“.
- 2.10. V Prílohe č. 5 zmluvy – Prospektívny rozpočet sa časť II. Výška prospektívneho rozpočtu nahrádza nasledovným znením:

„II. Výška prospektívneho rozpočtu

Zmluvné strany sa dohodli na výške prospektívneho rozpočtu na jeden kalendárny mesiac pre obdobie od 1.4.2021 do 30.4.2021 nasledovne:

Tabuľka platná pre obdobie od 1.4.2021 do 30.4.2021

Výška prospektívneho rozpočtu na jeden kalendárny mesiac (v EUR)	Skupiny typov zdravotnej starostlivosti	Rozpočet pre skupiny typov zdravotnej starostlivosti na jeden kalendárny mesiac (v EUR)
1 040 462	Ambulantná zdravotná starostlivosť	7 391
	Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky	155 037
	Ústavná zdravotná starostlivosť	878 034

Zmluvné strany sa dohodli na výške prospektívneho rozpočtu na jeden kalendárny mesiac pre obdobie od 1.5.2021 nasledovne:

Tabuľka platná pre obdobie od 1.5.2021

Výška prospektívneho rozpočtu na jeden kalendárny mesiac (v EUR)	Skupiny typov zdravotnej starostlivosti	Rozpočet pre skupiny typov zdravotnej starostlivosti na jeden kalendárny mesiac (v EUR)
896 222	Ambulantná zdravotná starostlivosť	6 367
	Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky	133 544
	Ústavná zdravotná starostlivosť	756 311

Zúčtovacím obdobím je jeden kalendárny mesiac.

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

- 2.11. V Prílohe č. 5 zmluvy – Prospektívny rozpočet, časť V. Termíny vyhodnocovania prospektívneho rozpočtu, sa doterajšia tabuľka dopĺňa nasledovne:

„12.	10/2020 – 03/2021	05/2021	07/2021
13.	01/2021 – 06/2021	08/2021	10/2021
14.	04/2021 – 09/2021	11/2021	01/2022“

- 2.12. Platnosť Prílohy č. 7 zmluvy – Kritéria na uzatváranie zmlúv pre odbor klinická biochémia, laboratórna medicína, klinická imunológia a alergológia a lekárska genetika sa predlžuje do 30.6.2022.
- 2.13. V Prílohe č. 7 zmluvy – Kritéria na uzatváranie zmlúv pre odbor klinická biochémia, laboratórna medicína, klinická imunológia a alergológia a lekárska genetika sa dátum „30.6.2021“ nahrádza novým dátumom „30.6.2022“.

Čl. 3 Prechodné ustanovenia

- 3.1. Zmluvné strany sa dohodli, že vzhľadom k vyhláseniu núdzového stavu podľa čl. 5 ústavného zákona č. 227/2002 Z. z. a opatrenia Úradu verejného zdravotníctva Slovenskej republiky pri ohrození verejného zdravia na území Slovenskej republiky v súvislosti so zabránením šírenia infekčného ochorenia COVID-19, sa ustanovenie časť III. Vyhodnocovanie prospektívneho rozpočtu Prílohy č. 5 zmluvy, nebude uplatňovať počas roku 2021.
- 3.2. V dodatku č. 15 k zmluve, Čl. 3 – Prechodné ustanovenia, sa doterajšie znenie bodu 3.6. nahrádza nasledovným novým znením:

„3.6. Zmluvné strany sa dohodli, že záväzok poskytovateľa podľa bodu 3.4. tohto článku vrátiť preddavok poisťovní bude splnený tak, že poisťovňa započíta preddavky poskytnuté v mesiacoch január 2021, február 2021 a marec 2021 ako svoju pohľadávku voči poskytovateľovi s pohľadávkou poskytovateľa, ktorá mu vznikne voči poisťovni z titulu vyúčtovania zdravotnej starostlivosti poskytnutej na základe zmluvy, a to dňom splatnosti faktúry za zdravotnú starostlivosť poskytnutú v mesiaci apríl 2021. V prípade ak preddavok podľa

bodu 3.5. nebude môcť byť v plnej výške započítaný voči pohľadávke poskytovateľa, poskytovateľ sa zaväzuje nezapočítanú časť preddavku vrátiť poisťovni najneskôr do troch dní od doručenia výzvy poisťovne na vrátenie.“

Čl. 4 Záverečné ustanovenia

- 4.1. Tento dodatok, ktorý tvorí súčasť zmluvy, nadobúda platnosť dňom podpisu zmluvnými stranami a účinnosť dňom 1.4.2021 po jeho predchádzajúcom zverejnení v zmysle § 47a zákona č. 40/1964 Zb. Občiansky zákonník v znení neskorších predpisov.
- 4.2. Z dôvodu zhoršujúcej sa epidemiologickej situácie a uznesenia vlády Slovenskej republiky č. 122 zo dňa 28. februára 2021, čoho následkom môžu byť administratívne preťahy pri nadobudnutí platnosti a následnej účinnosti tohto dodatku, sa zmluvné strany dohodli a berú na vedomie, že v prípade potreby zachovania kontinuity poskytovania a úhrady zdravotnej starostlivosti bude zdravotná starostlivosť poskytnutá poskytovateľom v čase od 1.4.2021 do nadobudnutia účinnosti tohto dodatku uhradená v súlade s týmto dodatkom.
- 4.3. Súhlas s obsahom dodatku vyjadria zástupcovia zmluvných strán svojím podpisom na dodatku.
- 4.4. Tento dodatok je vyhotovený v dvoch rovnopisoch, z ktorých každý sa považuje za originál. Každá zmluvná strana obdrží jeden rovnopis dodatku.

V Bratislave dňa 11.3.2021

Za poskytovateľa:

[Redacted signature]

Ing. Jozef Poráč, MPH
generálny riaditeľ
Národný ústav tuberkulózy, pľúcnych
chorôb a hrudníka

MUDr. Alena Gallová, MBA
medicínsky riaditeľ
Národný ústav tuberkulózy, pľúcnych
chorôb a hrudníkovej chirurgie

Za poisťovňu:

[Redacted signature]

Ing. Richard Štrápk
predseda predstavenstva
Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.

MUDr. Beata Hovilková, MPH
podpredseda predstavenstva
Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.

**Príloha č. 1
k Zmluve č. 62NVSU000818**

**Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti
od 1.4.2021 do 31.3.2022**

A. Ambulantná zdravotná starostlivosť

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

1. Úhrada za výkony vyjadrená cenou bodu

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

2. Úhrada za výkony vyjadrená cenou za výkon

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

3. Individuálna zložka úhrady

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

3.1 Individuálna pripočítateľná položka

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

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

IPP môže poskytovateľ vykazovať iba na ambulanciách poliklinického typu.

4. Hodnotiace parametre

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

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

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

HP vyhodnocuje poisťovňa u poskytovateľa za každý typ zdravotnej starostlivosti samostatne. V špecializovanej ambulantnej starostlivosti (typ ZS 200, 210) (ďalej aj ako „ŠAS“) sa vyhodnocujú HP za každú odbornosť. Výsledné percento plnenia HP za celú ŠAS, ktoré ovplyvňuje výslednú cenu IPP vo všetkých odbornostiach, je vypočítané ako vážený aritmetický priemer HP za jednotlivé odbornosti. Aritmetický priemer HP je vážený pomocou počtu ošetrovaných poistencov v jednotlivých odbornostiach ŠAS.

HP vyhodnocuje poisťovňa u poskytovateľa iba na ambulanciách poliklinického typu.

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

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

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

5. Úhrada zdravotnej starostlivosti v zmysle Verejného prísľubu

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

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

1. Špecializovaná ambulantná starostlivosť

1.1. Úhrada za výkony vyjadrená cenou bodu

Cena bodu			
Kód výkonu	Názov, charakteristika alebo podmienky úhrady výkonu	Počet bodov	Cena bodu v €
-	výkony z I. časti Zoznamu výkonov	-	0,0268
60	Komplexné vyšetrenie pacienta kompletná anamnéza, vyšetrenie všetkých orgánových systémov, založenie zdravotnej dokumentácie, zhodnotenie výsledkov vyšetrení, diagnostický záver, liečebný plán a/alebo zaradenie do dispenzárnej starostlivosti, odoslanie pacienta na ďalšie laboratórne, prístrojové alebo odborné vyšetrenia -vypísanie žiadaniek, poučenie pacienta, vypísanie receptov a lekárskej správy, ak vyšetrenie trvá dlhšie ako 30 minút.	420	0,0268
	Pre odbornosti: neurológia, pediatrická neurológia, pediatrická gastroenterológia, vnútorné lekárstvo a geriatria	620	
	Pre odbornosti: fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia	500	
62	Cielené vyšetrenie dvoch alebo viacerých orgánových systémov alebo dispenzárna kontrola (cielená anamnéza, resp. anamnéza od poslednej kontroly), popis subjektívnych ťažkých, objektívny náález, zhodnotenie výsledkov, vypísanie správy, záver, vypracovanie plánu do nasledujúcej kontroly. Poučenie o diéte a životospráve a predvolanie na vyšetrenie je súčasťou výkonu, ak vyšetrenie trvá dlhšie ako 20 minút.	270	0,0268
	Pre odbornosti: neurológia, pediatrická neurológia, pediatrická gastroenterológia, vnútorné lekárstvo a geriatria	400	

	Pre odbornosti: fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia	310	
63	Dôkladné vyšetrenie jedného orgánového systému alebo kontrolné vyšetrenie vrátane rád a dokumentácie. Pre odbornosti: neurológia, pediatričná neurológia, pediatričná gastroenterológia, vnútorné lekárstvo a geriatрия Pre odbornosti: fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia	210 310 250	0,0268 0,0268 0,0268
65	Príplatok pri sťaženom výkone Pri výkonoch pod kódmi 61, 62, 63 a pri výkonoch v rádiológii a v rádioterapii.	200	0,0268
66	Príplatok pri sťaženom výkone Pri výkone pod kódom 60.	320	0,0268
67	Príplatok pri sťaženom výkone Príplatok u dieťaťa do veku piatich rokov pri výkonoch - odber krvi, injekcie, infúzie, infiltrácie, implantácie, odobratie sterov, punkcie a pri výkone očkovania.	200	0,0268
11a	Konzultácia prostredníctvom rozšírenej elektronickej komunikácie v online prostredí (webová aplikácia, videohovor) Charakteristika zdravotného výkonu: Konzultácia s poistencom prostredníctvom elektronickej komunikácie (webová aplikácia, videohovor) v online prostredí, ktoré je zabezpečené, prípadne umožňuje aj zdieľanie zdravotnej dokumentácie. Konzultácia s pacientom obsahuje: • cielenú anamnézu a popis subjektívnych ťažkostí, • zhodnotenie výsledkov • v prípade potreby určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, vrátane predpisu potrebných liekov/ZP a vypísania žiadaniek • poskytnutie informácií pacientovi alebo zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom s diagnostickým a liečebným postupom • poučenie poistenca • určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení-návštevy iného lekára. Vykazovanie zdravotného výkonu: • výkon sa vykazuje ako zdravotná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta a zaznamená sa v zdravotnej dokumentácii • súčasťou zdravotnej dokumentácie je overiteľný časový údaj z online prostredia, dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení návštevy iného lekára, • výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi, • výkon sa nevykazuje pre telefonické objednávanie pacienta, • výkon sa vykazuje najviac 1x za deň na jedného poistenca.	210	0,0260
1b	Konzultácia prostredníctvom elektronickej pošty alebo telefonicky Konzultácia s pacientom prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefonicky obsahuje: • cielenú anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly vo vzťahu k jednému orgánovému systému, • popis subjektívnych ťažkostí, • diagnostický záver, • poučenie o diéte a životospráve, • v prípade potreby určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, vrátane predpisu potrebných liekov/ZP, ktoré vyplývajú z konzultácie ohľadom zdravotného stavu, • prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára,	160	0,026

	- poskytnutie informácií pacientovi alebo zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom s diagnostickým alebo liečebným postupom vrátane farmakoterapie. Vykazovanie zdravotného výkonu: - výkon sa vykazuje ako zdravotná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta, - zdravotná indikácia sa zdôvodňuje v zdravotnej dokumentácii, - súčasťou zdravotnej dokumentácie je overiteľný časový údaj z online prostredia, popis zdravotného výkonu, dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára, - výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi, - výkon sa nevykazuje pre telefonické objednávanie pacienta, - vykazuje sa samostatne, najviac 1x za deň na jedného pacienta.		
70	Opätovné lekárske vystavenie receptov a (alebo) poukazov na základe požiadavky pacienta prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefónu Charakteristika zdravotného výkonu: - Vystavenie receptov a/alebo poukazov elektronickou formou na lieky/zdravotnícke pomôcky/dietetické potraviny, ktoré pacient užíva dlhšie ako 3 mesiace, a nebola realizovaná zmena dávkovania lieku. Vykazovanie zdravotného výkonu: - výkon sa vykazuje ako starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta, - súčasťou zdravotnej dokumentácie o výkone je overiteľný časový údaj z online prostredia, - údaj, kedy bol recept/lekársky poukaz vypísaný, - údaj o predpise lieku/zdravotníckej pomôcky/dietetickej potraviny pacientovi prostredníctvom elektronických služieb, - výkon sa vzťahuje na jedného pacienta bez ohľadu na počet liekov/zdravotníckych pomôcok/dietetických potravín, ktoré boli pacientovi predpísané formou papierového receptu/lekárskeho poukazu alebo formou jednorazového elektronického predpisu (t. j. za týchto podmienok sa výkon vykazuje najviac v počte 1x za deň na jedného pacienta), - výkon sa vykazuje samostatne za každý vystavený recept a/alebo poukaz, ak ide o elektronický predpis liekov/zdravotníckych pomôcok/dietetických potravín typu opakovaný recept (preskripčný záznam s poznámkou „REPETATUR“), - výkon sa nevykazuje súčasne s inými zdravotnými výkonmi.	40	0,026
1c	Krízová psychoterapeutická intervencia alebo individuálna psychoterapia alebo psychodiagnostický rozhovor prostredníctvom elektronickej komunikácie Popis zdravotného výkonu (ďalej len „výkon“): Krízová psychoterapeutická intervencia s pacientom telefonicky, alebo prostredníctvom elektronickej pošty, alebo webovej aplikácie, alebo videohovoru obsahuje: - cielenú anamnézu/heteroanamnézu, - popis subjektívnych ťažkostí,	1000	0,026

	• krízovú psychoterapeutickú intervenciu ako okamžité opatrenie pri akútnej psychickej dekompenzácii (napríklad pokus o samovraždu), • diagnostický záver, • poučenie o psychohygiene, • v prípade potreby určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, vrátane predpisu potrebných liekov/zdravotníckych pomôcok, • prípadne záznam o odporúčení neodkladnej návštevy iného lekára, • individuálna psychoterapia (trvanie najmenej 50 minút) • rozhovor so súčasným zisťovaním biografickej anamnézy na psychoterapeutické účely, s písomným záznamom vrátane rady pacientovi (trvanie najmenej 20 minút) • poskytnutie informácií pacientovi alebo zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom s diagnostickým alebo liečebným postupom vrátane farmakoterapie. Vykazovanie výkonu: • výkon sa vykazuje ako zdravotná starostlivosť bez osobnej prítomnosti pacienta, • zdravotná indikácia sa zdôvodňuje v zdravotnej dokumentácii, • súčasťou zdravotnej dokumentácie je overiteľný časový údaj z online prostredia, popis zdravotného výkonu v trvaní najmenej 45 minút, dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporúčení neodkladnej návštevy iného lekára, • výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi, • výkon sa nevykazuje pre telefonické objednávanie pacienta, • výkon sa vykazuje samostatne, najviac 1x za deň na jedného pacienta, • opakované vykázanie v jednom liečebnom prípade vyžaduje osobitné zdôvodnenie v zdravotnej dokumentácii.		
-	Výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ).	-	0,008105
-	Výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ) vykonávané prístrojovou technikou ULTRAZVUK – USG a FUNKČNÁ DIAGNOSTIKA.	-	0,008473
15d	Zhodnotenie RTG dokumentácie. • Zhodnotenie nie je vykonané pracoviskom RTG. • Vráťane popisu v zdravotnej dokumentácii. Výkon môžu vykazovať odbornosti chirurgia, traumatológia, ortopédia, pneumológia, otorinolaryngológia a reumatológia.	150	0,0260

