

Dodatok č. 13
k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti
č. 1001NSP2000113

Union zdravotná poisťovňa, a. s.

zastúpená: Ing. Elena Májková, riaditeľka sekcie zdravotného poistenia
so sídlom: Bajkalská 29/A, 821 08 Bratislava
IČO: 36 284 831
DIČ: 2022152517
IBAN: _____

označenie registra: Okresný sud Bratislava I, oddiel: Sa, vložka číslo: 3832/B, právna forma: akciová spoločnosť
kód Union zdravotnej poisťovne, a. s.: 27
(ďalej len „zdravotná poisťovňa“)

a

Nemocnica svätého Michala, a. s.

zastúpený: MUDr. Marián Križko, PhD., MPH, predseda predstavenstva
MUDr. Juraj Galovič, PhD., člen predstavenstva, Ing. Radovan Majerský, PhD., člen predstavenstva
so sídlom: Satinského I.7770/1, 811 08 Bratislava I
IČO: 44 570 783

identifikátor poskytovateľa (prvých šesť znakov kódu poskytovateľa): P36845
(ďalej len "poskytovateľ")

(spoločne aj „zmluvné strany“)

Zmluvné strany uzatvárajú tento dodatok č. 13 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti č. 1001NSP2000113 (ďalej len „zmluva o poskytovaní zdravotnej starostlivosti“), ktorým sa pôvodný text zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v znení na zmluvu nadväzujúcich dodatkov nahrádza znením uvedeným v článku 1 bode 1 tohto dodatku:

Článok 1
Predmet dodatku

1. Týmto dodatkom sa zmluva o poskytovaní zdravotnej starostlivosti počnúc jej článkom II nahrádza nasledujúcim znením:

„Článok II
Kritéria na uzatváranie zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

2.1. Zdravotná poisťovňa na základe § 7 ods. 4 písm. a) zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov stanovila a uverejnila na svojej úradnej tabuli a na webovom sídle zdravotnej poisťovne www.union.sk (ďalej len „webové sídlo zdravotnej poisťovne“) nasledovné kritériá na uzatváranie zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (ďalej len „kritériá“) vzťahujúce sa na:

- a) personálne vybavenie poskytovateľa - poskytovanie zdravotnej starostlivosti prostredníctvom osôb, ktoré spĺňajú podmienky na výkon zdravotníckeho povolania alebo samostatnej zdravotníckej praxe ustanovené pre daný odbor príslušnými všeobecne záväznými právnymi predpismi, najmenej na úrovni požiadaviek na personálne zabezpečenie zdravotníckych zariadení určené príslušnými všeobecne záväznými právnymi predpismi,
- b) materiálno-technické vybavenie poskytovateľa - poskytovanie zdravotnej starostlivosti prostredníctvom materiálno-technického vybavenia najmenej na úrovni požiadaviek na materiálno-technické vybavenie zdravotníckych zariadení určené príslušnými všeobecne záväznými právnymi predpismi a len prostredníctvom zdravotníckych pomôcok, ktoré spĺňajú technické požiadavky ustanovené zákonom č. 264/1999 Z. z. o technických požiadavkách na výrobky a o posudzovaní zhody a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,
- c) geografickú dostupnosť zdravotnej starostlivosti – zabezpečenie zdravotnej starostlivosti pre poistencov zdravotnej poisťovne najmenej v rozsahu verejnej minimálnej siete poskytovateľov podľa nariadenia vlády SR č. 640/2008 Z. z. o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov,
- d) indikátory kvality podľa nariadenia vlády SR č. 752/2004 Z. z., ktorým sa vydávajú indikátory kvality na hodnotenie poskytovania zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov,
- e) poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v zariadeniach spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek v jednotlivých medicínskych odboroch laboratórnej medicíny - zavedenie interného systému kontroly kvality a zavedenie externého systému kontroly kvality,

a ktoré poskytovateľ splnil, na základe čoho s ním zdravotná poisťovňa uzatvorila zmluvu.

Článok III Predmet (rozsah) zmluvy

3.1. Predmetom zmluvy je dohodnutie podmienok poskytovania zdravotnej starostlivosti poistencom zdravotnej poisťovne (ďalej len „poistenec“), poistencom členských štátov Európskej únie, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu a Švajčiarska, cudzincom zo štátov, s ktorými má Slovenská republika uzatvorené medzinárodné dohody o poskytnutí zdravotnej starostlivosti, rozsahu poskytovanej zdravotnej starostlivosti, výšky úhrady za zdravotnú starostlivosť alebo spôsobu určenia výšky úhrady za zdravotnú starostlivosť, jej splatnosti a úprava ďalších právnych vzťahov vznikajúcich na základe zmluvy medzi zmluvnými stranami.

3.2. Poskytovateľ sa zaväzuje poskytovať zdravotnú starostlivosť poistencom na základe právoplatného povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia (ďalej len „povolenie“) vydaného orgánom príslušným na jeho vydanie, v zmluve dohodnutom rozsahu zdravotnej starostlivosti podľa prílohy č. 1, ktorá tvorí neoddeliteľnú súčasť zmluvy.

3.3. Zmluvné strany sa dohodli, že niektoré zmluvné podmienky definované v bode 3.1. zmluvy ako aj definície niektorých pojmov použitých v zmluve sú dohodnuté v príslušných prílohách, ktoré tvoria neoddeliteľnú súčasť zmluvy.

Článok IV Práva a povinnosti zmluvných strán

4.1. Zmluvné strany sú povinné v súvislosti s plnením predmetu zmluvy dodržiavať najmä nižšie uvedené predpisy. V prípade, že sa niektoré ustanovenie zmluvy stane nevykonateľným v dôsledku zmeny právnej úpravy, alebo bude v rozpore so všeobecne záväznými právnymi predpismi, na právne vzťahy upravené v zmluve sa použijú ustanovenia právnych predpisov. Zmluvné strany sa zaväzujú vyvinúť maximálne úsilie za účelom odstránenia nesúladow zmluvných dojednaní v dôsledku zmeny právnej úpravy uzatvorením dodatku k zmluve alebo uzavretím novej zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