1.2. Úhrada za výkony vyjadrená cenou za výkon

Cena za výkon		
Kód výkonu	Názov, charakteristika alebo podmienky úhrady výkonu	Cena za výkon v €
250x	Odber venóznej krvi za účelom vyšetrenia laboratórnych parametrov. • Výkon sa vykazuje samostatne maximálne 1x denne u poistenca na príslušnej ambulancii alebo na mieste určenom na odber krvi. • V cene sú zahrnuté všetky náklady spojené s odberom vrátane odoslania krvi do laboratória. • Výkon 250x nahrádza výkon pod kódom č. 250a a č. 250b.	2,98
62a	Cieľené vyšetrenie pacienta s respiračným syndrómom pri pandémii COVID-19 Ide o cieľené vyšetrenie dvoch alebo viacerých orgánových systémov (cieľená anamnéza, resp. anamnéza od poslednej kontroly), opis subjektívnych ťažkostí, objektívny nález, vypísanie správy, záver, vypracovanie plánu do nasledujúcej	20,00

	kontroly. Poučenie o diéte a životospráve a predvolanie na vyšetrenie je súčasťou výkonu. <u>Výkon poisťovňa akceptuje za nasledovných podmienok:</u> • Pacient má COVID pozitívny výsledok nie starší ako 14 dní. • U detí do 10 rokov pri pozitívnej epidemiologickej anamnéze v rodine zaznamenatej v zdravotnej dokumentácii a klinických príznakoch dieťaťa, aj bez COVID-19 pozitívneho výsledku dieťaťa. • Pacient má príznaky, ktoré sú charakteristické pre COVID ochorenie. • Výkon sa nevykazuje v kombinácii s iným výkonom. • Maximálne 1 krát za týždeň na jedno rodné číslo. <u>Výkon môžu vykonať nasledovné odbornosti:</u> všeobecný lekár, pediater, internista, pneumoftizeológ, pediatrický pneumoftizeológ, infektológ, otorinolaryngológ, imunoalergológ.	
62b	Diagnostické iniciálne alebo kontrolné vyšetrenie pacienta s potvrdeným ochorením Covid 19 <u>Charakteristika výkonu:</u> Diagnostické iniciálne alebo kontrolné vyšetrenie v príslušnom špecializačnom odbore u pacienta s potvrdeným ochorením Covid 19. Podľa diagnózy, syndrómu alebo symptómu, (cieľená anamnéza, popis subjektívnych ťažkostí a objektívne fyzikálne vyšetrenie so zameraním na konkrétny symptóm, syndróm alebo diagnózu, zhodnotenie dostupných laboratórných, pomocných a konziliárnych vyšetrení, stanovenie diagnózy, vypísanie lekárskej správy, vypísanie lekárskeho predpisu, prípadne lekárskeho poukazu, vypísanie žiadaniek, indikácia potrebných laboratórných, pomocných alebo iných odborných vyšetrení, odporúčanie terapie a ďalšieho postupu, prípadne termínu najbližšej kontroly. <u>Výkon poisťovňa akceptuje za nasledovných podmienok:</u> • Výkon sa vykonáva samostatne, výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi, nie je možná kombinácia s výkonom 62a. • Povolená frekvencia: 1x denne na 1 rodné číslo. • Indikácia odborného vyšetrenia v niektorom špecializovanom odbore u pacienta s COVID pozitívnym výsledkom nie starším ako 14 dní so základnou Dg. inou ako je U07.1. • Vykonáva sa s použitím osobných ochranných pomôcok. <u>Výkon môžu vykonať nasledovné odbornosti:</u> otorinolaryngológ a pediatrický, otorinolaryngológ, pneumológ a pediatrický pneumológ, infektológ a pediatrický infektológ, anesteziológia a intenzívna starostlivosť, imunoalergológ, pediatrický imunoalergológ a všetky chirurgické odbornosti.	20,00
629a	Skriningový antigénový test SARS-CoV-2 <u>Charakteristika výkonu:</u> Skriningový, rýchly antigénový test SARS-CoV-2 zahŕňa odber biologického materiálu na stanovenie antigénov SARS-CoV-2 vrátane použitia osobných ochranných pracovných prostriedkov a dezinfekcie. <u>Podmienky úhrady výkonu:</u> • zdravotný výkon vykonáva lekár alebo sestra, sestra špecialistka alebo iný zdravotnícky pracovník, • pacient je symptomatický, • použitie respirátora prekrytého rúškom, tvárového štítu (okuliarov) a jednorazových rukavíc pri odbere, • výkon nie je možné kombinovať s výkonom 629b, • povolená frekvencia: 2 krát mesačne na jedno rodné číslo	5,20

	V prípade, ak si rýchlotest PZS obstaral sám na vlastné náklady, nákupnú cenu rýchlotestu môže k výkonu vykázat' pripočítateľnou položkou s označením „AGTC“ v maximálnej cene 4,80 € a na požiadanie poisťovne tento nákup zdokladovať predložením dokladu o nadobudnutí rýchlotestu alebo zaslaním jeho kópie do poisťovne. <u>Kritéria rýchlotestu:</u> • in vitro zdravotnícka pomôcka pre profesionálne použitie; • CE značka, resp. kód ŠÚKLu • kvalitatívna detekcia; • zo vzoriek z výterov z nosohltanu; • odčítanie výsledku testu do 30 min. od naniesenia vzorky na doštičku. <u>Indikačné obmedzenia:</u> U07.1; U07.2	
629b	Skriningový antigénový test SARS-CoV-2 imunofluorescenčnou metódou <u>Charakteristika výkonu:</u> Skriningový, rýchly antigénový test SARS-CoV-2 imunofluorescenčnou metódou zahŕňa odber biologického materiálu na stanovenie antigénov SARS-CoV-2 imunofluorescenčnou metódou pomocou prístroja na odčítanie výsledku reakcie, vrátane použitia osobných ochranných pracovných prostriedkov a dezinfekcie. <u>Podmienky úhrady výkonu:</u> • zdravotný výkon vykonáva lekár alebo sestra, sestra špecialistka alebo iný zdravotnícky pracovník, • pacient je symptomatický, • použitie respirátora prekrytého rúškom, tvárového štítu (okuliarov) a jednorazových rukavíc pri odbere. • výkon nie je možné kombinovať s výkonom 629a • zdokladovanie vlastníctva adekvátneho, CE certifikovaného prístroja <u>Kritéria rýchlotestu:</u> • in vitro diagnostická zdravotnícka pomôcka pre profesionálne použitie; • CE značka, resp. kód ŠÚKLu • kvalitatívna detekcia; • zo vzoriek z výterov z nosohltanu. <u>Indikačné obmedzenia:</u> U07.1; U07.2	10,00

1.3. Individuálna zložka úhrady – Individuálna pripočítateľná položka

Základ pre výpočet ceny IPP			
Kategória IPP	Kód zdravotného výkonu, ku ktorému je možné IPP vykázat'		Základ pre výpočet ceny IPP
IPP1	60, 62, 63, 60R, 503, 504, 505		1,80 €
IPP2	1544A, 1594, 1240, 820, 822, 825		2,90 €
IPP3	3286, 3288, 3306		4,90 €
IPP4	3335, 3337, 867, 869, 3351, 3364, 841, 842, 845		4,90 €
Charakteristika a pravidlá vykazovania vybraných IPP			
K výslednej cene IPP4 sa automaticky pripočítavajú 3,00 €.			
Charakteristika a pravidlá vykazovania vybraných IPP			
Kategória IPP	Odbornosť	Kód zdravotného výkonu, ku ktorému je možné IPP vykázat'	Výsledná cena IPP
IPPD	002, 003, 004, 005, 010, 015, 017, 040, 048, 050, 064, 104,	60, 62, 63	5,00 €

	107, 109, 114, 140, 153, 154, 155, 156, 163, 336	
Výsledná cena IPPD nie je závislá od plnenia HP v zmysle Čl. I bod 3 tejto prílohy. Podmienkou úhrady IPPD je vek pacienta od 6 do 10 rokov. Ku kombinácii vybraných výkonov a príslušnej IPP môže poskytovateľ za dohodnutých podmienok vykázat aj IPPD.		

1.4. Hodnotiace parametre

Časť - Špecializovaná ambulantná starostlivosť				
Zameranie	Parameter	Kritérium splnenia	Váha	Plnenie do 31.12.2021
Odborné hodnotenie poskytovateľa	Celkové náklady na ošetrovaného poistenca	Hodnota parametra je pod hranicou horného pásma definovanou výpočtom v príslušnej referenčnej skupine ambulancií.	40%	Reálne plnenie poskytovateľa
	Frekvencia návštev na ošetrovaného poistenca		10%	
	Podiel prvovýšetrení	Hodnota parametra je nad hranicou dolného pásma definovanou výpočtom v príslušnej referenčnej skupine ambulancií.	10%	
Elektronizácia	ePobočka	Poskytovateľ zasiela všetky dávky vrátane faktúr za poskytnutú zdravotnú starostlivosť cez ePobočku.	10%	Reálne plnenie poskytovateľa
	eRecept	Aspoň 80% lekárske predpisy predpísaných prostredníctvom programu eRecept.	15%	Reálne plnenie poskytovateľa
Dostupnosť	Ordinačný čas	Stanovenie týždenného čistého ordinačného času v rozsahu aspoň 30 hodín pre každú ambulanciu.	15%	Reálne plnenie poskytovateľa

Výsledné percento plnenia Hodnotiacich parametrov

Pre účely výpočtu výslednej hodnoty individuálnej zložky úhrady sa na účely úhrady sa na účely tejto prílohy výsledné percento plnenia HP v type ZS 200, 210 stanovuje na hodnotu 65%.

1.4.1 Doplnujúce informácie k Hodnotiacim parametrom

Celkové náklady na ošetrovaného poistenca

Priemerné celkové náklady na priamo poskytnutú zdravotnú starostlivosť vrátane SVLZ, preskripcie liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín a indukovanej špecializovanej ambulantnej starostlivosti na jedného ošetrovaného poistenca. Do výpočtu nie je zahrnutá preventívna zdravotná starostlivosť a zdravotná starostlivosť podľa definovaných výnimiek.

Hodnotené obdobie: dva po sebe nasledujúce štvrťroky.

Frekvencia návštev na ošetrovaného poistenca

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

Hodnotené obdobie: štyri po sebe nasledujúce štvrťroky.

Podiel prvovýšetrení

Podiel prvovýšetrených pacientov na celkovom počte ošetrovaných pacientov v hodnotenom období. Za prvovýšetreného pacienta sa považuje pacient, ktorý nenavštívil ambulanciu hodnoteného poskytovateľa v rovnakej odbornosti za uplynulých 24 mesiacov pred posudzovaným vyšetrením.

Hodnotené obdobie: dva po sebe nasledujúce kalendárne štvrťroky.

1.5 Špecializovaná ambulantná starostlivosť – mobilné odberové miesto

Špecifické výkony v súvislosti s pandémiou COVID – 19

Kód výkonu	Odbornosť	Názov výkonu	Diagnóza	Podmienky úhrady	Cena v €
299x	647	Odber a odoslanie biologického materiálu na bakteriologické, sérologické, mykologické, virologické a parazitologické vyšetrenie pri dôvodnom podozrení na infekčné ochorenie vrátane dezinfekcie.	U07.1 U07.2	Výkon indikovaný a poskytnutý v súlade s usmerneniami Ministerstva zdravotníctva SR pre vyšetřovanie na prítomnosť SARS-CoV-2, odberový set dodáva Regionálny úrad verejného zdravotníctva. Ak odberový set dodá zariadenie SVLZ, odber biologického materiálu uhrádza poskytovateľovi toto zariadenie SVLZ. Výkon sa vykazuje najviac 1x za deň na jedného poistenca.	3,00
299d	647	Odber a odoslanie biologického materiálu na bakteriologické, sérologické, mykologické, virologické a parazitologické vyšetrenie pri dôvodnom podozrení na infekčné ochorenie vrátane dezinfekcie.	U07.1 U07.2	Výkon indikovaný a poskytnutý v súlade s usmerneniami Ministerstva zdravotníctva SR pre vyšetřovanie na prítomnosť SARS-CoV-2. Odberový set si zabezpečuje poskytovateľ sám.	6,00

Príplatok pri sťaženom výkone – výkon č. 66

Spôsob vykazovania, uznávania a úhrady výkonu č. 66					
Kód výkonu	Druh PZS	Odbornosť	Počet bodov	Cena bodu v €	Cena za výkon v €
66	MOM*	647	-	-	2,00

*mobilné odberové miesto

Poistovňa bude akceptovať popri štandardných prípadoch uvedených v Katalógu zdravotných výkonov vykázanie daného výkonu 66 aj v ďalších prípadoch za súčasného splnenia všetkých nasledovných podmienok:

- vykázanie k zdravotnému výkonu 299X
- v prípade definovanom ako suspektný, pravdepodobný alebo potvrdený prípad COVID-19 v zmysle Usmernenia hlavného hygienika Slovenskej republiky v súvislosti s ochorením COVID-19 spôsobeným koronavírusom SARS-CoV-2 v znení platnom v čase poskytnutia výkonu (uvedenú skutočnosť je potrebné zaznamenať v zdravotnej dokumentácii),
- použitie osobných ochranných zdravotných prostriedkov (respirátor FFP2-3 prekrytý rúškom, okuliare a/alebo celotvárový priehľadný štít, pokrývka hlavy, oblečenie s dlhým rukávom zakrývajúce aj nohy, jednorazové rukavice) u poistencov s podozrením na ochorenie COVID 19.
- výkon sa vykazuje najviac 1x za deň na jedného poistenca

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

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

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

- Declaration of Conformity vystavené originálnym výrobcom,
- CE značka,
- deklarovanie meraných tried imunoglobulínov,

- zabudovaná interná kontrola,
- funkčné aj pri vyššej hladine cholesterolu v sére ako 6,0 mmol/l.

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

Výjazdová služba MOM

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

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

2. Špecializovaná ambulantná starostlivosť – dialýzy

Cena za výkon		
Kód výkonu	Názov, charakteristika alebo podmienky úhrady výkonu	Cena za výkon v €
794	Prvá hemodialýza alebo akútna dialýza u pacienta. - V cene je zahrnutý aj katéter. - Súčasťou výkonu je aj vyšetrenie pacienta a lekárska starostlivosť. - Uvedený výkon sa môže vykazovať u pacienta iba raz, potom sa vykazuje ako hemodialýza pri chronickom zlyhaní obličiek.	149,62
794l	Chronická hemodialýza. Hemodialýza pacienta zaradeného do dlhodobého dialyzačného programu. Súčasťou výkonu je aj vyšetrenie pacienta a lekárska starostlivosť.	154,00
794r	Hemodiafiltrácia. - Súčasťou výkonu je aj vyšetrenie pacienta a lekárska starostlivosť. - V cene sú započítané aj náklady na hemofiltráciu kapsulu.	166,00

V cene výkonu sú zahrnuté všetky náklady a úhrada za poskytnutú starostlivosť, vrátane nákladov na lieky so spôsobom úhrady A, nákladov na zdravotnícke pomôcky a materiál.
K výkonom dialýz sa vykazujú pripočítateľné položky, ktoré sú zahrnuté v cene za výkon, v skutočne podanom množstve (jednotky) s uvedením nulovej ceny

3. Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky (SVLZ)

3.1 SVLZ – laboratórne

SVLZ – laboratórne		
Cena bodu		
Kód odbornosti	Špecializačný odbor	Cena bodu v €
024	Klinická biochémia – nepretržitá prevádzka	0,005975
029	Patologická anatómia - prevádzka do 24 hod.	0,005992
029	Patologická anatómia č. výkonu 9980 / 1000 bodov	0,006639

031	Hematológia a transfuziológia – nepretržitá prevádzka	0,006141
034	Klinická mikrobiológia – prevádzka do 24 hod.	0,005527
040	Klinická imunológia a alergológia	0,006141

3.2 SVLZ – zobrazovacie

SVLZ – zobrazovacie		
Cena bodu		
Špecializačný odbor	Cena bodu v €	
Rádiológia odb. 023 – typ ZS 400 – okrem vybraných skiagrafických RTG výkonov: 5010, 5011, 5012, 5015, 5016, 5020, 5021, 5022, 5023, 5024, 5025, 5030, 5031, 5032, 5033, 5035, 5050, 5051, 5052, 5053, 5056, 5060, 5061, 5062, 5065, 5070, 5071, 5072, 5075, 5076, 5077, 5080, 5081, 5082, 5083, 5090, 5095, 5051R	0,007303	
CT – počítačová tomografia – typ ZS 420 – Klaster 1	0,003641	

3.3 SVLZ – ostatné

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

Maximálne ceny pripočítateľných položiek k výkonom SVLZ

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

Maximálne ceny pripočítateľných položiek - filmov a PACS archivácie pri výkonoch RTG (typ ZS 400)	
FOTO	Cena v €
FOTO01 - Snímok rozmer 3 x 4 (stomatologický)	0,37
FOTO02 - Snímok rozmer 15 x 30 (stomatologický)	0,66
FOTO03 - Snímok rozmer 18 x 24	0,50

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

Osobitné ustanovenia o spôsobe a podmienkach úhrady vybraných skiagrafických RTG výkonov

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

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

1. Poskytovateľ zdravotnú starostlivosť na pracovisku poskytujúcom vybrané výkony minimálne v rozsahu 30 ordinačných hodín týždenne.
2. Vyhотовovať popis snímky ako súčasť vybraných výkonov priamo poskytovateľom.
3. Počnúc rokom 2020, v ročnej periodicite, do 31. 3., zaslať poisťovni anonymizované údaje o dávkach ožiarenia poistencov poisťovne v elektronickej forme a rozsahu uvedenom v Tabuľke – rozsah údajov o ožiarení; alebo formou písomného súhlasu v prospech VŠZP poskytovateľ sprístupní anonymizované údaje, ktoré monitoruje externý dodávateľ minimálne v rovnakom rozsahu. Anonymizovanými údajmi sa účely tohto bodu rozumie údaje, ktoré nie je možné priradiť ku konkrétnej osobe ani s použitím dodatočných informácií uchovávaných poskytovateľom.
4. Nevyžadovať od poistenca poisťovne úhradu za vybrané výkony, ktoré sú v zmysle tejto zmluvy a jej príloh hrazené poisťovňou.

Kontrola dodržiavania povinnosti poskytovateľa:

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

Tabuľka – Vybrané skiagrafické RTG výkony

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

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

Pracovisko		N92999023501			
Typ ZS	Odbornosť	Klaster	Cena bodu v €	Vykazovanie pripočítateľných položiek	
				PACS	FOTO
400	023	3	0,013876	s nulovou cenou	nevykazovať

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

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

Tabuľka – rozsah údajov o ožiarení

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

4. Priamo hrazené výkony

Špecifické výkony SVLZ – Laboratórne v súvislosti s pandémiou COVID – 19

Kód výkonu	Názov výkonu	Diagnóza	Poznámka	Cena za výkon
299d	Odber a odoslanie biologického materiálu na bakteriologické, sérologické, mykologické, virologické a parazitologické vyšetrenie pri dôvodnom podozrení na infekčné ochorenie vrátane dezinfekcie.	U07.1 U07.2	Výkon indikovaný a poskytnutý v súlade s usmerneniami Ministerstva zdravotníctva SR pre vyšetrovanie na prítomnosť SARS-CoV-2.	6,00 €
5D87007	PCR vyšetrenie na dôkaz SARS-CoV-2	U07.1 U07.2	Výkon bol indikovaný a poskytnutý v súlade s príslušnými usmerneniami Ministerstva zdravotníctva SR pre vyšetrovanie na prítomnosť SARS-CoV-2. Vyšetrenie je možné kombinovať s výkonom č. 299d, ak bol v plnom rozsahu poskytnutý aj tento výkon.	40,00 €

Kód výkonu	Názov výkonu	Diagnóza	Maximálna frekvencia	Odbornosť laboratória	Podmienky úhrady	Cena za výkon
4763	Kvantitatívne stanovenie protilátok (proti vírusu SARS-CoV-2)	U07.1, U07.2	2 x mesačne	024, 034, 040, 225	- akceptované vyšetrené triedy – IgG a IgM; - vyšetrenie musí byť urobené v automatickom analyzátore s laboratórnymi súpravami so značkou zhody CE alebo CE-IVD z vnúznej krvi kvantitatívnou metódou ELISA alebo CLIA; - vyšetrenie sa uhrádza aj u pacienta s potvrdeným ochorením SARS-CoV-2 alebo s podozrením na prekonanie uvedeného ochorenia, ak ide o darcu rekonvalescentnej plazmy alebo je v súvislosti s ochorením COVID-19 u tohto pacienta po medicínskej stránke potrebné overenie stavu imunity u daného pacienta; - týmto kódom nie je možné vykázat vyšetrenie protilátok tzv. „rýchlotestami“ odberom z kapilárnej krvi	15,00 €

B.1 Ústavná zdravotná starostlivosť

Cena za ukončenú hospitalizáciu (UH):

Odbornosť oddelenia	Názov oddelenia	Cena za UH v € od 1.4.2021 do 30.4.2021	Cena za UH v € od 1.5.2021 do 31.3.2022
003	pneumológia a ftizeológia	1714	1476
200	JIS pneumológia a ftizeológia	1714	1476
010	chirurgia *	1 303	1 122
015	oftalmológia	964	831
025	anestéziológia a intenzívna medicína	5 062	4 360
106	hrudníková chirurgia	2 512	2 164
706	JIS hrudníková chirurgia	2 512	2 164

* oddelenie chirurgie je kumulatívne oddelenie mimoplúcnej TBC, chirurgie, urológie a gynekológie

Priplatok k ukončenej hospitalizácii:

odbornosť	Názov oddelenia	Cena za v € od 1.4.2021 do 30.4.2021	Cena v € od 1.5.2021 do 31.3.2022
025	OAIM	2 993	2 578

Na OAIM sa k cene ukončenej hospitalizácie hradí príplatok za súčasného splnenia nasledovných podmienok:

a) dĺžka hospitalizácie bola v trvaní 7 dní a viac,

- b) zdravotný stav poistenca vyžadoval kontinuálnu podporu základných životných funkcií prístrojom.

Cena UH JIS:

Cena UH JIS je zahrnutá v cene za ukončenú hospitalizáciu príslušného oddelenia, pokiaľ v zmluve nie je uvedené inak.

Poistovňa uhradí ukončenú hospitalizáciu príslušnej odbornosti nasledovne:

- v prípade prekladu z oddelenia na JIS príslušnej odbornosti, na ktorej je ukončené poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti, akceptuje hospitalizáciu na oddelení s nulovou cenou a hospitalizáciu na JIS uhradí zmluvne dohodnutou cenou,
- v prípade prekladu z JIS na oddelenie príslušnej odbornosti, na ktorom je ukončené poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti, akceptuje hospitalizáciu na JIS s nulovou cenou a hospitalizáciu na oddelení príslušnej odbornosti uhradí zmluvne dohodnutou cenou,
- v prípade hospitalizácie len na JIS, uhradí poisťovňa ukončenú hospitalizáciu zmluvne dohodnutou cenou.

Cena za ukončenú hospitalizáciu, ošetrovací deň v ústavnej zdravotnej starostlivosti

I. Podmienky akceptácie a úhrady ústavnej zdravotnej starostlivosti.

1. UZS je poskytovaná poistencovi, ktorého zdravotný stav vyžaduje nepretržité poskytovanie zdravotnej starostlivosti dlhšie ako 24 hodín. Neodkladná UZS je poskytovaná aj bez odporúčania iného ošetrojúceho lekára. Odkladná (plánovaná) UZS je poskytovaná na základe odporúčania ošetrojúceho lekára poistenca a odôvodnenia prijatia do UZS.
2. Poistovňa uhradí za hospitalizáciu dlhšiu ako 24 hodín cenu za ukončenú hospitalizáciu alebo cenu za ošetrovaní deň, to neplatí v prípade výkonov hrazených osobitným spôsobom. Cena za ukončenú hospitalizáciu sa uhrádza za oddelenie, na ktorom bola poistencovi poskytovaná zdravotná starostlivosť dlhšie ako 24 hodín.
3. Cena za ukončenú hospitalizáciu a cena za ošetrovací deň zahŕňa všetky náklady a úhradu za komplexnú poskytnutú starostlivosť, pokiaľ ďalej nie je uvedené inak.
4. Ak bol poistenec prijatý na lôžkové oddelenie na poskytovanie UZS, hospitalizácia však nebola dlhšia ako 24 hodín, je poskytovateľ oprávnený vykazať poisťovní všetky výkony, ktoré boli poskytnuté poistencovi formou ambulantných výkonov.
5. Ak bol poistenec prijatý na lôžkové oddelenie na poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti, hospitalizácia však nebola dlhšia ako 24 hodín v dôsledku úmrtia poistenca, je poskytovateľ oprávnený vykazať poisťovní hospitalizáciu a pripočítateľné položky, ktoré boli poskytnuté poistencovi počas poskytovania ústavnej zdravotnej starostlivosti v dávke ústavnej starostlivosti vo výške 50% ceny za ukončenú hospitalizáciu.
6. Ak bol poistenec prijatý na lôžkové oddelenie na poskytovanie UZS, hospitalizácia však nebola dlhšia ako 1 hodinu v dôsledku úmrtia poistenca, je poskytovateľ oprávnený vykazať výkony poskytnuté počas resuscitácie spolu s pripočítateľnými položkami, ktoré sú vykazované v dávkach ambulantnej starostlivosti.
7. Hospitalizácie na oddelení anestéziológie a intenzívnej medicíny budú posudzované vždy individuálne, na základe dokumentovaného zdravotného stavu poistenca a poskytnutej zdravotnej starostlivosti. Hospitalizácia bude považovaná za odôvodnenú, ak zdravotný stav poistenca vyžadoval nepretržitú intenzívnu starostlivosť najvyššieho alebo vyššieho stupňa pri zlyhaní alebo zlyhávaní jednej alebo viacerých životných funkcií a orgánových systémov, podporu jednej alebo viacerých základných životných funkcií počas najmenej 24 hodín hospitalizácie na oddelení, nepretržité neinvazívne, ev. invazívne monitorovanie všetkých životných funkcií, vrátane záznamu, opakované sledovanie rozšírených hematologických a biochemických parametrov, opakované intervencie pre poruchu funkcie orgánových systémov alebo vnútorného prostredia. Za prístrojové udržiavanie životných funkcií sa nepovažuje krátkodobá umelá pľúcna ventilácia poistencov po anestézii. Pri posudzovaní odôvodnenosti hospitalizácie poistenca bude poisťovňa ako pomocné kritérium uplatňovať TISS skórovací systém (Therapeutic Intervention Scoring System). Hospitalizácia na oddelení pediatrickej intenzívnej starostlivosti bude považovaná za odôvodnenú, ak zdravotný stav poistenca vyžadoval nepretržitú intenzívnu starostlivosť stredného alebo vyššieho stupňa pri hroziacej poruche jednej alebo viacerých životných funkcií a orgánových systémov počas najmenej 24 hodín hospitalizácie na oddelení, nepretržité monitorovanie najmenej dvoch životných funkcií, vnútrožilovú infúziu liečbu, nepretržité sledovanie zdravotného stavu poistenca, bilanciú príjmu a výdaja tekutín, vrátane hodinovej diurézy, indikované laboratórne sledovanie základných hematologických a biochemických parametrov najmenej 1x denne a vedenie osobitnej dokumentácie (dokumentácia musí obsahovať písomné zdôvodnenie indikácie intenzívnej starostlivosti lekárom, ktorý žiada prijatie na oddelenie pediatrickej intenzívnej starostlivosti). Pri posudzovaní odôvodnenosti hospitalizácie poistenca bude poisťovňa ako pomocné kritérium uplatňovať TISS skórovací systém (Therapeutic Intervention Scoring System).
8. Ak je poistenec hospitalizovaný za účelom plánovaného poskytnutia operačného výkonu a tento nie je z akýchkoľvek dôvodov vykonaný, poisťovňa neuhradí cenu ukončenej hospitalizácie. Poskytovateľ je oprávnený vykazať v dávke ambulantnej starostlivosti rovnakej odbornosti poskytnutie výkonu s kódom 60a.