- zákon č. 581/2004 Z.z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 581/2004 Z.z.“),
- zákon č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,
- zákon č. 577/2004 Z.z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov,
- zákon č. 578/2004 Z.z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,
- zákon č. 579/2004 Z.z. o záchrannej zdravotnej službe a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,
- zákon 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,
- zákon č. 538/2005 Z. z. o prírodných liečivých vodách, prírodných liečebných kúpeľoch, kúpeľných miestach a prírodných minerálnych vodách a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,
- zákon č. 362/2011 Z.z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,
- zákon č. 363/2011 Z.z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,
- zákon č. 513/1991 Zb. Obchodný zákonník v znení neskorších predpisov,
- zákon NR SR č. 18/1996 Z. z. o cenách v znení neskorších predpisov,
- nariadenie (ES) Európskeho parlamentu a Rady č. 883/2004 o koordinácii systémov sociálneho zabezpečenia v platnom znení
- nariadenie Európskeho parlamentu a Rady (ES) č. 987/2009, ktorým sa stanovuje postup vykonávania nariadenia (ES) č. 883/2004 o koordinácii systémov sociálneho zabezpečenia v platnom znení,
- nariadenia vlády SR, vyhlášky, výnosy, opatrenia a ostatné vykonávacie a súvisiace predpisy, ktoré sú vydávané na základe všeobecne záväzných právnych predpisov a ktoré sa vzťahujú najmä na poskytovanie a úhradu zdravotnej starostlivosti, vždy v účinnom znení,
- odborné alebo metodické usmernenia, smernice, metodiky, koncepcie a iné obdobné predpisy, ktoré na základe všeobecne záväzných právnych predpisov v medziach svojich právomocí vydáva Ministerstvo zdravotníctva SR, Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou a iné ústredné orgány štátnej správy, ktoré sa obvykle zverejňujú vo vestníkoch a ktoré sa vzťahujú na poskytovanie zdravotnej starostlivosti, vždy v účinnom znení.

4.2. Poskytovateľ, v lehote desiatich kalendárnych dní od zmeny základných identifikačných údajov, najneskôr však v termíne najbližšej fakturácie poskytnutej zdravotnej starostlivosti, písomne alebo prostredníctvom elektronickej podateľne informuje zdravotnú poisťovňu o zmene základných identifikačných údajov, napr. o zmene štatutárneho orgánu alebo jeho člena, bankového spojenia, identifikačného čísla organizácie, čísla telefónu a čísla faxu, ako aj o zmenách v zozname číselných kódov lekárov (sestier) a číselných kódov ambulancií, o zmenách vo veľkosti úväzkov lekárov (sestier) a ďalších skutočnostiach, ktoré môžu mať vplyv na riadne plnenie zmluvy, a to najmä o zmenách v personálnom a materiálo-technickom vybavení zdravotníckeho zariadenia.

4.3. Zmluvné strany sú povinné zachovávať mlčanlivosť o skutočnostiach, s ktorými prídu do styku pri plnení zmluvy. Za uvedené skutočnosti sa považujú najmä informácie, ktoré jedna alebo druhá zmluvná strana považuje za dôverné, ktoré

zodpovedajú definícii obchodného tajomstva podľa príslušných ustanovení zákona č. 513/1991 Zb. Obchodný zákonník v znení neskorších predpisov, ako aj osobné údaje alebo údaje chránené podľa osobitných predpisov. Táto povinnosť trvá aj po ukončení platnosti zmluvy; týmto nie sú dotknuté oznamovacie povinnosti vyplývajúce zo všeobecne záväzných právnych predpisov.

4. 4. Zmluvné strany sa zaväzujú pri spracovávaní osobných údajov postupovať v súlade so zákonom č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov a nariadením Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) č. 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracovávaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES po nadobudnutí účinnosti tohto nariadenia.

4. 5. Poskytovateľ má právo na úhradu zdravotnej starostlivosti poskytnutej poistencovi v súlade so zmluvou a s predpismi uvedenými v bode 4.1. zmluvy v zmluvne dohodnutej lehote splatnosti. Poskytovateľ zodpovedá za úplnosť, správnosť a pravdivosť vykazovaných údajov o poskytnutej zdravotnej starostlivosti.

4. 6. Poskytovateľ je povinný:

a) zdravotnej poisťovni doručiť kópiu právoplatného rozhodnutia o vydaní povolenia orgánom príslušným na vydanie povolenia z dôvodu vydania nového povolenia, a to v lehote desiatich kalendárnych dní odo dňa právoplatnosti tohto rozhodnutia; predložením nového právoplatného rozhodnutia o vydaní povolenia nedochádza k zmene rozsahu zdravotnou poisťovňou a poskytovateľom zmluvne dohodnutej zdravotnej starostlivosti¹; zmena rozsahu zdravotnej starostlivosti podľa prílohy č. 1 je možná len písomným dodatkom k zmluve podľa bodu 10.5. zmluvy alebo uzatretím novej zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti,

b) zdravotnej poisťovni doručiť kópiu dokladu o vyznačení zmeny údajov v povolení vydaného orgánom príslušným na vydanie povolenia, ktorých zmena si nevyžaduje vydanie nového povolenia, a to v lehote desiatich kalendárnych dní odo dňa vykonania vyznačenia zmeny údajov v povolení,

c) zdravotnej poisťovni doručiť kópiu právoplatného rozhodnutia o dočasnom pozastavení povolenia vydaného orgánom príslušným na vydanie povolenia, a to v lehote desiatich kalendárnych dní odo dňa jeho právoplatnosti; v prípade dočasného pozastavenia povolenia poskytovateľ nie je oprávnený vykonávať činnosť, na ktorú bol oprávnený podľa dočasne pozastaveného povolenia; poskytovateľ nemá právo vykazovať na úhradu zdravotnej poisťovni výkony zdravotnej starostlivosti odo dňa právoplatnosti rozhodnutia o dočasnom pozastavení povolenia do zrušenia tohto rozhodnutia; týmto nie je dotknuté právo poskytovateľa vykazovať a fakturovať zdravotnej poisťovni výkony zdravotnej starostlivosti, ktoré realizoval pred nadobudnutím právoplatnosti rozhodnutia o dočasnom pozastavení povolenia a kedy spĺňal všetky zákonné podmienky na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia,

d) zdravotnej poisťovni doručiť kópiu právoplatného rozhodnutia o zrušení povolenia vydaného orgánom príslušným na zrušenie povolenia, a to v lehote desiatich kalendárnych dní odo dňa jeho právoplatnosti,

e) overiť si pred poskytnutím zdravotnej starostlivosti poistný vzťah poistenca k zdravotnej poisťovni a rozsah nároku poistenca na úhradu zdravotnej starostlivosti z verejného zdravotného poistenia s ohľadom na § 9 ods. 2 zákona č. 580/2004 Z.z.; ak poistenec pri poskytnutí zdravotnej starostlivosti nemá preukaz poistenca, alebo ak existuje dôvodná pochybnosť o jeho poistnom vzťahu k zdravotnej poisťovni, má poskytovateľ možnosť overiť si poistný vzťah poistenca na telefónnom čísle zákazníckeho centra zdravotnej poisťovne 0850 00 33 33 alebo na webovom sídle zdravotnej poisťovne; poskytovateľ má možnosť overiť si rozsah nároku poistenca na úhradu zdravotnej starostlivosti z verejného zdravotného poistenia na webovom sídle zdravotnej poisťovne; poskytovateľ pri vykazovaní zdravotnej starostlivosti na úhradu zdravotnej poisťovni postupuje v súlade s tým, že poistenec uvedený v zozname dlžníkov má podľa príslušného všeobecne záväzného právneho predpisu právo len na úhradu neodkladnej zdravotnej starostlivosti zo strany zdravotnej poisťovne, ak príslušný všeobecne záväzný právny predpis neustanovuje inak,