9. Poskytovateľ môže prijať na geriatrické oddelenie poistenca, ktorý v čase začatia hospitalizácie dovŕšil 65-ty rok života. Na oddelenie dlhodobo chorých alebo do liečebne dlhodobo chorých možno prijať poistenca, ktorého zdravotný stav predpokladá trvanie hospitalizácie dlhšie ako 21 kalendárnych dní.
10. Hospitalizácia na oddeleniach cievnej chirurgie bude poisťovňou posudzovaná ako odôvodnená a bude uhrádzaná vtedy, ak u poistenca bude vykonaný operačný výkon na magistralných cievach: operačné výkony na karotických artériách, hrudnej a brušnej aorte, hornej a dolnej dutej žile, by-passové operácie na periférnych vetvách artériového cievneho riečiska, tromboektómie a embolektómie.
11. Podmienkou akceptovania hospitalizácie na oddeleniach, kde je poskytovaná liečba cytostatickými a imunomodulačnými liekmi (napr. onkológia, hematológia, urológia, pneumológia, atď.) a jej úhrady je, že lieky podávané počas hospitalizácie neboli predpísané na lekárske predpis.
12. Na oddeleniach paliatívnej starostlivosti, jednotkách paliatívnej medicíny a hospicoch je poskytovaná paliatívna starostlivosť poistencom s chronickou nevyliciteľnou, pokročilou a aktívne progredujúcou chorobou s časovo obmedzeným prežívaním a terminálna starostlivosť zomierajúcim poistencom.
13. Vysokošpecializované ústavy môžu prijímať poistencov len s ochoreniami, na ktoré je ústav špecializovaný.
14. Poskytovateľ môže poistenca, ktorému poskytuje UZS, preložiť na iné oddelenie toho istého zdravotníckeho zariadenia len v prípade, ak zdravotný stav poistenca nevyhnutne vyžaduje hospitalizáciu na inom oddelení.
15. Opakovaná hospitalizácia na rovnakom oddelení počas jedného súvislého poskytovania UZS sa považuje za jednu pokračujúcu hospitalizáciu na príslušnom oddelení. Preklad z oddelenia na oddelenia z dôvodu poskytnutia výkonu, vyšetrenia, ošetrovania, ktoré hospitalizáciu na ďalšom oddelení nevyžaduje, nebude poisťovňou akceptovaný a uhradený.
16. Poskytovateľ môže odoslať poistenca na poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti k inému poskytovateľovi po vzájomnej dohode len v prípade, ak to nevyhnutne vyžaduje zdravotný stav poistenca. Odoslanie poistenca na ďalšie poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti podľa predchádzajúcej vety musí byť podrobne odôvodnené v zdravotnej dokumentácii a v prepúšťacej správe a musí byť podpísané primárom oddelenia, resp. primárom alebo prednostom kliniky, v ktorej bol poistenec hospitalizovaný.
17. Hospitalizácia poistenca, ktorá nadväzuje na hospitalizáciu na oddelení iného zdravotníckeho zariadenia, a ktorá nesplňa podmienky odôvodnenia pokračovania poskytovania UZS podľa predchádzajúceho bodu, nebude poisťovňou akceptovaná a uhradená.
18. Poisťovňa neuhradí v priebehu hospitalizácie ambulantné výkony poskytnuté v špecializovanej ambulantnej starostlivosti okrem prvého a posledného dňa hospitalizácie a výkonov špecializovanej ambulantnej starostlivosti, ktoré nesúvisia s ochorením resp. Dg. hospitalizovaného pacienta.
19. Poisťovňa počas hospitalizácie poistenca neuhradí osobitne SVLZ výkony rovnakej odbornosti ako je odbornosť oddelenia, na ktorom je poistenec hospitalizovaný (napr. radiačná onkológia, fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia, výkony funkčnej diagnostiky prislúchajúce odbornosti lôžkového oddelenia).
20. Poisťovňa podľa § 1 vyhlášky MZ SR č. 412/2009 Z. z., ktorou sa ustanovujú podrobnosti o zozname poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti, v znení vyhlášky č. 151/2011 Z. z. (ďalej len „vyhláška“) vedie pre poskytovateľa zoznam poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti (ďalej len „zoznam“) osobitne podľa súpisu vybraných chorôb a s nimi súvisiacich zdravotných výkonov.
21. Poskytovateľ pri vykonávaní výkonov plánovanej zdravotnej starostlivosti dodržiava poradie poistencov v zozname, ktorý je oznamovaný poskytovateľovi poisťovňou.
22. Ak poskytovateľ pri vykonávaní výkonov plánovanej zdravotnej starostlivosti poskytol výkon poistencovi nezradenému do zoznamu alebo nedodržiaval poradie poistencov v zozname, poisťovňa poskytovateľovi uhradí maximálne 25% z ceny ukončenej hospitalizácie na príslušnom oddelení prípadne z maximálnej úhrady výkonov uhrádzaných v ústavnej zdravotnej starostlivosti („balíčkové ceny TEP“).
23. Ustanovenie bodu 22 tohto článku sa neuplatní ak sa jedná o neodkladnú zdravotnú starostlivosť podľa § 2 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. alebo ak bolo uprednostnenie v zozname vopred odsúhlasené poisťovňou.
24. Pokiaľ poskytovateľ použije pri poskytovaní ústavnej zdravotnej starostlivosti ŠZM uvedený v Zozname kategorizovaných špeciálnych zdravotníckych materiálov (ďalej len „Zoznam kategorizovaných ŠZM“) alebo nekategorizovaný ŠZM, poisťovňa uhradí poskytovateľovi cenu vo výške skutočných nadobúdacích nákladov ŠZM, maximálne však vo výške úhrady kategorizovaného a nekategorizovaného ŠZM so stanovenou maximálnou tzv. pripočítateľnou položkou (ďalej len „pripočítateľná položka“) osobitne uhrádzanou v ústavnej starostlivosti, ktorý je zverejnený na webovej stránke poisťovne, v súlade s indikačnými kritériami. Pokiaľ maximálna cena ŠZM nie je uvedená v zmluve, uhradí poisťovňa maximálne cenu uvedenú v Zozname kategorizovaných ŠZM. Rozdiel medzi cenou, za ktorú poskytovateľ ŠZM obstaral a cenou, ktorú poisťovňa uhradila, je v cene výkonu alebo v cene ukončenej hospitalizácie.
25. Poskytovateľ vykazuje kategorizovaný ŠZM s kódom uvedeným v Zozname kategorizovaných ŠZM pod názvom „kód MZ SR“ a nekategorizovaný ŠZM s kódom uvedeným v zmluve. Ak je v zmluve uvedená skratka R alebo RR alebo v Zozname kategorizovaného ŠZM uvedená podmienka súhlasu poisťovne, poskytovateľ vyplní a zašle poisťovni na schválenie žiadosť uverejnenú na webovej stránke poisťovne pod názvom „Žiadosť o úhradu špeciálneho zdravotníckeho materiálu“.
26. Pripustky počas hospitalizácie sú akceptované výlučne na psychiatrickom oddelení psychiatrickej nemocnice, psychiatrickej liečebne alebo centra pre liečbu drogovo závislých, v ktorých je poskytovanie zdravotnej starostlivosti uhrádzané formou dohodnutej ceny za ošetrovací deň. Dni, počas ktorých je poistenec na pripustke, sú zdravotníckemu zariadeniu uhrádzané v dĺžke najviac 3 dni vo výške 30% ceny ošetrovacieho dňa, pričom celkový stanovený zmluvný rozsah výkonov sa musí dodržať.

27. Po ukončení hospitalizácie je poskytovateľ povinný vyhotoviť prepúšťaciu správu (táto zásada platí aj pri preklade pacienta na iné oddelenie), ktorá okrem komplexného zhodnotenia zdravotného stavu poistenca a súhrnu výkonov poskytnutej zdravotnej starostlivosti musí obsahovať aj:
 - a) zoznam liekov, ktoré poskytovateľ podal poistencovi počas hospitalizácie,
 - b) zoznam liekov a zdravotníckych pomôcok, ktoré poskytovateľ odporúča predpisovať poistencovi po ukončení hospitalizácie,
 - c) mená a kódy lekárov - špecialistov, ktorí odporúčali predpísanie liekov za podmienky dodržania preskripčných a indikačných obmedzení,
 - d) medicínske zdôvodnenie prekladu na iné oddelenie, resp. do iného zdravotníckeho zariadenia.
 - e) dátum a čas začiatku a ukončenia hospitalizácie
28. Poskytovateľ je povinný na žiadosť poisťovne umožniť nahliadnutie do evidencie nozokomiálnych nákaz na jednotlivých oddeleniach v zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti, prehľadov sledovania rezistencie jednotlivých mikrobiálnych kmeňov, ústavných liekových formulárov, spotreby antibiotík resp. iných liekov, zaradenia poistencov do klinického výskumu.
29. Zabezpečovanie, schvaľovanie a vykazovanie osobitne uhrádzaných ŠZM:
 - a. Zdravotnícke zariadenie je povinné použiť ekonomicky a kvalitatívne najvýhodnejší druh ŠZM a na požiadanie poisťovne dokladovať účelnosť a efektívnosť vynaloženia prostriedkov verejného zdravotného poistenia pri nákupe ŠZM.
 - b. Zmluvné zdravotnícke zariadenie pri plánovanom poskytnutí ŠZM, ktorej úhrada vyžaduje schválenie poskytnutia vopred, podá Žiadosť o schválenie poskytnutia a úhrady ŠZM (ďalej len „žiadosť“) v dvoch vyhotoveniach zmluvnej pobočky (schvaľovanie označené symbolom „R“) resp. Odboru zdravotnému a revíznemu generálneho riaditeľstva poisťovne (schvaľovanie ŠZM označené symbolom „RR“). Vzor žiadosti je uverejnený na internetovej stránke poisťovne
30. Postup pri schvaľovaní a uhrádzaní mimoriadne finančne náročnej zdravotnej starostlivosti (ďalej aj len „MFNZS“) – finančne nákladných liekov v ÚZZ:
 - a. Poisťovňa považuje za MFNZS podanie lieku, ktorý sa nenachádza medzi pripočítateľnými položkami v Katalógu prípadových paušálov platnom pre príslušný kalendárny rok, ako jedinej terapeutickú alternatívu, ktorá bola použitá v súlade so súhrnom charakteristických vlastností lieku (SPC) a súčasne s indikačnými a preskripčnými obmedzeniami podľa aktuálneho Zoznamu kategorizovaných liekov. Poskytovateľ môže požiadať o úhradu MFNZS, ak náklady na podanie jedného lieku alebo skupiny liekov prevýšia sumu vypočítanú ako násobok dvojnásobku efektívnej relatívnej váhy konkrétneho hospitalizačného prípadu a základnej sadzby poskytovateľa platnej pre daný kalendárny rok. Ak je pri poskytovaní ústavnej zdravotnej starostlivosti pacient hospitalizovaný na viacerých oddeleniach, uvedený postup sa vzťahuje na oddelenie, ktoré liečbu indikovalo. Požiadavku na úhradu si môže uplatniť poskytovateľ až po ukončení hospitalizácie.
 - b. Poskytovateľ zasiela žiadosť o úhradu MFNZS Generálnemu riaditeľstvu poisťovne - Sekcii nákupu zdravotnej starostlivosti na osobitnom tlačive uverejnenom na internetovej stránke poisťovne, ktorá je potvrdená podpisom a odtlačkom pečiatky vedúceho lekára lôžkového zariadenia a odtlačkom pečiatky a podpisom riaditeľa ÚZZ. Neoddeliteľnou súčasťou žiadosti sú:
 - prepúšťacia lekárska správa,
 - medicínske zdôvodnenie MFNZS, t.j. podania finančne náročných liekov,
 - vyčíslenie nákladov podľa jednotlivých položiek,
 - povolenie na použitie lieku vydané MZ SR, ak ide o liek, u ktorého sa vyžaduje povolenie MZ SR na použitie podľa zákona č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,
 - kópia dokladu o nadobudnutí lieku (faktúra od dodávateľa),
 - kópie žiadaní z ústavnej lekárne s vyznačením mena a rodného čísla poistenca.“
31. Výkony MFNZS sú hradené nad rámec Hospitalizačného prípadu a vykazujú sa v samostatnej faktúre.

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

1. Poskytovateľ je povinný prostredníctvom ePobočky posielať poisťovní najmenej jedenkrát počas pracovného dňa údaje potrebné na vedenie zoznamu poistencov za účelom poskytnutia ústavnej zdravotnej starostlivosti (ďalej len: „hospitalizácia“) vrátane osobitne hradených výkonov – OHV, diagnosticko – terapeutických výkonov, balíčkových TEP a vybraných operačných výkonov uhrádzaných v ústavnej starostlivosti (ďalej len „výkony uhrádzané v ústavnej starostlivosti“), v štruktúre (dátovom rozhraní – dávka 901) určenej poisťovňou a zverejnenej na internetovej stránke poisťovne; to neplatí, ak poskytovateľ počas pracovného dňa neprijal na hospitalizáciu ani neukončil hospitalizáciu žiadneho pacienta.
2. Poisťovňa je povinná vyjadriť sa k nahláseným plánovaným hospitalizáciám poskytovateľa do dvoch týždňov od ich nahlásenia.
3. Poisťovňa je povinná na požiadanie poskytnúť poskytovateľovi programové vybavenie programu eHospik. Poskytovateľ môže namiesto programu eHospik použiť vlastné programové vybavenie, ktoré vytvára dávku 901.

4. Poskytovateľ, ktorý prijal pacienta na hospitalizáciu v dôsledku potreby poskytnúť mu neodkladnú zdravotnú starostlivosť, je povinný oznámiť túto skutočnosť poisťovni prostredníctvom dávky 901 najneskôr v pracovný deň bezprostredne nasledujúci po dni začatia hospitalizácie.
5. Poskytovateľ je povinný v zdravotnej dokumentácii pacienta vyznačiť dátum a hodinu začatia hospitalizácie, dátum a hodinu ukončenia hospitalizácie. Poskytovateľ je ďalej povinný oznámiť poisťovni prostredníctvom dávky 901 začatie aj ukončenie hospitalizácie pacienta.
6. Poskytovateľ prijme pacienta na hospitalizáciu na poskytovanie plánovanej zdravotnej starostlivosti počas dňa, ktorý poisťovňa určí v súhlase, alebo kedykoľvek po tomto dni; ak takýto deň poisťovňa v súhlase neurčila, tak najskôr v deň udelenia súhlasu. Poskytovateľ nesmie prijať pacienta na hospitalizáciu na poskytovanie plánovanej zdravotnej starostlivosti, ak mu poisťovňa neudelila súhlas na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti pacientovi alebo skôr, než v deň určený poisťovňou v súhlase.
7. Opakovaná hospitalizácia poistenca na rovnakom oddelení u poskytovateľa počas jedného súvislého poskytovania ústavnej starostlivosti sa považuje za jednu hospitalizáciu na príslušnom oddelení a poskytovateľovi patrí len jedna úhrada za ukončenú hospitalizáciu na príslušnom oddelení.
8. Za hospitalizáciu, ktorou poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť v rozpore s bodmi 1, 4, 5 alebo 6 tejto časti, poisťovňa poskytovateľovi uhradí 100% z ceny ukončenej hospitalizácie na príslušnom oddelení, alebo z ceny výkonov uhrádzaných v ústavnej starostlivosti. Zmluvné strany sa dohodli, že za porušenie povinností poskytovateľa stanovených v bodoch 1, 4, 5 alebo 6 tejto časti, má poisťovňa nárok uplatniť si u poskytovateľa zmluvnú pokutu vo výške 300 EUR za každé jedno porušenie.
9. Zasielaním údajov o hospitalizáciách alebo akceptovaním hospitalizácie v dávke 901 nie sú dotknuté ustanovenia uvedené v časti „Podmienky akceptácie a úhrady ústavnej zdravotnej starostlivosti“.

B.2 Klasifikačný systém (DRG)

1. Základné pojmy

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

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

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

Oddelenia DRG nerelevantných odborností sú určené v časti B.2, v bode 3.4 tejto Prílohy.

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

Základná sadzba je suma v absolútnej hodnote, ktorá je uhrádzaná podľa klasifikačného systému za jednotlivý Hospitalizačný prípad s relatívnou váhou 1,0.

Relatívna váha je hodnota uvedená pri príslušnej diagnosticko-terapeutickej skupine v katalógu prípadových paušálov platného ku dňu prijatia poistenca do ústavného zdravotníckeho zariadenia.

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

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

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

Ošetrovacia doba je počet ošetrovacích dní medicínsky opodstatneného pobytu poistenca u poskytovateľa na oddeleniach s DRG relevantnou odbornosťou v súvislosti s Hospitalizačným prípadom, pričom do tohto počtu dní sa nezapočítava deň prijatia poistenca do ústavného zdravotníckeho zariadenia.