f) pri poskytovaní zdravotných výkonov v zariadeniach ambulantnej zdravotnej starostlivosti prístrojovým vybavením, ktoré je nad rámec minimálneho materiálo-technického vybavenia stanoveného príslušným všeobecne záväzným právnym predpisom, predložiť zdravotnej poisťovni kópiu dokladu o vlastníctve alebo inom oprávnení využívať prístroj, certifikát k prístroju a písomne požiadať zdravotnú poisťovňu o schválenie poskytovania zdravotných výkonov poskytovaných uvedeným prístrojovým vybavením; zdravotnou poisťovňou schválené zdravotné výkony podľa predchádzajúcej vety, s uvedením kódu zdravotného výkonu a kódu odbornosti ambulantnej zdravotnej starostlivosti, tvoria prílohu č. 3 k zmluve,

g) vykazovať poskytnutú zdravotnú starostlivosť v súlade s nariadením vlády SR č. 777/2004 Z. z., ktorým sa vydáva Zoznam chorôb, pri ktorých sa zdravotné výkony čiastočne uhrádzajú alebo sa neuhrádzajú na základe verejného zdravotného poistenia v znení neskorších predpisov, v súlade s nariadením vlády SR č. 776/2004 Z. z., ktorým sa vydáva Katalóg zdravotných výkonov v znení neskorších predpisov, v súlade s opatrením Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 08813-OL-2016, ktorým sa ustanovuje zoznam zdravotných výkonov pre klasifikačný systém diagnosticko-terapeutických skupín, v súlade s výnosom Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 09467/2015, ktorým sa ustanovujú pravidlá kódovania chorôb a pravidlá kódovania zdravotných výkonov, v súlade s platným metodickým usmernením o spracovaní a vykazovaní zdravotných výkonov poskytovateľov zdravotnej starostlivosti elektronickou formou vydaným Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou a v súlade s touto zmluvou; choroby podľa medzinárodnej klasifikácie chorôb v platnom znení vykazovať v troj – až päťmiestnom tvare bez použitia bodky alebo iného interpunkčného znamienka,

h) nevykazovať zdravotnej poisťovni na úhradu také zdravotné výkony a s nimi súvisiace vyšetrenia poistenca, ktoré sú indikované v súvislosti s poskytovanou zdravotnou starostlivosťou, ktorá nie je uhrádzaná na základe verejného zdravotného poistenia,

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

i) oznamovať zdravotnej poisťovni k poslednému dňu v kalendárnom mesiaci na tlačive predpísanom Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou každé poskytnutie zdravotnej starostlivosti poistencovi v dôsledku preukázaného porušenia liečebného režimu alebo užitia alkoholu alebo inej návykovej látky, ako aj úrazy alebo iné poškodenie zdravia poistenca, v súvislosti s ktorými poskytol poistencovi zdravotnú starostlivosť pri dôvodnom podozrení, že k úrazu alebo inému poškodeniu zdravia poistenca došlo zavinenými protiprávnymi konaniami tretej osoby; smrteľné úrazy, ťažké úrazy, hromadné úrazy a choroby z povolania je poskytovateľ zdravotnej starostlivosti povinný oznamovať všetky bez výnimky,

j) v prípade zmeny poskytovateľa zdravotnej starostlivosti poskytujúceho zdravotnú starostlivosť v špecializačnom odbore stomatológia poistencom po vykonaní preventívnej prehliadky v uvedenom medicínskom odbore, vyžiadať si od poistenca potvrdenie o vykonaní tejto preventívnej prehliadky u predchádzajúceho poskytovateľa zdravotnej starostlivosti a založiť ho do zdravotnej dokumentácie poistenca,

k) vykazovať zdravotnú starostlivosť na úhradu zdravotnej poisťovni pravdivo a správne; zdravotná starostlivosť je vykázaná nepravdivo, ak poskytovateľ vykázal zdravotnej poisťovni na úhradu zdravotnú starostlivosť, ktorú preukázateľne neposkytol alebo ju preukázateľne neposkytol v takom rozsahu, ako ju vykázal; zdravotná starostlivosť je vykázaná nesprávne, ak poskytovateľ vykázal poskytnutú zdravotnú starostlivosť zdravotnej poisťovni v rozpore so zmluvou a/alebo predpisom/predpismi uvedenými v bode 4.1. zmluvy,

l) viesť zdravotnú dokumentáciu v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi tak, aby obsahovala pravdivý a úplný prehľad o poskytnutej zdravotnej starostlivosti a aby údaje v zdravotnej dokumentácii boli čitateľné,

m) dodržiavať poradie poistencov v zozname poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti, ktorý vedie zdravotná poisťovňa podľa všeobecne záväzného právneho predpisu, okrem prípadov neodkladného poskytovania zdravotnej starostlivosti,

n) poskytovať zdravotnej poisťovni údaje:

na) o poskytnutej zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia (okrem údajov o zdravotnej starostlivosti poskytnutej v špecializačnom odbore psychiatria alebo v špecializačnom odbore detská psychiatria) podľa zoznamu zdravotných výkonov pre klasifikačný systém diagnosticko-terapeutických skupín a podľa zoznamu chorôb kódovaných podľa pravidiel kódovania chorôb a pravidiel kódovania zdravotných výkonov určených príslušným všeobecne záväzným právnym predpisom

nb) o nákladoch na poskytnutú zdravotnú starostlivosť uhrádzanú na základe verejného zdravotného poistenia okrem údajov o nákladoch na zdravotnú starostlivosť poskytnutú v špecializačnom odbore psychiatria alebo v špecializačnom odbore detská psychiatria

poskytovateľ v každom prípade poskytuje údaje zdravotnej poisťovni na základe jej predchádzajúcej žiadosti v rozsahu ako ich poskytuje Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou a v lehote určenej zdravotnou poisťovňou; ak údaje požadované zdravotnou poisťovňou obsahujú osobné údaje, ktoré v zmysle všeobecne záväzného právneho predpisu/predpisov nemožno poskytnúť tretej osobe bez súhlasu dotknutej osoby, poskytovateľ takéto osobné údaje pred ich poskytnutím zdravotnej poisťovni upraví do takej podoby, v ktorej ich nemožno priradiť dotknutej osobe, ktorej sa týkajú; týmto nie je dotknutá možnosť poskytovateľa poskytnúť zdravotnej poisťovni osobný údaj, s ktorého poskytnutím zdravotnej poisťovni dotknutá osoba udelila súhlas,

o) v prípade indikácie výkonov spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek, ktoré sú zahrnuté do spektra výkonov uhrádzaných v rámci preventívnej prehliadky, vystaviť samostatnú žiadanku,

p) viesť, aktualizovať a na predchádzajúcu žiadosť zdravotnej poisťovne jej v lehote 5 pracovných dní od vyžiadania poskytnúť zoznam poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej (t.j. inej ako neodkladnej) zdravotnej starostlivosti v rámci jednotlivých oddelení nemocnice a/alebo jednotlivých zariadení jednotňovej zdravotnej starostlivosti poskytovateľa (ďalej len „zoznam poskytovateľa“) s uvedením mena, priezviska a dátumu narodenia poistenca, jeho poradia v zozname poskytovateľa, dátumu zaradenia poistenca do zoznamu poskytovateľa, dátumu plánovaného poskytnutia zdravotnej starostlivosti a odbornosti oddelenia nemocnice alebo zariadenia jednotňovej zdravotnej starostlivosti, v rámci ktorého má byť poistencovi poskytnutá zdravotná starostlivosť; táto povinnosť sa nevzťahuje na tú zdravotnú starostlivosť (choroby), pre ktorú je zdravotná poisťovňa povinná viesť zoznam poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti podľa všeobecne záväzného právneho predpisu (ďalej len „zoznam zdravotnej poisťovne“),

q) postupovať tak, aby nedochádzalo k nárastu počtu poistencov zaradených do zoznamu poskytovateľa alebo do zoznamu zdravotnej poisťovne; na účely tejto povinnosti sa za nárast počtu poistencov považuje situácia, keď je v danom kalendárnom štvrtroku počet poistencov zaradených do zoznamu poskytovateľa o viac ako 5 % vyšší ako je počet poistencov zaradených do zoznamu poskytovateľa v bezprostredne predchádzajúcom kalendárnom štvrtroku, resp. keď je v danom kalendárnom štvrtroku počet poistencov zaradených do zoznamu zdravotnej poisťovne o viac ako 3 % vyšší ako je počet poistencov zaradených do zoznamu zdravotnej poisťovne v bezprostredne predchádzajúcom kalendárnom štvrtroku, pričom sa vychádza z údajov o počte poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti u poskytovateľa,

r) pravdivo, korektne a neskreslene informovať poistencov o podmienkach poskytovania zdravotnej starostlivosti poistencom a úhrady tejto zdravotnej starostlivosti zdravotnou poisťovňou,

s) počas trvania hospitalizačného prípadu a počas hospitalizácie na DRG nerelevantnom oddelení, ktorej predchádzala hospitalizácia na DRG relevantnom oddelení a/alebo ktorá pokračovala hospitalizáciou na DRG relevantnom oddelení, v prípade odporúčenia ambulantnej zdravotnej starostlivosti, vrátane zdravotnej starostlivosti poskytovanej zariadením spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek, a/alebo služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti na odporúčenie (napr. žiadanka alebo výmenný listok) na poskytnutie tejto zdravotnej starostlivosti resp. služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti uviesť jednoznačný identifikátor súvisiaceho hospitalizačného prípadu (ďalej len

„ID hospitalizačného prípadu“) vytvorený podľa platného metodického usmernenia o spracovaní a vykazovaní zdravotných výkonov poskytovateľov zdravotnej starostlivosti elektronickou formou vydaného Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, kód odporúčajúceho poskytovateľa (ambulancia alebo oddelenie) a dátum odporúčenia.

4. 7. Poskytovateľ ambulancie zdravotnej starostlivosti formou písomnej žiadanky objednáva u zmluvného poskytovateľa zdravotnej poisťovne na poskytovanie služby súvisiacej s poskytovaním zdravotnej starostlivosti dopravu poistenca v priamej súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti z miesta bydliska do zdravotníckeho zariadenia a späť alebo medzi dvoma zdravotníckymi zariadeniami, z nasledovných dôvodov,

a) zdravotný stav neumožňuje poistencovi samostatný pohyb alebo prepravu prostriedkami verejnej hromadnej dopravy, a/alebo

b) poistenec je zaradený do chronického dialyzačného programu alebo do transplantáčného programu a preprava sa týka zdravotnej starostlivosti súvisiacej s týmito programami.

4. 8. Poskytovateľ je oprávnený odporučiť alebo inak odoslať poistenca na poskytnutie zdravotnej starostlivosti k inému poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti iba v prípade ak:

a) ide o zdravotnú starostlivosť, na ktorej poskytnutie sa vyžaduje taký druh zdravotníckeho zariadenia, ktorý poskytovateľ neprevádzkuje, alebo ide o takú medicínsku odbornosť, v rámci ktorej poskytovateľ neprevádzkuje potrebný druh zdravotníckeho zariadenia,

b) ide o zdravotnú starostlivosť, ktorá nie je predmetom zmluvného vzťahu medzi poskytovateľom a zdravotnou poisťovňou, alebo

c) materiálne-technické a/alebo personálne vybavenie poskytovateľa neumožňuje poskytnúť poistencovi potrebnú zdravotnú starostlivosť.

4. 9. Poskytovateľ indikuje a predpisuje humánne lieky, dietetické potraviny a zdravotnícke pomôcky v súlade s preskripčnými a indikačnými obmedzeniami, množstvovými a finančnými limitmi uvedenými v zozname kategorizovaných liekov, v zozname kategorizovaných zdravotníckych pomôcok a v zozname kategorizovaných dietetických potravín podľa zákona č. 362/2011 Z.z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon o liekoch a zdravotníckych pomôckach“); v prípade zoznamov uvedených v tomto bode je vždy rozhodujúce ich znenie platné v čase indikácie alebo predpisania lieku, zdravotníckej pomôcky alebo dietetickej potraviny. Ak ide o liečivo uvedené v prílohe č. 1 k zákonu o liekoch a zdravotníckych pomôckach, predpisujúci lekár je povinný predpísať humánny liek s obsahom tohto liečiva uvedením názvu liečiva za dodržania podmienok ustanovených v § 119 ods. 5 zákona o liekoch a zdravotníckych pomôckach. Pri predpisovaní humánneho lieku spôsobom podľa predchádzajúcej vety a zdravotníckej pomôcky a dietetickej potraviny je predpisujúci lekár povinný postupovať účelne a hospodárne podľa súčasných poznatkov farmakoterapie a plniť ostatné povinnosti podľa § 119 zákona o liekoch a zdravotníckych pomôckach.

Poskytovateľ predpisuje očkovačie látky na lekárskom predpise v maximálnom množstve jednej dávky (injekcia/ampula) v reálnom čase plánovaného očkovania podľa dávkovacej schémy uvedenej v súhrne charakteristických vlastností lieku alebo podľa očkovačieho kalendára pre povinné pravidelné očkovanie detí a dospelých, ktorý vydáva Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky, v súlade s indikačným a preskripčným obmedzením. Pre vylúčenie akýchkoľvek pochybností, očkovanie poistenca mimo termínov určených očkovačím kalendárom z objektívnych dôvodov, prípadne na základe požiadavky poistenca alebo jeho zákonného zástupcu, sa nepovažuje za porušenie postupu poskytovateľa pri predpisovaní očkovačieho lieku podľa tohto bodu.