2. Úhrada za Hospitalizačný prípad

- 2.1 Úhrada Hospitalizačného prípadu je určená na základe podmienok úhrady platných v deň prijatia poistenca do zdravotníckeho zariadenia ústavnej zdravotnej starostlivosti.
- 2.2 Úhrada za Hospitalizačný prípad je daná súčinom základnej sadzby a efektívnej relatívnej váhy s pripočítaním ceny pripočítateľných položiek k DRG v súlade s platnými dokumentmi vydanými Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou v znení platnom v čase prijatia poistenca do zdravotníckeho zariadenia ústavnej zdravotnej starostlivosti: Definičná príručka, Katalóg prípadových paušálov, Kódovacie pravidlá, Kalkulačná príručka ako aj ďalšie nevyhnutne súvisiace dokumenty vydané Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.
- 2.3 Základná sadzba pre príslušný kalendárny rok po konvergencii je stanovená Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou vo výške zverejnenej na webovej stránke <http://www.udzs-sk.sk>.
- 2.4 Úhrada za Hospitalizačný prípad u poskytovateľa zahŕňa úhradu za akceptovanú komplexnú zdravotnú starostlivosť (vrátane nákladov na lieky, zdravotnícke pomôcky, dietetické potraviny a špeciálny zdravotnícky materiál, tkanivá a bunky poskytované pri transplantáciách, materské mlieko, transfúzne lieky), ak z medicínskeho hľadiska tieto mali byť podané poistencovi počas trvania Hospitalizačného prípadu:
 - a) poskytnutú pacientovi poskytovateľom zdravotnej starostlivosti počas Hospitalizačného prípadu,
 - b) poskytnutú pacientovi iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti počas Hospitalizačného prípadu na základe žiadanky alebo výmenného lístka vystaveného poskytovateľom,
 - c) poskytnutú aj po ukončení Hospitalizačného prípadu, ak žiadanka alebo výmenný lístok na poskytnutú zdravotnú starostlivosť boli vystavené počas Hospitalizačného prípadu.
- 2.5 Úhrada za Hospitalizačný prípad nezahŕňa úhradu za:
 - a) poskytnutú zdravotnú starostlivosť na základe žiadanky alebo výmenného lístka, ak neboli vystavené počas Hospitalizačného prípadu,
 - b) výkony dialyzačnej liečby pri náhlom zlyhaní obličiek,
 - c) výkony dialyzačnej liečby pri chronickom zlyhaní obličiek,
 - d) dialyzačný stacionár,
 - e) výkony plazmaferézy,
 - f) hemoperfúziu cez aktívne uhlie a iné sorbenty,
 - g) dopravnú službu (DS),
 - h) vrtuľníkovú záchrannú zdravotnú službu (VZZS),
 - i) záchrannú zdravotnú službu (ZZS)
 - j) lieky, zdravotnícke pomôcky a dietetické potraviny predpísané v deň prepustenia pacienta zo zdravotníckeho zariadenia v ambulancii poskytovateľa alebo iného poskytovateľa, ak z medicínskeho hľadiska tieto lieky, zdravotnícke pomôcky a dietetické potraviny nemali byť podané poistencovi ešte počas trvania Hospitalizačného prípadu,
 - k) komplexnú zdravotnú starostlivosť v ambulancii záchrannej zdravotnej služby pri preprave novorodencov a detí,
- 2.6 Úhrada za komplexnú zdravotnú starostlivosť na základe žiadanky vystavenej poskytovateľom alebo iným poskytovateľom v deň prijatia a v deň prepustenia z hospitalizácie, ako aj kedykoľvek počas hospitalizácie, bez ID Hospitalizačného prípadu, bude automaticky započítaná do úhrady za Hospitalizačný prípad, pokiaľ poskytovateľ nepreukáže, že zdravotná starostlivosť nesúvisí s Hospitalizačným prípadom. V prípade, ak na žiadanke nebude uvedený dátum vystavenia, zdravotná poisťovňa zdravotnú starostlivosť neuhradí a požiada poskytovateľa alebo iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o jeho doplnenie.

3. DRG nerelevantné odbornosti oddelení

- 3.1 Poskytovateľ je povinný počas hospitalizácie pacienta (vrátane hospitalizácie na oddelení s DRG nerelevantnou odbornosťou, ktorej predchádzala hospitalizácia na oddelení s DRG relevantnou odbornosťou a/alebo ktorá pokračovala hospitalizáciou na oddelení s DRG relevantnou odbornosťou) uvádzať na všetkých žiadankách a odporúčaniach na ambulantnú zdravotnú starostlivosť (vrátane zdravotnej starostlivosti poskytovanej zariadením spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek), ako aj na služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti ID Hospitalizačného prípadu, kód PZS (oddelenia alebo ambulancie) a dátum vystavenia žiadanky.
- 3.2 Hospitalizácia pacienta na psychiatrickom oddelení alebo inom oddelení s DRG nerelevantnou odbornosťou okrem DOS a Hospic, ktorému predchádzala hospitalizácia na oddelení s DRG relevantnou odbornosťou a/alebo ktorá pokračovala hospitalizáciou na oddelení s DRG relevantnou odbornosťou v jednom zdravotníckom zariadení, sa považuje za súčasť jedného Hospitalizačného prípadu (má rovnaké ID), avšak jej trvanie sa nezapočítava do obdobia trvania Hospitalizačného prípadu a zároveň náklady na hospitalizáciu pacienta na psychiatrickom oddelení alebo inom oddelení s DRG nerelevantnou odbornosťou okrem DOS a Hospic sa nezapočítavajú do úhrady za Hospitalizačný prípad.
- 3.3 Hospitalizácia pacienta v Hospici a/alebo v Dome ošetrovateľskej starostlivosti, ktorému predchádzala hospitalizácia na oddelení s DRG relevantnou odbornosťou a/alebo ktorá pokračovala hospitalizáciou na oddelení s DRG relevantnou odbornosťou v jednom zdravotníckom zariadení, sa nepovažuje za súčasť jedného Hospitalizačného prípadu (nemá rovnaké ID), jej trvanie sa nezapočítava do obdobia trvania Hospitalizačného prípadu a zároveň náklady na zdravotnú starostlivosť a služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti sa nezapočítavajú do úhrady za Hospitalizačný prípad.
- 3.4 Za DRG nerelevantné odbornosti sa považujú:
- 005 – psychiatria
 - 073 – medicína drogových závislostí
 - 074 – gerontopsychiatria
 - 105 – detská psychiatria
 - 223 – neuropsychiatria
 - 709 – JIS psychiatrická
 - 193 – ústavná ošetrovateľská starostlivosť
 - 620 – ústavná hospicová starostlivosť
 - 252 – ošetrovateľská starostlivosť v psychiatrii
 - 568 – starostlivosť o drogovu závislosť
 - 578 – drogové závislosti
 - 144 – klinická psychológia
 - 241 – psychoterapia
- 3.5 Ústavná zdravotná starostlivosť poskytovaná na oddeleniach DRG nerelevantných odborností je uhrádzaná podľa časti B.1 tejto Prílohy.

4. Spôsob vykazovania a fakturácie poskytnutej ústavnej zdravotnej starostlivosti

- 4.1 Poskytovateľ zaradený v systéme vykazovania poskytnutej ústavnej zdravotnej starostlivosti podľa DRG, vykazuje ústavnú zdravotnú starostlivosť vo formáte dávky 274* za DRG relevantné aj nerelevantné odbornosti oddelení v zmysle platnej legislatívy.
- 4.2 Poskytovateľ zaradený v systéme vykazovania poskytnutej ústavnej zdravotnej starostlivosti podľa DRG, vykazuje ústavnú zdravotnú starostlivosť za všetkých poistencov EÚ ošetrovaných v príslušnom mesiaci v jednej samostatnej faktúre v súlade s platným metodickým usmernením Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.
- 4.3 Poskytovateľ zaradený v systéme vykazovania poskytnutej ústavnej zdravotnej starostlivosti podľa DRG vykazuje pripočítateľné položky k hospitalizačným prípadom podľa dokumentu „Pripočítateľné položky DRG r. 2021“, ktorý je zverejnený na webe sídla poisťovne (www.vszp.sk). V prípade, že pripočítateľné položky nebudú poisťovní vykázané spôsobom podľa predchádzajúcej vety, poisťovňou akceptované nebudú.
- 4.4 Poskytovateľ vykazuje a poisťovňa akceptuje a uhradí pripočítateľné položky len k výkonom poskytnutým Poskytovateľom v rámci daného hospitalizačného prípadu. Poskytovateľ vykazuje pevnú cenu pripočítateľnej položky uvedenú v Zozname pripočítateľných položiek DRG r. 2021, avšak v prípade podania liekov, ktoré poisťovňa obstarala Poskytovateľovi centrálnym nákupom Poskytovateľ vykazuje súvisiacu pripočítateľnú položku s cenou 0 eur.

- 4.5 Prípočítateľné položky s typom úhrady B sú hrazené, ak sa na úhrade a cene týchto prípočítateľných položiek Poistovňa a Poskytovateľ dohodli. Ak cena pre úhradu nebola pevne stanovená je Poskytovateľ oprávnený Poistovňu vopred písomne požiadať o jej dohodnutie. Postup je uvedený v podbode 4.6.
- 4.6 Zmluvné strany sa dohodli, že v prípade prípočítateľnej položky, ktorej pevná cena nie je stanovená v Katalógu prípadových paušálov a ani v dokumente „Prípočítateľné položky DRG r. 2021“ (ďalej len „dokument“), ktorý je zverejnený na webe sídla poisťovne (www.vszp.sk), je poskytovateľ oprávnený poisťovňu vopred písomne požiadať o jej dohodnutie. V prípade, ak zo strany poskytovateľa ide o použitie prípočítateľnej položky, ktorá nemá stanovenú alebo dohodnutú cenu v súvislosti s poskytnutím neodkladnej zdravotnej starostlivosti, poskytovateľ môže poisťovňu požiadať o dohodnutie ceny prípočítateľnej položky aj dodatočne, najneskôr však do päť pracovných dní od poskytnutia tejto neodkladnej zdravotnej starostlivosti. V žiadosti je poskytovateľ povinný uviesť nadobúdajúcu cenu prípočítateľnej položky a predložiť poisťovni všetky k nej sa viažuce nadobúdacie doklady – poisťovňa je v prípade potreby oprávnená vyžiadať si od poskytovateľa aj ďalšie relevantné doklady. Poistovňa žiadosť poskytovateľa posúdi a v prípade, že jej vyhovie, túto skutočnosť poskytovateľovi písomne oznámi. Cena danej prípočítateľnej položky sa tým považuje za dohodnutú. Poistovňa následne takto dohodnutú cenu prípočítateľnej položky platnú pre všetkých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti zverejní v dokumente, pričom zverejnená cena je odo dňa jej zverejnenia, resp. odo dňa uvedeného v dokumente. Poistovňa si vyhradzuje právo na prehodnotenie dohodnutej ceny prípočítateľnej položky najmä v prípade, kedy nadobudne vedomosť o nižšej nadobúdajúcej cene danej prípočítateľnej položky ako je uvedená v dokumente.

B.3 Úhrada za ústavnú zdravotnú starostlivosť na oddeleniach DRG relevantných odborností

- 1.1 Úhrada za ústavnú zdravotnú starostlivosť je zložená z dvoch častí, pričom:
- Prvá časť úhrady je súčet cien ošetrovacích dní na ODCH, cien ukončených hospitalizácií a cien všetkých prípočítateľných položiek podľa časti B.1 tejto Prílohy vynásobený činiteľom 0,0.
 - Druhá časť úhrady je súčet cien Hospitalizačných prípadov podľa časti B.2 tejto Prílohy vynásobený činiteľom 1,0.
- 1.2 Poistovňa bude akceptovať Hospitalizačný prípad, ktorý trval kratšie ako 24 hodín v súlade s pravidlami klasifikačného systému DRG.
- 1.3 V prípade hospitalizácie, ktorej doba presiahne 6 po sebe nasledujúcich kalendárnych mesiacov a stav pacienta nedovoľuje jeho prepustenie do domácej starostlivosti, poskytovateľ môže poisťovňu požiadať o schválenie úhrady zdravotnej starostlivosti cenou ošetrovacieho dňa. V prípade schválenia úhrady cenou ošetrovacieho dňa poskytovateľ Hospitalizačný prípad ukončí posledným dňom 6. mesiaca a od prvého dňa 7. mesiaca bude ústavná zdravotná starostlivosť v prípade tohto pacienta uhrádzaná formou ceny ošetrovacieho dňa. Cena ošetrovacieho dňa bude zo strany poisťovne určená až po posúdení náročnosti zdravotnej starostlivosti.
- 1.4 Pri výpočte efektívnej relatívnej váhy pri externých prekladoch sa postupuje podľa MU ÚDZS č. 02/2/2019 účinného od 1.1.2021 a podľa platných dokumentov Centra pre klasifikačný systém ÚDZS.

2. Chybové DRG

- 2.1 V prípade, ak Hospitalizačný prípad bol klasifikovaný do diagnosticko-terapeutickej skupiny, ktorá je v platnom katalógu prípadových paušálov uvedená ako chybová DRG bez relatívnej váhy, je takto klasifikovaný prípad poisťovňou zamietnutý. Poskytovateľ si však môže vykázat Hospitalizačný prípad opätovne v súlade s pravidlami kódovania.

3. Úhrada Hospitalizačného prípadu bez relatívnej váhy

- 3.1 V prípade, ak Hospitalizačný prípad bol klasifikovaný do diagnosticko-terapeutickej skupiny, ktorá je v platnom katalógu prípadových paušálov uvedená bez relatívnej váhy, pri vybraných kódach DRG sa použije relatívna váha uvedená v nasledovnej tabuľke:

Kód DRG	Názov DRG	Relatívna váha
B76A	Záchvaty, viac ako jeden deň hospitalizácie, s komplexnou diagnostikou a liečbou	0,8776
E76A	Tuberkulóza, viac ako 14 ošetrovacích dní	2,6820
B61B	Určité akútne ochorenia a poranenia miechy bez komplexného výkonu alebo viac ako 13 dní ošetrovacích dní alebo žiadne preloženie ďalej	1,9168

Všetky ostatné DRG skupiny bez určenej relatívnej váhy v platnom Katalógu prípadových paušálov	1,1400
--	--------

V ostatných prípadoch je takto klasifikovaný prípad poisťovňou zamietnutý. Poskytovateľ si však môže vykázať Hospitalizačný prípad opätovne v súlade s pravidlami kódovania.

B.4 Podmienky akceptácie a úhrady ústavnej zdravotnej starostlivosti v klasifikačnom systéme DRG

- 1.1. Ak poisťovňa kontrolou zdravotnej starostlivosti uhrádzanej podľa klasifikačného systému zistí, že poskytovateľ porušil pravidlá kódovania podľa dokumentov vydaných Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou v znení platnom v čase prijatia poistenca do zdravotníckeho zariadenia ústavnej zdravotnej starostlivosti, Hospitalizačný prípad bude poisťovňou zamietnutý. Poskytovateľ si však môže vykázať Hospitalizačný prípad opätovne v súlade s pravidlami kódovania. Poisťovňa zároveň:
 - a) po vykonaní kontroly na vzorke určenej diagnosticko-terapeutickej skupiny, kde vzorka obsahuje minimálne 5 % všetkých prípadov a minimálne však 30 prípadov vykázaných zdravotnej starostlivosti v kontrolovanom období, zníži evidovanú sumu za všetky prípady poskytnutej zdravotnej starostlivosti vykázané v kontrolovanom období v určenej diagnosticko-terapeutickej skupine o sumu priemerného rozdielu medzi evidovanou sumou za zdravotnú starostlivosť vykázanú poskytovateľom a sumou zistenou na kontrolovanej vzorke prípadov vykázaných zdravotnej starostlivosti;
 - b) po vykonaní kontroly v jednotlivých prípadoch postupuje podľa bodu 7.10.2.2. zmluvy; postupom podľa Všeobecných zmluvných podmienok v platnom znení je poisťovňa zároveň oprávnená uplatniť si u poskytovateľa zmluvnú pokutu vo výške rozdielu medzi evidovanou sumou za zdravotnú starostlivosť jednotlivého určeného prípadu vykázaného poskytovateľom a sumou za zdravotnú starostlivosť zistenú kontrolou poisťovne, ktorá mala byť poskytovateľovi za tento jednotlivý určený prípad poisťovňou podľa správnosti uhradená.
- 1.2. Poskytovateľ je povinný poskytovať ošetrovateľskú starostlivosť správne, tak aby nedochádzalo k zvýšeniu finančnej náročnosti Hospitalizačného prípadu.
- 1.3. Po ukončení Hospitalizačného prípadu je poskytovateľ povinný vyhotoviť prepúšťaciu správu (táto zásada platí aj pri preklade pacienta na iné oddelenie), ktorá okrem komplexného zhodnotenia zdravotného stavu poistenca a súhrnu výkonov poskytnutej zdravotnej starostlivosti musí obsahovať aj:
 - a) zoznam liekov, ktoré poskytovateľ podal poistencovi počas hospitalizácie,
 - b) zoznam liekov a zdravotníckych pomôcok, ktoré poskytovateľ odporúča predpisovať poistencovi po ukončení hospitalizácie,
 - c) mená a kódy lekárov - špecialistov, ktorí odporúčali predpísanie liekov za podmienky dodržania preskripčných a indikačných obmedzení podľa písmena b) tohto bodu,
 - d) medicínske zdôvodnenie prekladu na iné oddelenie, resp. do iného zdravotníckeho zariadenia,
 - e) ID, dátum a čas začiatku Hospitalizačného prípadu,
 - f) ID, dátum a čas začiatku a ukončenia Hospitalizačného prípadu, ak Hospitalizačný prípad bol ukončený.
- 1.4. Poskytovateľ je povinný na žiadosť poisťovne umožniť nahliadnutie do evidencie nozokomiálnych nákaz na jednotlivých oddeleniach v zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti, prehľadov sledovania rezistencie jednotlivých mikrobiálnych kmeňov, ústavných liekových formulárov, spotreby antibiotík resp. iných liekov, zaradenia poistencov do klinického výskumu.