4. 10. Poskytovateľ lieky a zdravotnícke pomôcky, ktoré mu obstarala a dodala zdravotná poisťovňa, vykazuje na úhradu zdravotnej poisťovni s nulovou hodnotou súčasne s vykázaním výkonu podania lieku, alebo zdravotníckej pomôcky.

4. 11. Zdravotná poisťovňa je povinná uhradiť poskytovateľovi zdravotnú starostlivosť uhrádzanú na základe verejného zdravotného poistenia, poskytnutú jej poistencom, v súlade s touto zmluvou a v súlade s predpismi uvedenými v bode 4. 1. zmluvy v lehote splatnosti dohodnutej v zmluve.

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

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

4. 14. Zdravotná poisťovňa uhrádza zdravotnú starostlivosť, ktorú poskytovateľ v Slovenskej republike poskytol poistencom členských štátov Európskej únie, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu, Švajčiarska alebo cudzincom zo štátov, s ktorými má Slovenská republika uzatvorené medzinárodné dohody o poskytnutí zdravotnej starostlivosti (ďalej len „poistenci EÚ“), v rozsahu a za podmienok určených príslušnými všeobecne záväznými právnymi predpismi alebo príslušnou medzinárodnou zmluvou a za rovnakých zmluvných podmienok ako zdravotnú starostlivosť poskytnutú poistencom; to neplatí, ak je v príslušnej prílohe zmluvy dohodnutý spôsob úhrady zdravotnej starostlivosti formou ceny

kapitácie, v takomto prípade sa pri dodržaní všetkých ostatných podmienok zdravotná starostlivosť uhrádza v rozsahu poskytnutých zdravotných výkonov.

4. 15. Poskytovateľ udeľuje súhlas s poskytovaním akýchkoľvek dôverných štatistických údajov, ktoré poskytol Národnému centru zdravotníckych informácií na základe všeobecne záväzného právneho predpisu/predpisov a ktoré sa ho týkajú, zdravotnej poisťovni. Údaje podľa toho bodu zmluvy budú použité za účelom účelného, efektívneho a hospodárneho vynakladania finančných prostriedkov z verejného zdravotného poistenia.

4. 16. Zdravotná poisťovňa a poskytovateľ sa podľa § 7 ods. 20 zákona č. 581/2004 Z. z. dohodli na vzájomnom poskytovaní údajov uvedených na lekárskom predpise alebo lekárskom poukaze; tieto údaje sa poskytujú zdravotnej poisťovni:

- a) v rozsahu obsahových náležitostí lekárskeho predpisu a lekárskeho poukazu určených zákonom o liekoch a zdravotníckych pomôckach,
- b) bez zbytočného odkladu po predpise lieku, zdravotníckej pomôcky alebo dietetickej potravy poistencovi,
- c) v elektronickej podobe prostredníctvom softvérového vybavenia poskytovateľa zabezpečujúceho elektronickú komunikáciu s informačným systémom zdravotnej poisťovne (ďalej len „softvérové vybavenie“) a
- d) na účely výkonu analytickej, poradenskej a kontrolnej činnosti zdravotnej poisťovne, vedenia účtu poistenca, prípadne iné účely, ktoré v súvislosti s poskytovanými údajmi ustanoví všeobecne záväzný právny predpis.

4. 17. Zdravotná poisťovňa a poskytovateľ sa dohodli na vzájomnom poskytovaní údajov uvedených v odporúčaní na poskytnutie zdravotnej starostlivosti vo forme laboratórneho alebo zobrazovacieho vyšetrenia (ďalej aj ako „žiadanka“); tieto údaje sa poskytujú zdravotnej poisťovni

- a) v rozsahu údajov uvedených na žiadanke,
- b) bez zbytočného odkladu po vyhotovení alebo obdržaní žiadanky poskytovateľom,
- c) v elektronickej podobe prostredníctvom softvérového vybavenia a
- d) na účely výkonu analytickej, poradenskej a kontrolnej činnosti zdravotnej poisťovne, vedenia účtu poistenca, prípadne iné účely, ktoré v súvislosti s poskytovanými údajmi ustanoví všeobecne záväzný právny predpis.

4. 18. Zdravotná poisťovňa a poskytovateľ sa dohodli na vzájomnom poskytovaní údajov o zdravotnej starostlivosti poskytnutej poistencovi; tieto údaje sa poskytujú zdravotnej poisťovni

- a) v rozsahu údajov zapisovaných do elektronickej zdravotnej knižky podľa zákona č. 153/2013 Z. z. o národnom zdravotníckom informačnom systéme a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,
- b) bez zbytočného odkladu po poskytnutí zdravotnej starostlivosti poistencovi pričom týmto nie je dotknuté vykazovanie zdravotnej starostlivosti na úhradu zdravotnej poisťovni;
- c) v elektronickej podobe prostredníctvom softvérového vybavenia a
- d) na účely výkonu analytickej, poradenskej a kontrolnej činnosti zdravotnej poisťovne, vedenia účtu poistenca, prípadne iné účely, ktoré v súvislosti s poskytovanými údajmi ustanoví všeobecne záväzný právny predpis.

4. 19. Údaje podľa bodu 4.16., 4.17. a 4.18. zmluvy sa poskytujú elektronicke z informačného systému zdravotnej poisťovne a poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, v ktorých sú spracovávané. Takéto poskytovanie údajov sa začne bez zbytočného odkladu po inštalácii potrebného softvérového vybavenia do informačných systémov zmluvných strán, najskôr však od 1.1.2018, s tým, že zmluvné strany sú povinné pri vytváraní týchto podmienok poskytovať si nevyhnutnú súčinnosť. Podrobnosti poskytovania údajov určujú Všeobecné podmienky pre poskytovanie a využívanie elektronických služieb Internetového portálu Union zdravotnej poisťovne (ďalej len „Všeobecné podmienky“), ktoré sú zverejnené na webovom sídle zdravotnej poisťovne www.union.sk a s ktorými sa poskytovateľ oboznámil a zaväzuje sa ich dodržiavať. V prípade zmeny alebo doplnenia Všeobecných podmienok, zdravotná poisťovňa informuje poskytovateľa najneskôr 21 dní pred plánovaným dňom o účinnosti takejto zmeny alebo doplnenia.