C. Lekárska starostlivosť

V zmysle bodu 2.1. zmluvy je predmetom zmluvy zabezpečovanie poskytovania a úhrady zdravotnej starostlivosti, lekárskej starostlivosti a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, v cenách, rozsahu a za podmienok stanovených v zmluve, jej prílohách a Všeobecných zmluvných podmienkach, ktoré sú zverejnené na webovom sídle poisťovne www.vszp.sk pod názvom „Všeobecné zmluvné podmienky účinné od 1. 10. 2016“ (ďalej aj len „VZP“) a tvoria prílohu č. 6 zmluvy. Odchylné dojednania zmluvy majú prednosť pred znením VZP.

Zmluvné strany sa s ohľadom na špecifiká poskytovania a úhrady lekárskej starostlivosti vo verejnej lekárskej poskytovateľa dohodli, že výlučne vo vzťahu k lekárskej starostlivosti poskytovanej poskytovateľom podľa zmluvy sa znenie VZP nepoužije a zmluvné strany budú vo vzťahu k lekárskej starostlivosti poskytovanej poskytovateľom uplatňovať podmienky stanovené touto časťou prílohy č. 1 tvoriacej súčasť zmluvy.

Všeobecná časť

Lekárska starostlivosť zahŕňa:

- a) zabezpečovanie, uchovávanie, prípravu, kontrolu a výdaj liekov vrátane internetového výdaja,
- b) zabezpečovanie, uchovávanie a výdaj zdravotníckych pomôcok vrátane internetového výdaja,
- c) zhotovovanie zdravotníckych pomôcok na mieru a ich výdaj,
- d) zabezpečovanie a výdaj dietetických potravín,
- e) poskytovanie odborných informácií a rád o liekoch, zdravotníckych pomôckach a dietetických potravinách potrebných na kvalitné poskytovanie zdravotnej starostlivosti podľa bezpečnej a racionálnej liekovej terapie,
- f) dohľad nad liekmi a dohľad nad zdravotníckymi pomôckami,
- g) zabezpečovanie, uchovávanie a výdaj doplnkového sortimentu,
- h) vykonávanie fyzikálnych a biochemických vyšetrení zameraných na primárnu prevenciu a sledovanie účinnosti a bezpečnosti farmakoterapie, ktoré si nevyžadujú ďalšie laboratórne spracovanie,
- i) spätný predaj humánnych liekov zaradených v zozname kategorizovaných liekov držiteľovi povolenia na veľkodistribúciu humánnych liekov, ktorý ich držiteľovi povolenia na poskytovanie lekárskej starostlivosti vo verejnej lekární alebo v nemocničnej lekární dodal, a predaj humánnych liekov zaradených v zozname kategorizovaných liekov medzi držiteľmi povolenia na poskytovanie lekárskej starostlivosti vo verejnej lekární alebo v nemocničnej lekární na účel ich výdaja vo verejnej lekární alebo v nemocničnej lekární ak bol tento predaj uskutočnený v súlade s § 23 ods. 1 písm. as) zákona č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 362/2011 Z. z.“).

Výška úhrady poisťovňou, výška úhrady pacienta a podmienky úhrady sa riadia:

- Zoznamom kategorizovaných liekov plne uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia,
- Zoznamom kategorizovaných zdravotníckych pomôcok plne uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia,
- Zoznamom kategorizovaných dietetických potravín plne uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia

platnými v čase výdaja lieku, zdravotníckej pomôcky a dietetickej potraviny.

Osobitné prípady úhrad registrovaných ale nekategorizovaných liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín sa riadia ustanoveniami § 88 zákona č. 363/2011 Z. z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 363/2011 Z. z.“).

Zmluvné strany sa zaväzujú poskytovať si vzájomnú súčinnosť v opodstatnených prípadoch podozrenia na spoluprácu zástupcov poskytovateľa a poskytovateľa ambulantnej zdravotnej starostlivosti. Poisťovňa oznámi v prípadoch podľa prvej vety všetky zistenia a skutočnosti potvrdzujúce podozrenie Kontrolnému výboru Slovenskej lekárskej komory alebo orgánom činným v trestnom konaní.

Osobitná časť

Článok 1: Práva a povinnosti poskytovateľa

- a) poskytuje poistencom poisťovne lekársku starostlivosť vo verejnej lekární v rozsahu činnosti stanovenej v povolení na poskytovanie lekárskej starostlivosti vydanom príslušným orgánom,
- b) prevádzkuje verejnú lekáreň v súlade so zákonom č. 362/2011 Z. z. a s ďalšími súvisiacimi platnými všeobecne záväznými právnymi predpismi,
- c) zodpovedá za to, že odborný zástupca vykonáva činnosť odborného zástupcu len na jednom mieste výkonu činnosti a že zdravotnícki pracovníci poskytujúci lekársku starostlivosť spĺňajú zákonom stanovené podmienky na poskytovanie tejto starostlivosti,
- d) dodržiava povinnosti stanovené v § 23 ods. 1 zákona č. 362/2011 Z. z., najmä:
 - da) poskytuje lekársku starostlivosť podľa zákona č. 362/2011 Z. z.,
 - db) dodržiava požiadavky správnej lekárskej praxe,
 - dc) poskytuje odborné informácie o liekoch, zdravotníckych pomôckach, konzultuje určovanie a sledovanie liečebného postupu,
 - dd) vyberá od poistencov poisťovne úhradu za humánne lieky, zdravotnícke pomôcky a dietetické potraviny čiastočne uhrádzané na základe verejného zdravotného poistenia pri zachovaní stanoveného pomeru úhrady poisťovne a poistenca poisťovne s výnimkou postupu podľa § 89 ods. 2 zákona č. 363/2011 Z. z.,
 - de) uvádza na doklade z registračnej pokladne údaj o výške prepočítaného doplatku za najlacnejší náhradný liek, ak sa tento započítava do úhrnnej výšky úhrad poistenca poisťovne podľa osobitného predpisu,
 - df) pri výdaji lieku, zdravotníckej pomôcky alebo dietetickej potraviny na základe lekárskeho predpisu alebo lekárskeho poukazu, ktoré sú čiastočne alebo úplne uhrádzané na základe verejného

- zdravotného poistenia, overiť zhodu údajov na lekárskom predpise alebo lekárskom poukaze s údajmi v preskripčnom zázname a s údajmi na preukaze poistenca, občianskom preukaze s elektronickým čipom alebo doklade o pobyte s elektronickým čipom a ak zistí nesprávnosť údajov lekárskeho predpisu alebo lekárskeho poukazu v mene, priezvisku, rodnom čísle alebo v číselnom kóde zdravotnej poisťovne, pričom pôjde o zjavnú chybu v písaní, vykonať opravu týchto údajov na lekárskom predpise alebo lekárskom poukaze, inak je oprávnený lekársky predpis alebo lekársky poukaz odmietnuť,
- e) zabezpečiť pri zaobchádzaní s liekmi, zdravotníckymi pomôckami a dietetickými potravinami podmienky pre zachovanie ich kvality, účinnosti a bezpečnosti,
 - f) vydá liek, dietetickú potravinu a zdravotnícku pomôcku len na preskripčný záznam, výpis z preskripčného záznamu, lekárske predpisy, výpisy z lekárskeho predpisu a lekárske poukazy, ktoré spĺňajú náležitosti podľa zákona č. 362/2011 Z. z., s výnimkou dôležitých liekov, o ktorých vydaní rozhodne osoba oprávnená vydať liek,
 - g) vydá liek, zdravotnícku pomôcku, dietetickú potravinu na základe preskripčného záznamu, ak bol liek, zdravotnícka pomôcka, dietetická potravina predpísaná elektronicky vytvorením preskripčného záznamu,
 - h) na základe lekárskeho poukazu vydá poistencovi poisťovne len zdravotnícku pomôcku platne registrovanú alebo evidovanú Štátnym ústavom pre kontrolu liečiv (ďalej len „ŠÚKL“) v súlade s § 110 zákona č. 362/2011 Z. z.,
 - i) lieky, zdravotnícke pomôcky alebo dietetické potraviny, ktoré tvoria osobitné prípady úhrad a vyžadujú predchádzajúci súhlas poisťovne s ich úhradou, vydá poskytovateľ iba v prípade, ak na zadnej strane lekárskeho predpisu je predpisujúcim lekárom uvedené evidenčné číslo žiadosti, dátum schválenia, meno a priezvisko revízieho lekára, ktorý žiadosť schválil. V prípade, že ide o preskripčný záznam, na ktorom nie sú tieto údaje uvedené, musí mať označenie „PRODUKT NA VÝNIMKU“,
 - j) vedie riadne a v súlade so skutočným stavom kusovú evidenciu liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín a systém kusovej evidencie sprístupní poisťovní na požiadanie tak, aby poisťovňa mohla účinne skontrolovať správnosť predpisovania a výdaja; na požiadanie sprístupní poisťovní všetky doklady o nadobudnutí liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín a umožní súčasne kontrolu skladových zásob, údaje o počtoch všetkých vydaných liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín v kontrolovanom období za všetky zdravotné poisťovne,
 - k) ak poistenec poisťovne nepredloží občiansky preukaz s elektronickým čipom, ak ho má vydaný, preukaz poistenca alebo európsky preukaz zdravotného poistenia, poskytovateľ môže vydať liek, dietetickú potravinu alebo zdravotnícku pomôcku len za plnú úhradu poistencom poisťovne; poskytovateľ nemá v takom prípade voči poisťovní nárok na úhradu,
 - l) je povinný plniť vlastné daňové povinnosti podľa § 78 zákona č. 222/2004 Z. z. o dani z pridanej hodnoty v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 222/2004 Z. z.“) tak, aby poisťovňa nebola zaviazaná na plnenie ručenia za daň v zmysle § 69b tohto zákona,
 - m) je povinný na základe údajov uvedených na preskripčných záznamoch, dispenzačných záznamoch, lekárske predpisoch a lekárske poukazoch fakturovať lekárenskú starostlivosť poskytnutú v zúčtovacom období riadne, správne, pravdivo, úplne a bez formálnych nedostatkov v súlade s platnými právnymi predpismi a zmluvnými podmienkami,
 - n) je povinný poskytovať lekárenskú starostlivosť priamo vo verejnej lekární, v pobočke verejnej lekárne tak, aby prostriedky zdravotného poistenia boli vynakladané účelne, efektívne, hospodárne a správne,
 - o) oznamovať poisťovní trvalú zmenu otváracích hodín, ako aj akékoľvek ďalšie zmeny týkajúce sa zmluvného vzťahu medzi poskytovateľom a poisťovňou (napr. zmena odborného zástupcu),
 - p) poskytovať lekárenskú starostlivosť prostredníctvom osôb, ktoré spĺňajú podmienky na výkon zdravotníckeho povolania v príslušnom odbore v súlade s platnou právnou úpravou,
 - q) zabezpečiť zastupovanie v rozsahu povolenia počas svojej dočasnej neprítomnosti, a súčasne na viditeľnom mieste označiť poskytovateľa, ktorý ho bude zastupovať. Neprítomnosť poskytovateľa oznámi poisťovní bezodkladne, najneskôr do 5 dní odo dňa kedy nastala táto skutočnosť,
 - r) spracovať a vykazovať údaje z lekárske predpisov a lekárske poukazov správne, pravdivo, úplne, bez formálnych nedostatkov v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi tak, aby údaje z lekárske predpisov a lekárske poukazov poskytovali pravdivý a komplexný prehľad o preskribovaných liekoch, zdravotných pomôckach a dietetických potravinách,
 - s) postupovať v súlade s platným odborným usmernením MZ SR pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v oblasti poskytovania a úhrady vecných dávok podľa platnej legislatívy Európskej únie (ďalej len „EÚ“) pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti poistencom EÚ v Slovenskej republike,
 - t) pri výdaji liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín dodržiavať všetky preskripčné obmedzenia, množstvom, finančné a časové limity stanovené v záväzných opatreniach MZ SR,
 - u) vydať poistencovi poisťovne predpísaný liek, zdravotnícku pomôcku alebo dietetickú potravinu, ktorých úhrada vyžaduje v súlade s platnými právnymi predpismi a zmluvou vydanie súhlasu revízieho lekára poisťovne, len ak je na zadnej strane uvedené evidenčné číslo vydaného súhlasu, dátum vydania súhlasu s úhradou, dobu trvania vydaného súhlasu, množstvo bal./ks, na ktorý je vydaný súhlas, meno a priezvisko revízieho lekára, ktorý súhlas vydal a výšku úhrady poisťovňou,
 - v) vykazovať lekárenskú starostlivosť pravdivo podľa lekárenskej starostlivosti, ktorú poskytovateľ v skutočnosti poskytol. Lekárenskú starostlivosť, ktorú poskytovateľ pri objektívnom posúdení všetkých okolností reálne nemohol poskytnúť alebo neposkytol, sa považuje za lekárenskú starostlivosť vykázanú nepravdivo,

- w) zabezpečiť, aby výdajová pečiatka lekárne bola vyhotovená podľa aktuálne platného Metodického usmernenia Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou o pečiatkach lekárov, vybraných pracovníkov v zdravotníctve a poskytovateľov zdravotnej starostlivosti,
- x) zodpovedá za doručenie faktúry poisťovní, pričom za deň doručenia faktúry sa považuje deň, kedy k zaslanej faktúre boli dodané do centra spracovania výkonov príslušného podľa miesta prevádzky poskytovateľa (ďalej aj ako „do poisťovne“) lekárske predpisy a lekárske poukazy, ktoré sú neoddeliteľnou prílohou faktúry,
- y) je povinný, na základe osobitnej písomnej žiadosti poisťovne, zabezpečiť uskladnenie liekov a zdravotníckych pomôcok obstaraných poisťovňou na základe žiadosti poskytovateľa zdravotnej starostlivosti v zmysle § 6 ods. 13 písm. b) zákona č. 581/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov a zabezpečiť ich výdaj poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti v súlade s požiadavkami na správnu lekárenskú prax a zabezpečiť, aby nedošlo k ich poškodeniu alebo zneužitiu,
- z) sa zaväzuje dodržiavať povinnosti stanovené zákonom č. 153/2013 Z. z. o národnom zdravotníckom informačnom systéme a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,
- aa) je povinný bezodkladne vytvoriť dispenzačný záznam podpísaný zdokonaleným elektronickým podpisom v elektronickej zdravotnej knižke o vydanom humánnom lieku, ktorého predpis je viazaný na lekárske predpis, zdravotnícku pomôcku, dietetickú potravinu, ktorá je uvedená v zozname kategorizovaných dietetických potravín, alebo zdravotnícku pomôcku, ktorá je uvedená v zozname kategorizovaných zdravotníckych pomôcok, ak je dietetická potravina alebo zdravotnícka pomôcka uhrádzaná na základe verejného zdravotného poistenia,
- bb) je oprávnený, v prípade záujmu poistenca poisťovne, autentifikovať tohto poistenca za účelom aktivácie mobilnej aplikácie poisťovne. Podrobnosti ohľadne postupu autentifikácie poistenca sú zverejnené na webovom sídle poisťovne.