4. 20. Zdravotná poisťovňa jednorazovo navýši úhradu za zdravotnú starostlivosť hradenú globálnym rozpočtom za obdobie kalendárneho mesiaca december 2017 o sumu **7.560,- eur** za podmienky, že sa poskytovateľ pripojí k informačnému systému alebo systémom zdravotnej poisťovne (napr. Internetový portál Union zdravotnej poisťovne, a.s.) a bude používať elektronické služby, ktoré tieto informačné systémy poskytujú poskytovateľom zdravotnej starostlivosti. V prípade, že poskytovateľ podmienku podľa tohto bodu zmluvy nespĺní, zdravotná poisťovňa má právo požadovať od poskytovateľa, aby jej v plnom rozsahu alebo v rozsahu určenom zdravotnou poisťovňou vrátil sumu uvedenú v tomto bode zmluvy. Na účely tohto bodu zmluvy sa za elektronické služby považuje najmä fakturácia zdravotnej starostlivosti prostredníctvom Internetového portálu Union zdravotnej poisťovne, a. s., výmena údajov podľa bodov 4.16. až 4.18. zmluvy za podmienok uvedených v bode 4.19. zmluvy a ďalšie funkcie a služby, ktoré informačný systém alebo systémy zdravotnej poisťovne poskytnú poskytovateľovi.“

Článok V Globálny rozpočet

5.1. Zmluvné strany sa dohodli, že zdravotná poisťovňa uhradí v súlade s touto zmluvou vykázanú a zdravotnou poisťovňou uznanú zdravotnú starostlivosť (ďalej len „uznaná zdravotná starostlivosť“) bližšie určenú v prílohe č. 2a (okrem gynekologickej špecializovanej ambulantnej starostlivosti, všeobecnej ambulantnej starostlivosti, lekárskej služby prvej pomoci, záchranej zdravotnej služby, výkonov asistovanej reprodukcie), v prílohe č. 2b zmluvy, v prílohe č. 2c zmluvy, vrátane zdravotnej starostlivosti dohodnutej podľa § 8 ods. 3 vyhlášky MZ SR č. 412/2009 Z. z. v platnom znení, a uznaný špeciálny zdravotnícky materiál² (ak ho poskytovateľ vykazuje a ak náklady na špeciálny zdravotnícky materiál podľa zmluvy a/alebo podľa niektorého z predpisov uvedeného v bode 4.1. zmluvy nie sú zahrnuté v úhrade za zdravotnú starostlivosť v súvislosti, s ktorou bol špeciálny zdravotnícky materiál použitý) poskytnutý v príslušnom kalendárnom mesiaci poistencom zdravotnej poisťovne (okrem poistencov EÚ) najviac do výšky celkovej mesačnej úhrady (ďalej len „globálny rozpočet“). Zdravotná starostlivosť, na ktorú sa podľa tohto bodu globálny rozpočet nevzťahuje, sa uhrádza bez určenia finančného rozsahu a v cenách uvedených v príslušných prílohách.

5.2. Výška globálneho rozpočtu na jeden kalendárny mesiac je

- a) **28 211,- eur**, ak pre daný kalendárny mesiac z písm. b) toho bodu zmluvy nevyplyva iná výška globálneho rozpočtu,
- b) **27 726,- eur** v období od 1.12.2017 do 31.12.2017.

5.3. V prípade, že v danom kalendárnom mesiaci poskytovateľ poskytne poistencom uznanú zdravotnú starostlivosť a špeciálny zdravotnícky materiál v takom rozsahu, že celková suma úhrady pri uplatnení jednotlivých výšok úhrad uvedených v príslušných prílohách zmluvy by bola vyššia ako je globálny rozpočet, jednotlivé výšky úhrad za poskytnutú uznanú zdravotnú starostlivosť sa pre daný kalendárny mesiac pomerne zvýšia tak, že celková suma úhrady sa rovná globálnemu rozpočtu.

5.4. V prípade, že v danom kalendárnom mesiaci poskytovateľ poskytne poistencom uznanú zdravotnú starostlivosť a špeciálny zdravotnícky materiál v takom rozsahu, že celková suma úhrady pri uplatnení jednotlivých výšok úhrad uvedených v príslušných prílohách zmluvy by bola vyššia ako je globálny rozpočet, jednotlivé výšky úhrad za poskytnutú uznanú zdravotnú starostlivosť sa pre daný kalendárny mesiac pomerne znížia tak, že výsledná suma úhrady sa rovná globálnemu rozpočtu.

5.5. Ak poskytovateľ počas sledovaného obdobia poskytne poistencom uznanú zdravotnú starostlivosť a špeciálny zdravotnícky materiál v takom rozsahu, že celková suma úhrady by pri uplatnení výšok úhrad za zdravotnú starostlivosť uvedených v príslušných prílohách bola v priemere za kalendárny mesiac o viac ako 20 % vyššia ako globálny rozpočet, zvyšuje sa globálny rozpočet o 10 %. Ak poskytovateľ počas sledovaného obdobia poskytne poistencom uznanú zdravotnú starostlivosť a špeciálny zdravotnícky materiál v takom rozsahu, že celková suma úhrady by pri uplatnení výšok úhrad za zdravotnú starostlivosť uvedených v príslušných prílohách bola v priemere za kalendárny mesiac o 20 % nižšia ako globálny rozpočet, znižuje sa globálny rozpočet o 10 %. Sledovaným obdobím pre účely tohto bodu je prvých šesť po sebe nasledujúcich kalendárnych mesiacov z obdobia, počas ktorého bola v každom kalendárnom mesiaci výška globálneho rozpočtu rovnaká. Pre vylúčenie akýchkoľvek pochybností sa zmluvné strany dohodli, že ak nedôjde k zmene globálneho rozpočtu, nové sledované obdobie začína plynúť bezprostredne po skončení predchádzajúceho sledovaného obdobia; ak dôjde k zmene globálneho rozpočtu, nové sledované obdobie začína plynúť od kalendárneho mesiaca (vrátane), v ktorom sa uplatní nová výška globálneho rozpočtu. Globálny rozpočet zvýšený alebo znížený na základe tohto bodu zmluvy sa uplatní najskôr od štvrtého kalendárneho mesiaca nasledujúceho po skončení príslušného sledovaného obdobia s tým, že za účelom úpravy globálneho rozpočtu zmluvné strany bezodkladne uzatvoria dodatok ku zmluve.

5.6. Prvá veta bodu 5.5. zmluvy sa nepoužije, ak za sledované obdobie priemerný mesačný casemix index poskytovateľa stúpne o viac ako 5% v porovnaní s priemerným mesačným casemix indexom poskytovateľa za bezprostredne predchádzajúci kalendárny rok. Casemix indexom poskytovateľa sa rozumie podiel súčtu relatívnych váh všetkých hospitalizačných prípadov vykázaných do zdravotnej poisťovne a ňou uznaných za príslušné obdobie a počtu všetkých hospitalizačných prípadov vykázaných do zdravotnej poisťovne a ňou uznaných za príslušné obdobie s tým, že vo vzťahu ku kalendárnemu roku 2016 sa casemix indexom poskytovateľa rozumie casemix index, ktorý by poskytovateľ dosiahol, ak by zdravotná poisťovňa pri úhrade zdravotnej starostlivosti za obdobie kalendárneho roku 2016 postupovala podľa systému DRG v stave dojednanom od 1.1.2017.

5.7. Každá zo zmluvných strán na písomnú výzvu druhej zmluvnej strany pristúpi k rokovaniu o uzavretí dodatku ku zmluve alebo novej zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, ktorou sa upraví globálny rozpočet, ak:

- a) dôjde k zásadnej zmene rozsahu alebo druhu zdravotnej starostlivosti, ktorú poskytovateľ poskytuje poistencom, ak tieto zmeny mali preukázateľný vplyv na počet poistencov, ktorým poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť,
- b) dôjde k legislatívnej a/alebo inej právne záväznej regulačnej úprave zdravotníckej autority majúcej vplyv na rozsah a úhradu poskytnutej zdravotnej starostlivosti,
- c) poskytovateľ poruší povinnosť podľa bodu 4.6. písm. q) a/alebo 4.8. zmluvy alebo ak hrozí porušenie čo i len jednej z týchto povinností, alebo

² Na účely čl. V sa špeciálnym zdravotníckym materiálom rozumie špeciálny zdravotnícky materiál, ktorý je v čase jeho použitia zaradený do platného Zoznamu kategorizovaných špeciálnych zdravotníckych materiálov v zmysle zákona č. 363/2011 Z.z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a diietických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „Zoznam ŠZM“), a špeciálny zdravotnícky materiál, ktorý nie je zaradený v Zozname ŠZM a ktorého úhradu zdravotná poisťovňa schválila.

d) zdravotná poisťovňa zistí nedostatky v účelnosti, efektívnosti a hospodárnosti vynakladania prostriedkov verejného zdravotného poistenia, rozsahu a kvalite poskytovanej zdravotnej starostlivosti, dodržiavani všeobecne záväzných právnych predpisov a zmluvných podmienok v dôsledku konania poskytovateľa.

5.8. Ustanovenia článkov VI a VII zmluvy sa vykladajú a aplikujú tak, aby bol naplnený účel článku V zmluvy. Ustanovenie bodov 8.1. a 8.2. zmluvy sa v prípade zdravotnej starostlivosti hradenej globálnym rozpočtom nepoužívajú.

Článok VI

Splatnosť úhrady zdravotnej starostlivosti a platobné podmienky

6.1. Poskytovateľ zdravotnej poisťovni predkladá účtovný doklad – faktúru (ďalej len „faktúra“) za poskytnutú zdravotnú starostlivosť v zúčtovacom období, spravidla do 10-tich kalendárnych dní po uplynutí tohto zúčtovacieho obdobia, ak v zmluve nie je dojednané inak. Zúčtovacím obdobím je celý kalendárny mesiac. V prípade doručenia faktúry pred uplynutím zúčtovacieho obdobia sa za deň doručenia faktúry považuje prvý kalendárny deň nasledujúceho mesiaca. Poskytovateľ je povinný predložiť faktúru niektorým zo spôsobov uvedených v bode 9.1. alebo podľa bodu 9.2. zmluvy a to v členení podľa druhu zmluvne dohodnutých druhov poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Ak nie je pre osobitné prípady uvedené v zmluve alebo v prílohách k zmluve dohodnuté inak, poskytovateľ vyvinie maximálne úsilie, aby pre účely úhrady zdravotnej starostlivosti hradenej globálnym rozpočtom používal iba jednu samostatnú faktúru za jedno zúčtovacie obdobie. Vzhľadom na povahu globálneho rozpočtu poskytovateľ berie na vedomie, že v prípade vystavenia viac ako jednej faktúry za jedno zúčtovacie obdobie, zdravotná poisťovňa uhradí celý globálny rozpočet iba ku jednej faktúre. Bezprostredne predchádzajúcimi dvoma vetami nie sú dotknuté oprávnenia zdravotnej poisťovne podľa čl. VI a VII zmluvy a ani úhrada zdravotnej starostlivosti, ktorá nie je hradená globálnym rozpočtom.

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

Ak predmetom zmluvy podľa prílohy č. 1 k zmluve je:

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

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

6.3. Zdravotná poisťovňa vykoná kontrolu formálnej správnosti doručenej faktúry; pod kontrolou formálnej správnosti zmluvné strany rozumejú kontrolu povinných náležitostí doručenej faktúry podľa platných právnych predpisov a jej príloh podľa bodu 6.2. zmluvy. Ak zdravotná poisťovňa zistí, že faktúra nie je v zmysle predchádzajúcej vety formálne správna, vráti (zašle) ju poskytovateľovi najneskôr do 10-tich dní odo dňa jej doručenia na jej doplnenie alebo opravu spolu s uvedením dôvodu vrátenia. V prípade vrátenia formálne nesprávnej faktúry poskytovateľovi plynie lehota stanovená pre kontrolu vecnej správnosti údajov, uvedená v bode 6.4. zmluvy a lehota splatnosti dohodnutá v bode 6.9. zmluvy, odo dňa opätovného doručenia formálne správnej faktúry do zdravotnej poisťovne.

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

6.5. Ak zdravotná poisťovňa zistí, že vo faktúre a jej prílohách sú uvedené nesprávne, nepravdivé alebo neúplné údaje alebo sú vykázané v rozpore s touto zmluvou, spracuje tieto zistenia do elektronického chybového protokolu³ (ďalej len „protokol sporných dokladov“); pričom oprávnenie zdravotnej poisťovne vykonať u poskytovateľa kontrolu všetkých údajov uvedených vo faktúre a jej prílohách v súlade s článkom VII zmluvy nie je týmto dotknuté. Zdravotná poisťovňa protokol sporných dokladov zašle poskytovateľovi najneskôr do 25-tich dní odo dňa doručenia formálne správnej faktúry. Spolu s protokolom sporných dokladov zdravotná poisťovňa zašle poskytovateľovi aj súhrnný prehľad výsledku spracovania zdravotných výkonov (ďalej len „lekársky protokol“) a zdravotnou poisťovňou vystavený opravný účtovný doklad (dobropis alebo ťarchopis) na sumu vo výške rozdielu medzi poskytovateľom fakturovanou sumou a sumou uznanou zdravotnou poisťovňou podľa lekárskeho protokolu. Ak ide o zdravotnú starostlivosť hradenú podľa systému diagnosticko-terapeutických skupín, súhrnný prehľad spracovania zdravotných výkonov obsahuje aj rekapituláciu hospitalizačných prípadov, vrátane ich zaradenia do diagnosticko-terapeutických skupín a rekapituláciu výkonov spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek poskytnutých počas poskytovania ústavnej zdravotnej starostlivosti hradenej podľa systému DRG a zahrnutých v úhrade za hospitalizačný prípad.

6.6. Zdravotná poisťovňa uhradí poskytovateľovi faktúru vo výške sumy určenej podľa lekárskeho protokolu, ak poskytovateľ vystaví a zdravotnej poisťovni doručí opravný účtovný doklad (dobropis alebo ťarchopis) na sumu vo výške rozdielu medzi ním fakturovanou sumou a sumou určenou zdravotnou poisťovňou podľa lekárskeho protokolu, alebo

³ Podľa Metodického usmernenia Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou č. 6/2013.

zdravotnej poisťovni doručí pečaťou a svojim podpisom potvrdený opravný účtovný doklad vystavený a poskytovateľovi doručený zdravotnou poisťovňou podľa bodu 6.5. zmluvy. Doručením formálne a vecne správneho opravného účtovného dokladu zdravotnej poisťovni sa faktúra považuje za vecne správnu. Tým nie je dotknuté právo poskytovateľa na postup podľa bodu 6.7. zmluvy.