Článok 2: Práva a povinnosti poisťovne

- a) na základe poskytovateľom predložených faktúr vystavených v súlade so zákonom č. 431/2002 Z. z. o účtovníctve v znení neskorších predpisov a touto zmluvou uhradiť poskytovateľovi vykázanú lekárenskú starostlivosť na základe verejného zdravotného poistenia poskytnutú poistencom poisťovne,
- b) je povinná uchovávať lekárske predpisy a lekárske poukazy najmenej jeden rok odo dňa úhrady za humánnu liek, zdravotnícku pomôcku a dietetickú potravinu, ktorých výdaj je viazaný na lekárske predpisy alebo lekárske poukazy; to neplatí, ak sa humánnu liek, zdravotnícka pomôcka alebo dietetická potravina vydáva na základe preskripčného záznamu.
- c) ak poskytovateľ vydal liek, zdravotnícku pomôcku alebo dietetickú potravinu na základe lekárskeho predpisu alebo lekárskeho poukazu, ktorého predpisaním predpisujúci lekár porušil povinnosť dodržiavať preskripčné a indikačné obmedzenia alebo povinnosť podľa § 119 ods. 11 zákona č. 362/2011 Z. z., poisťovňa je povinná uhradiť lekárenskú starostlivosť poskytovateľovi.

Článok 3: Postupy pri výdaji liekov a manipulácií s lekáorskými predpismi a poukazmi

- a) Platnosť lekárskeho predpisu alebo preskripčného záznamu je
 - aa) sedem dní na hromadne vyrábaný humánnu liek a individuálne pripravovaný humánnu liek, ak neobsahuje protimikrobiálne antibiotikum, chemoterapeutikum, omamnú látku II. skupiny a psychotropnú látku II. skupiny a dietetickú potravinu,
 - ab) päť dní na humánnu liek s obsahom omamnej látky II. skupiny a psychotropnej látky II. skupiny,
 - ac) tri dni na humánnu liek s obsahom protimikrobiálneho antibiotika a chemoterapeutika,
 - ad) jeden deň na humánnu liek predpísaný lekárom zubnolekárskej pohotovostnej služby, lekárom ambulantnej pohotovostnej služby a lekárom ústavnej pohotovostnej služby,
 - ae) pri preskripčnom zázname s poznámkou „REPETATUR“ najviac jeden rok.
- b) Platnosť preskripčného záznamu, ak ide o zdravotnícku pomôcku a lekárske poukazy je jeden mesiac. Platnosť preskripčného záznamu a lekárskeho poukazu na individuálne zhotovenie ortopedicko-protetickej zdravotníckej pomôcky na mieru alebo stomatologickej zdravotníckej pomôcky je tri mesiace.
- c) Poskytovateľ nevydá humánnu liek, zdravotnícku pomôcku a dietetickú potravinu, ak nie sú splnené požiadavky § 120 ods. 1 zákona č. 362/2011 Z. z. okrem dôležitého humánného lieku, o vydaní ktorého rozhodne osoba oprávnená vydať humánnu liek s prihliadnutím na naliehavosť podania humánného lieku poistencovi poisťovne, ak ide o bezprostredné ohrozenie života alebo hrozí závažné zhoršenie jeho zdravotného stavu.
- d) Pri výdaji humánného lieku alebo dietetickej potraviny predpísanej na lekárskom predpise alebo pri výdaji zdravotníckej pomôcky predpísanej na lekárskom poukaze poskytovateľ, ktorý vydáva lieky, zdravotnícke pomôcky a dietetické potraviny je povinný vytvoriť dispenzačný záznam podľa § 121 ods. 3 písm. d) zákona č. 362/2011 Z. z. a potvrdiť výdaj humánného lieku, zdravotníckej pomôcky alebo dietetickej potraviny svojím podpisom na lekárskom predpise alebo lekárskom poukaze, odtlačkom pečiatky verejnej lekárne alebo výdajne zdravotníckych pomôcok a dátumom výdaja; to neplatí, ak sa humánnu liek, zdravotnícka pomôcka alebo dietetická potravina vydáva na základe preskripčného záznamu.
- e) Poskytovateľ, ktorý vydáva lieky, zdravotnícke pomôcky a dietetické potraviny pri výdaji humánného lieku, zdravotníckej pomôcky alebo dietetickej potraviny je povinná vyznačiť v dispenzačnom zázname časť ceny vydaného humánného lieku, zdravotníckej pomôcky alebo dietetickej potraviny, ktorú uhrádza príslušná zdravotná poisťovňa, a časť ceny vydaného humánného lieku, zdravotníckej pomôcky alebo dietetickej

potraviny, ktorú uhrádza poistenec. Osoba oprávnená vydávať lieky pri výdaji humánneho lieku potvrdí v liekovej knižke poistenca výdaj humánneho lieku, ak ju poistencovi vydala zdravotná poisťovňa a poistenec ju pri výdaji humánnych liekov predložil; to neplatí, ak sa humánny liek, zdravotnícka pomôcka alebo dietetická potravina vydáva na základe preskripčného záznamu.

- f) Poskytovateľ je povinný pripojiť lekárske predpis a lekárske poukazy, na základe ktorého bol vydaný humánny liek, dietetická potravina alebo zdravotnícka pomôcka uhrádzaná z verejného zdravotného poistenia k faktúre, ktorú zašle poisťovni ak v tejto zmluve nie je uvedené inak. V prípade lekárskeho predpisu na lieky s obsahom omamnej látky II. skupiny je prvopis osobitného tlačiva lekárskeho predpisu povinnou prílohou faktúry podľa § 120 ods. 8 zákona č. 362/2011 Z. z.. V prípade poistencov EÚ je poskytovateľ povinný k faktúre ako prílohu pripojiť kópiu nárokového dokladu, ak sa poistenec iného štátu preukázal európskym preukazom alebo náhradným certifikátom a súčasne lekárske predpis alebo výpis z lekárskeho predpisu. Kópia nárokového dokladu sa nepredkladá za poistenca EÚ, ktorý sa preukázal preukazom zdravotnej poisťovne SR s označením „EÚ“, príslušným nárokovým dokladom zaevidovaným v slovenskej zdravotnej poisťovni.
- g) Poskytovateľ zodpovedá za správnosť výdaja podľa preskripčného záznamu lekárskeho predpisu a lekárskeho poukazu. Ak ide o výdaj humánneho lieku je osoba oprávnená vydávať lieky povinná kontrolovať správnosť dávkovania humánneho lieku z hľadiska prekročenia najvyššej jednotlivej a dennej dávky liečiva a upozorniť na osobitné varovania pri užívaní a používaní humánneho lieku. Rovnako je osoba, ktorá vydáva humánny liek, zdravotnícku pomôcku alebo dietetickú potravinu na základe lekárskeho predpisu alebo lekárskeho poukazu, povinná kontrolovať správnosť údajov uvedených na lekárskom predpise alebo lekárskom poukaze s údajmi uvedenými v preskripčnom zázname; to neplatí, ak bol lekárske predpis alebo lekárske poukaz vystavený ručne.
- h) Ak má poskytovateľ, ktorý vydáva humánny liek, zdravotnícku pomôcku a dietetickú potravinu pochybnosti o správnosti lekárskeho predpisu, lekárskeho poukazu alebo o správnosti preskripčného záznamu alebo o správnosti dávkovania humánneho lieku z hľadiska prekročenia najvyššej jednotlivej a dennej dávky liečiva alebo o dodržaní preskripčných a indikačných obmedzení a nemožno tieto pochybnosti odstrániť ani po overení u predpisujúceho lekára, humánny liek, zdravotnícku pomôcku alebo dietetickú potravinu nevýdá.
- i) Poskytovateľ, ktorý vydáva humánny liek, zdravotnícku pomôcku a dietetickú potravinu pri výdaji
 - ia) humánneho lieku, ktorý je uhrádzaný alebo čiastočne uhrádzaný na základe verejného zdravotného poistenia, je povinný informovať poistenca poisťovne o možnosti výberu náhradného humánneho lieku a o výške doplatku poistenca poisťovne za všetky náhradné humánne lieky podľa platného zoznamu kategorizovaných liekov, ktoré je možné vydať na základe predloženého preskripčného záznamu alebo lekárskeho predpisu,
 - ib) je povinný vydať poistencovi poisťovne humánny liek, ktorého liečivo je uvedené v prílohe č. 1 zákona č. 362/2011 Z. z., ktorý je bez doplatku alebo s najnižším doplatkom poistenca poisťovne a ktorý je dostupný, ak si poistenec poisťovne nevyberie inak,
 - ic) humánneho lieku, zdravotníckej pomôcky a dietetickej potraviny vyznačí v dispenzačnom zázname a na lekárskom predpise alebo lekárskom poukaze názov a kód vydaného humánneho lieku,
 - id) je povinný bezodkladne vytvoriť dispenzačný záznam podpísaný zdokonaleným elektronickým podpisom v elektronickej zdravotnej knižke o vydanom humánnom lieku, ktorého výdaj je viazaný na lekárske predpis, dietetickej potravine, ktorá je uvedená v zozname kategorizovaných dietetických potravín, alebo zdravotníckej pomôcke, ktorá je uvedená v zozname kategorizovaných zdravotníckych pomôcok, ak je dietetická potravina alebo zdravotnícka pomôcka uhrádzaná na základe verejného zdravotného poistenia,
 - ie) je povinný vydať humánny liek, zdravotnícku pomôcku alebo dietetickú potravinu na základe preskripčného záznamu, ak bol humánny liek, zdravotnícka pomôcka alebo dietetická potravina predpísaná elektronicky vytvorením preskripčného záznamu,
 - if) humánneho lieku na základe preskripčného záznamu s poznámkou „REPETATUR“ je povinný zaznamenať v dispenzačnom zázname počet balení vydaného humánneho lieku; pri výdaji humánneho lieku na základe preskripčného záznamu s poznámkou „REPETATUR“ sa nesmie vyhotoviť výpis z lekárskeho predpisu.

Článok 4: Platobné podmienky

Časť A. Všeobecné podmienky vykazovania lekárenskej starostlivosti a platobné podmienky

1. Poisťovňa uhrádza poskytovateľovi poskytnutú lekárenskú starostlivosť uhrádzanú na základe verejného zdravotného poistenia na základe tejto zmluvy.
2. Podkladom na úhradu poskytnutej lekárenskej starostlivosti sú dispenzačné záznamy vytvorené poskytovateľom do mesačnej závierky dispenzačných záznamov (ďalej len „mesačná závierka“) príslušného účtovacieho obdobia.
3. Finančné účtovanie (ďalej aj len „faktúra“) poskytovateľ zasiela poisťovni elektronicky prostredníctvom ePobočky.
4. Finančné účtovanie nie je možné zasielať v listinnej podobe.
5. Poskytovateľ predloží za jedno účtovacie obdobie poisťovni jednu samostatnú faktúru za lekárenskú starostlivosť poskytnutú fyzickým osobám, podľa kategórií v zmysle § 3 a nasledujúcich 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 č. 580/2004 Z. z.“) nasledovným spôsobom:

- 5.1. fyzická osoba – poistenec poisťovne,
 - 5.2. fyzická osoba – cudzinec,
 - 5.3. fyzická osoba – poistenec EÚ,
 - 5.4. fyzická osoba – bezdomovec, ktorý sa zdržiava na území Slovenskej republiky,
 - 5.5. fyzická osoba – bez podanej prihlášky v zmysle § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z.
6. Faktúra podľa bodu 5 tejto Časti A. obsahuje dispenzačné záznamy vyhotovené poskytovateľom do mesačnej závierky príslušného zúčtovacieho obdobia za lieky, dietetické potraviny a zdravotné pomôcky.
 7. Pokiaľ nie je v zmluve uvedené inak, opravné, nevytvorené alebo nezaslané dispenzačné záznamy posiela poskytovateľ do poisťovne ako súčasť faktúry za zúčtovacie obdobie, ktoré nasleduje po zúčtovacom období, za ktoré boli alebo mali byť pôvodné dispenzačné záznamy evidované.
 8. Prílohy k faktúre posiela poskytovateľ výlučne prostredníctvom ePobočky, ak nie je v zmluve uvedené inak.
 9. Poisťovňa vykonáva mesačnú závierku raz za kalendárny mesiac, a to v posledný deň kalendárneho mesiaca o 24:00 hod.
 10. Poskytovateľ je povinný fakturovať za poskytnutú lekárenskú starostlivosť a je oprávnený zaslať faktúru najskôr po uplynutí zúčtovacieho obdobia, ktorým je jeden kalendárny mesiac. V prípade doručenia faktúry pred uplynutím zúčtovacieho obdobia sa za deň doručenia faktúry považuje prvý kalendárny deň nasledujúceho mesiaca. Faktúru alebo faktúru s prílohami poskytovateľ doručí do poisťovne najneskôr do 10 dní po uplynutí zúčtovacieho obdobia.
 11. Lekárenskú starostlivosť poskytnutú osobám z členských štátov EÚ, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu a Švajčiarska vykazuje poskytovateľ poisťovní v súlade s platným Odborným usmernením MZ SR pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v oblasti poskytovania a úhrady vecných dávok podľa platnej legislatívy EÚ, ak v tejto zmluve nie je uvedené inak.
 12. Lekárenskú starostlivosť poskytnutú cudzincom tých štátov, s ktorými má Slovenská republika uzatvorené dohody o poskytnutí zdravotnej starostlivosti z prostriedkov štátneho rozpočtu na základe medzinárodných zmlúv a bezdomovcom (okrem členských štátov EÚ, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu a Švajčiarska) zdržujúcim sa na území Slovenskej republiky, ak nemôžu preukázať poistný vzťah preukazom poistenca, vykazuje poskytovateľ na samostatných zúčtovacích dokladoch podľa platného metodického usmernenia Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, ak v tejto zmluve nie je uvedené inak.
 13. Pri vydaní zdravotníckej pomôcky, ktorá je zaradená v skupine so špeciálnym režimom výdaja, bude prílohu k lekárskemu poukazu tvoriť v jednom vyhotovení riadne vyplnená a poistencom poisťovne podpísaná dohoda o používaní zdravotníckej pomôcky v originálnom vyhotovení, v ktorej poskytovateľ vyznačí výrobné číslo vydané zdravotníckej pomôcky, dátum výdaja, výšku úhrady poisťovňou a poistencom poisťovne.

Časť B. Kontrola formálnej a vecnej správnosti faktúry a jej splatnosť

Ustanovenia tejto Časti B. sa používajú primerane vo vzťahu k ostatným častiam Článku 4.

1. Poisťovňa vykoná kontrolu formálnej správnosti doručenej faktúry a úplnosti povinných príloh faktúry v zmysle tohto Článku 4 a ak zistí, že faktúra nie je formálne správna, vráti ju poskytovateľovi najneskôr do 5 pracovných dní odo dňa jej doručenia do poisťovne na jej doplnenie alebo opravu spolu s uvedením dôvodu vrátenia. Lehota stanovená na vecnú kontrolu uvedená v bode 3 tejto Časti B. a lehota splatnosti dohodnutá v bode 5 tejto Časti B. plynú odo dňa doručenia formálnej správnej faktúry do poisťovne.
2. Poisťovňa u formálnej správnej faktúry vykoná vecnú kontrolu vykazanej lekárenskej starostlivosti, zameranú najmä na správnosť a úplnosť vykázaných údajov poskytovateľom.
3. Ak poisťovňa pri vecnej kontrole zistí lekárenskú starostlivosť fakturovanú v rozpore so všeobecne záväznými právnymi predpismi alebo v rozpore so zmluvou, spracuje tieto zistenia do chybových protokolov, v ktorých budú uvedené neakceptované lekárske predpisy, výpisy z lekárske predpisov a lekárske poukazy alebo dispenzačné záznamy s uvedením dôvodu ich zamietnutia. Tieto doklady spolu s neakceptovanými lekáorskými predpismi, výpismi z lekárske predpisov a lekáorskými poukazmi, ktoré boli povinnou prílohou k faktúre, budú odoslané poskytovateľovi najneskôr do 25 dní odo dňa doručenia formálnej správnej faktúry spolu so Žiadosťou o vystavenie opravného dokladu k faktúre. Poskytovateľ vystaví opravný doklad k predloženej faktúre a to vo výške uvedenej v doklade Žiadosť o vystavenie opravného dokladu k faktúre. Doručením opravného dokladu zodpovedajúceho sume uvedenej na doklade Žiadosť o vystavenie opravného dokladu k faktúre sa považuje faktúra za vecne správnu. Vystavenie opravného dokladu nevyklučuje postup podľa bodu 4 tejto Časti B.
4. Ak poskytovateľ nesúhlasí so skutočnosťami uvedenými v chybovom protokole, doručí poisťovní námietky voči skutočnostiam uvedeným v chybovom protokole do 10 dní odo dňa doručenia chybového protokolu. Námietky poisťovňa posúdi do 30 dní odo dňa ich doručenia. Opakované námietky v tej istej veci budú zmluvné strany riešiť dohodovacím konaním. Výzva na dohodovacie konanie musí byť písomná.
5. Splatnosť formálnej a vecne správnej faktúry je 30 dní odo dňa jej doručenia do poisťovne. Ak posledný deň lehoty pripadne na sobotu, nedeľu, sviatok alebo deň pracovného pokoja, posledným dňom lehoty je najbližší nasledujúci pracovný deň. V prípade predloženia vecne nesprávnej faktúry, t. j. v prípade potreby vystavenia opravného dokladu k pôvodne predloženej faktúre v zmysle bodu 3 tejto Časti B., je splatnosť

- takto opravenej faktúry 5 pracovných dní odo dňa doručenia opravného dokladu, najmenej však 30 dní odo dňa doručenia pôvodnej, formálne správnej faktúry.
6. V prípade, že poisťovňa na základe výsledkov kontroly podľa bodu 5 tejto Časti B. prílohy zistí neoprávnenosť vykázania už realizovaného a uhradeného plnenia v súlade s touto Časťou B., poskytovateľ sa zaväzuje vrátiť poisťovni takúto neoprávnenú úhradu za lieky, zdravotnícke pomôcky a dietetické potraviny najneskôr v deň uzatvorenia kontroly v zmysle Článku 5 bodu 9. Za neoprávnené vykázanie lekárenskú starostlivosť sa považuje najmä nepravdivé a nesprávne vykazovanie. V prípade, že poskytovateľ poisťovni v dohodnutej lehote nevráti neoprávnené vyúčtované a zaplatené úhrady, poisťovňa vykoná jednostranný zápočet svojej pohľadávky voči najbližšiemu splatnému vyúčtovaniu poskytovateľa. Ustanovenia Článku 6 tým nie sú dotknuté.
 7. Poskytovateľ pri vyúčtovaní zdravotnej starostlivosti poskytnutej osobám z členských štátov Európskej únie, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu, a Švajčiarska, cudzincom tých štátov, s ktorými má Slovenská republika uzatvorené dohody o poskytnutí zdravotnej starostlivosti z prostriedkov štátneho rozpočtu na základe medzinárodných zmlúv a bezdomovcom postupuje podľa platného Odborného usmernenia MZ SR a Metodického usmernenia Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou a podľa členenia v zmysle Článku 4, Časti A., bodu 5.

Časť C. Všeobecne o ePobočke vo vzťahu k vykazovaniu a úhrade lekárenskej starostlivosti

1. Poskytovateľ alebo poverená osoba poskytovateľa musí mať uzatvorenú s poisťovňou samostatnú zmluvu o využívaní elektronických služieb v ePobočke VŠZP, a to „PZS Podacie miesto“, „PZS Prehľad“ a „PZS Komplet“, ktorých predmetom je využívanie elektronickej podateľne a zasielanie faktúry a jej príloh elektronicou formou.
2. Poskytovateľ môže realizovať opravu dispenzačného záznamu formou stornovania pôvodného dispenzačného záznamu a nahraním nového dispenzačného záznamu kedykoľvek do mesačnej závierky príslušného zúčtovacieho obdobia.
3. Po mesačnej závierke príslušného zúčtovacieho obdobia je možné poisťovňou odmietnutý dispenzačný záznam stornovať a nahradiť ho až v nasledujúcom zúčtovacom období.
4. Poisťovňa priebežne sprístupňuje zoznam dispenzačných záznamov, ktorý si poskytovateľ môže na ePobočke skontrolovať.
5. V okamihu mesačnej závierky bude poskytovateľovi na ePobočke sprístupnený zoznam dispenzačných záznamov spolu so sumou, ktorú je možné uviesť na faktúre.

Časť D. Všeobecné podmienky vykazovania lekárenskej starostlivosti – papierové lekárske predpisy a papierové lekárske poukazy dohodnuté najdlhšie do 31.3.2022

K faktúram:

1. za výdaj humánneho lieku s obsahom omamnej látky II. skupiny alebo psychotropnej látky II. skupiny, ktorý je plne uhrádzaný alebo čiastočne uhrádzaný na základe verejného zdravotného poistenia, alebo
 2. zasielaným podľa § 12 ods. 3 Vyhlášky Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 232/2014 Z. z., ktorou sa upravuje postup poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, zdravotnej poisťovne a Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou pri poskytovaní cezhraničnej zdravotnej starostlivosti, alebo
 3. za výdaj humánneho lieku, dietetickej potraviny alebo zdravotníckej pomôcky, uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia, keď lekárske predpis/dispenzačný záznam alebo lekárske poukaz/dispenzačný záznam neobsahuje identifikátor preskripčného záznamu,
- pripája poskytovateľ ako povinnú prílohu originály riadne vyplnených, otaxovaných lekárske predpisov, výpisov z lekárske predpisov a lekárske poukazov. Tieto originály balí poskytovateľ do zväzkov. Počet originálov v jednom zväzku nie je stanovený. Každý zväzok bude označený príslušným číslom faktúry, zúčtovacím obdobím faktúry, dvoma poradovými číslami, ktoré budú zodpovedať prvému a poslednému poradovému číslu originálu v zväzku, celkovým počtom dokladov vo zväzku. Každý zväzok bude tiež označený IČO, názvom poskytovateľa, kódom poskytovateľa, a názvom prevádzkarne, pričom môžu byť označené aj pečiatkou poskytovateľa s uvedenými údajmi.

Článok 5: Kontrola

1. Poisťovňa prostredníctvom poverených zamestnancov vykonáva kontrolnú činnosť u poskytovateľa zameranú na správnosť, oprávnenosť, rozsah, kvalitu, účelnosť, efektívnosť a hospodárnosť vynakladania prostriedkov verejného zdravotného poistenia a na dodržiavanie ustanovení zmluvy a všeobecne záväzných právnych predpisov.
2. Poisťovňa vykonáva kontrolu aj na základe informácií, podkladov, dokumentov, ktoré poskytol poskytovateľ poisťovni a údajov obsiahnutých v informačnom systéme poisťovne.
3. Zamestnanci poverení výkonom kontroly (kontrolná skupina) sú povinní preukázať sa pri kontrole služobným preukazom a písomným poverením na výkon kontroly. Kontrolná činnosť sa vykonáva za prítomnosti poskytovateľa, alebo ním poverenej osoby tak, aby nebola závažne narušená činnosť poskytovateľa.
4. Poskytovateľ alebo osoba ním poverená, je pri výkone kontroly povinný najmä:

- a) umožniť vykonanie kontroly, umožniť vstup do všetkých objektov lekárne, zariadení a pobočiek, na pozemky a do iných priestorov kontrolovaného poskytovateľa, ak súvisia s predmetom kontroly, poskytnúť súčinnosť a požadované informácie a vysvetlenia pri výkone kontroly,
 - b) poskytnúť všetky účtovné a iné doklady a dokumenty, vrátane technických nosičov údajov v elektronickej forme, ktoré súvisia s nákladmi uhrádzanými z verejného zdravotného poistenia za účelom kontroly správnosti, pravdivosti, oprávnenosti, účelnosti, efektívnosti a hospodárnosti vynakladania prostriedkov z verejného zdravotného poistenia,
 - c) umožniť vyhotovenie výpisu, alebo kópie kontrolovaných dokumentov,
 - d) sprístupniť systém kusovej evidencie liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín, ktoré plne alebo čiastočne uhrádza poisťovňa z prostriedkov verejného zdravotného poistenia.
5. Finančnú a kusovú kontrolu liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín, ktoré plne alebo čiastočne uhrádza zdravotná poisťovňa z prostriedkov verejného zdravotného poistenia vykoná farmaceut, alebo poverený zamestnanec poisťovne overením skutočností, či v kontrolovanom období poskytovateľ disponoval sledovanými liekmi, dietetickými potravinami a zdravotníckymi pomôckami v množstve a cene zodpovedajúcej množstvu a cene vykázananej poisťovni. Pri podozrení na nezákonnú spoluprácu poskytovateľa a predpisujúceho lekára alebo poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, môže poisťovňa kontaktovať dotknutých pacientov (poistencov poisťovne), u ktorých je možné sa domnievať, že lekárska starostlivosť im nebola poskytnutá vo verejnej lekární alebo pobočke verejnej lekáre poskytovateľa, v požadovanom (t. j. vykázanom) rozsahu. V takomto prípade je poisťovňa oprávnená časť vykázaných nákladov poskytovateľa až do uzatvorenia kontroly neuhradiť. V prípade ak sa potvrdia podozrenia poisťovne, tá je oprávnená vykázanú zdravotnú starostlivosť s definitívnou platnosťou odmietnuť a zároveň okrem sankcií v zmysle Článku 6 odstúpiť vec na ďalšie šetrenie Slovenskej lekárskej komory ako aj ďalším orgánom kontroly v zmysle zákona č. 362/2011 Z. z. Kontrolu u poskytovateľa vykonáva kontrolná skupina, ktorá o výsledku kontroly vypracuje:
- a) „Záznam o kontrole“, ak sa nezistí porušenie všeobecne záväzných právnych predpisov alebo porušenie podmienok zmluvy; podpísaním záznamu poskytovateľom a vedúcim kontrolnej skupiny je kontrola uzavretá,
 - b) „Protokol o kontrole“, ak sa kontrolou zistí porušenie všeobecne záväzných právnych predpisov alebo porušenie podmienok dohodnutých v zmluve,
 - c) „Chybový protokol“, ak sa pri kontrole zistí porušenie zmluvy alebo porušenie všeobecne záväzných právnych predpisov, a to v prípade kontroly vykonávanej u poskytovateľa počas lehoty na kontrolu vecnej správnosti faktúry v súlade s Článkom 4, Časť B., bod 3. V tomto prípade sa záznam, resp. protokol o kontrole nevystavuje.
6. Protokol o kontrole alebo záznam o kontrole zašle poisťovňa poskytovateľovi najneskôr do 15 dní od ukončenia kontroly. Ukončenie kontroly je vykonanie všetkých úkonov potrebných na posúdenie kontrolovaných skutočností v súlade s právnymi predpismi a touto zmluvou.
7. Poskytovateľ má právo podať písomné námietky proti obsahu protokolu, opodstatnenosti a preukázateľnosti kontrolných zistení a záverov uvedených v protokole do 15 dní od doručenia protokolu. Pokiaľ poskytovateľ v stanovenej lehote nepodá námietky k protokolu o kontrole, kontrola sa považuje za uzavretú dňom nasledujúcim po uplynutí lehoty na podanie námietok.
8. Pokiaľ poskytovateľ v stanovenej lehote podá námietky k protokolu o kontrole, zmluvné strany prerokujú námietky k protokolu do 30 dní odo dňa ich doručenia poisťovni. Poisťovňa vyhotoví zápisnicu o prerokovaní námietok k protokolu, ktorú podpíše vedúci kontrolnej skupiny a zodpovedný zástupca poskytovateľa. Za prerokovanie sa považuje aj písomná odpoveď poisťovne na podané námietky.
9. Kontrola je uzavretá v deň prerokovania protokolu a podpísania zápisnice o prerokovaní protokolu, resp. dňom odmietnutia podpísania zápisnice o prerokovaní námietok k protokolu poskytovateľom. V prípade písomného prerokovania námietok je kontrola uzavretá v nasledujúci deň po prevzatí zápisnice o prerokovaní námietok k protokolu poskytovateľom. Ak si poskytovateľ z akéhokoľvek dôvodu zásielku nepreberie, kontrola je ukončená dňom vrátenia nedoručenej zásielky poisťovni.
10. Kontrolní pracovníci poisťovne sa zaväzujú pri výkone kontroly dodržiavať platný hygienický režim verejnej lekárne, ako aj ďalšie platné predpisy vzťahujúce sa k pobočke lekárne.

Článok 6: Následky porušenia povinností

1. Za porušenie povinností podľa tejto časti prílohy má poisťovňa právo uplatniť si u poskytovateľa zmluvnú pokutu:
- a) vo výške jednonásobku hodnoty lekárskej starostlivosti, ktorú poskytovateľ neoprávnene vykázal alebo neposkytol,
 - b) vo výške dvojnásobku neoprávnene vykázaných hodnoty lekárskej starostlivosti, ak poskytovateľ na požiadanie nepredloží doklady o nadobudnutí liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín, ktoré mali byť predmetom poskytnutej lekárskej starostlivosti, alebo v prípade, keď boli poistencovi poisťovne vydané iné lieky, ako boli vykázané poskytovateľom,
 - c) vo výške 500 Eur za akékoľvek porušenie niektorej z povinností podľa Článku 1 písm. a), b) a c), Článku 3 písm. h) a Článku 5 bodu 4, maximálne však do výšky 5 000 Eur za kontrolované obdobie,
 - d) vo výške 300 Eur, ak poskytovateľ poruší zákon č. 362/2011 Z. z., v prípade ak poisťovňa v čase kontroly zistí, že stav kontrolovaných liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín nie je totožný so systémom kusovej evidencie maximálne však do výšky 600 Eur,

- e) vo výške najmenej 500 Eur za marenie kontroly, ak poskytovateľ odmietne v čase kontroly poskytnúť účtovné doklady nevyhnutné ku kontrole alebo sprístupniť kusovú evidenciu liekov, zdravotníckych pomôcok alebo dietetických potravín, maximálne však do výšky 5 000 Eur.
2. Za preukázané porušenie ostatných povinností a postupov definovaných v Článku 1 majú zmluvné strany právo uplatniť si u druhej zmluvnej strany zmluvnú pokutu vo výške 100 Eur za každý jeden prípad porušenia, a to aj opakovane.
 3. Poistovňa má nárok na náhradu škody, ktorá jej preukázateľne vznikla nesplnením vlastnej daňovej povinnosti poskytovateľa podľa § 78 zákona č. 222/2004 Z. z. a následne uplatnením ručenia za daň voči poisťovni v zmysle § 69b zákona č.222/2004 Z. z.. Poistovňa má súčasne právo na náhradu trov konania, ktoré jej vznikli v tejto súvislosti v konaní pred príslušným daňovým úradom.
 4. V prípade, že poisťovňa neuhradí riadne doručenú, formálne a vecne správnu faktúru v dohodnutej lehote splatnosti, má poskytovateľ právo na zaplatenie úroku z omeškania vo výške podľa Obchodného zákonníka.
 5. Pohľadávku poisťovne podľa tohto článku, je možné jednostranne započítať s pohľadávkou poskytovateľa za neuhradenú poskytnutú lekárenskú starostlivosť.