6.7. Ak poskytovateľ napriek zaslaní opravného účtovného dokladu podľa bodu 6.6. zmluvy nesúhlasí so skutočnosťami uvedenými v protokole sporných dokladov, má právo ich reklamovať a písomne odôvodniť vykázanie neuznaných zdravotných výkonov zdravotnej poisťovni do 10-ich dní od doručenia lekárskeho protokolu. Zdravotná poisťovňa zašle poskytovateľovi písomné stanovisko k podanej reklamácií do 10-ich dní od jej doručenia. Ak zdravotná poisťovňa akceptuje vykázanie reklamovaných výkonov alebo ich časti, poskytovateľ vystaví samostatnú faktúru len na akceptované reklamované zdravotné výkony alebo ich časť podľa platných dátových rozhraní a predloží ju zdravotnej poisťovni na úhradu. Prílohou tejto faktúry je elektronicky spracovaná dávka na dátovom médiu podľa platných dátových rozhraní v rozsahu akceptovanej reklamácie. Faktúra je vystavená za obdobie, v ktorom bola poskytnutá reklamovaná zdravotná starostlivosť. Toto nemá vplyv na skutočnosti uvedené v bode 6.9. zmluvy.

6.8. Ak zdravotná poisťovňa neakceptuje reklamáciu poskytovateľa podľa bodu 6.7. zmluvy, poskytovateľ môže požiadať zdravotnú poisťovňu o rokovanie do 10-tich dní od doručenia písomného stanoviska zdravotnej poisťovne k podanej reklamácií. Rozpor obidvoch zmluvných strán prerokujú v sídle zdravotnej poisťovne do 40-tich dní od doručenia lekárskeho protokolu. O výsledku rokovania zdravotná poisťovňa vyhotoví písomný záznam, ktorého jeden zhrnutý výpis zašle najneskôr do 10-ich dní od skončenia rokovania poskytovateľovi. V prípade, že výsledkom rokovania zmluvných strán bude akceptácia reklamovaných nehradených zdravotných výkonov alebo len ich časti, poskytovateľ vystaví samostatnú faktúru na zdravotné výkony v rozsahu rokovanim akceptovanej reklamácie nehradených zdravotných výkonov. Prílohou tejto faktúry je elektronicky spracovaná dávka na dátovom médiu podľa platných dátových rozhraní v rozsahu rokovanim akceptovanej reklamácie. Faktúra je vystavená za obdobie, v ktorom bola poskytnutá reklamovaná zdravotná starostlivosť. Toto nemá vplyv na skutočnosti uvedené v bode 6.9. zmluvy.

6.9. Zmluvné strany sa dohodli, že splatnosť formálne a vecne správnej faktúry je 30 dní odo dňa jej doručenia do zdravotnej poisťovne. V prípade doručenia vecne nesprávnej faktúry, podľa bodu 6.3. zmluvy sa faktúra považuje za formálne a vecne správnu až doručením formálne a vecne správneho opravného účtovného dokladu. V prípade, že formálne a vecne správny opravný účtovný doklad je doručený do 25-tich dní od doručenia vecne nesprávnej faktúry, splatnosť takto opravenej faktúry je 30 dní od doručenia vecne nesprávnej faktúry do zdravotnej poisťovne. V prípade, že formálne a vecne správny opravný účtovný doklad je doručený po 25-tom dni od doručenia vecne nesprávnej faktúry, splatnosť takto opravenej faktúry je 5 pracovných dní odo dňa doručenia formálne a vecne správneho opravného účtovného dokladu do zdravotnej poisťovne.

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

6.11. Faktúry, ako aj opravné účtovné doklady sa považujú za doručené do zdravotnej poisťovne, ak sú doručené priamo na adresu sídla zdravotnej poisťovne, uvedené neplatí v prípade doručovania podľa bodu 9.2. zmluvy.

6.12. Ak v prípade zdravotnej starostlivosti hradenej podľa systému DRG hospitalizačný prípad nie je vykázaný správne a z tohto dôvodu nebol zdravotnou poisťovňou uznaný a uhradený, má poskytovateľ právo ho opätovne vykázať na úhradu zdravotnej poisťovni. Týmto bodom nie je dotknuté oprávnenie zdravotnej poisťovne vykonať u poskytovateľa kontrolu vykazovania zdravotnej starostlivosti podľa systému DRG v súlade s článkom VII zmluvy.

6.13. Za správne vykázaný hospitalizačný prípad sa považuje hospitalizačný prípad vykázaný na úhradu zdravotnej poisťovni v súlade pravidlami kódovania chorôb a pravidlami kódovania zdravotných výkonov podľa príslušného všeobecne záväzného právneho predpisu a v súlade s ostatnými príslušnými podmienkami úhrady zdravotnej starostlivosti zdravotnou poisťovňou.

Článok VII Kontrolná činnosť

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

7.2. Zdravotná poisťovňa vykonáva kontrolnú činnosť podľa bodu 7.1. zmluvy revíznymi lekármi, revíznymi farmaceutmi a revíznymi sestrami; ak ide o kontrolu hospodárenia vynakladania prostriedkov verejného zdravotného poistenia, dodržiavania všeobecne záväzných právnych predpisov a/alebo zmluvných podmienok, aj inými zamestnancami poverenými výkonom kontroly na základe písomného poverenia na výkon kontroly (ďalej len „poverená osoba“).

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

7.4. Poverené osoby sú pri výkone kontroly oprávnené:

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

7.5. Poskytovateľ je povinný umožniť povereným osobám vykonanie kontroly a poskytnúť im požadované informácie, všetky požadované listiny, ktoré je povinný viesť a archivovať v zmysle príslušných právnych predpisov, potrebnú súčinnosť pri výkone kontroly a zdržať sa konania, ktoré by mohlo mariť výkon kontrolnej činnosti.

7.6. O záveroch kontroly kontrolná skupina vypracuje:

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

7.7. Poverené osoby vypracujú protokol o kontrole podľa bodu 7.6., písm. b) zmluvy, ktorý zašlú poskytovateľovi v lehote do 20 kalendárnych dní odo dňa skončenia kontroly. Protokol o kontrole sa doručuje štatutárnemu zástupcovi poskytovateľa osobne proti podpisu alebo doporučenou poštou alebo kuriérnou službou na adresu sídla poskytovateľa alebo prostredníctvom podateľne poskytovateľa.

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

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

7.10. Pokiaľ poskytovateľ odmietne podpísať zápisnicu k protokolu o kontrole, uvedie sa táto skutočnosť v zápisnici. Zápisnica k protokolu o kontrole sa doručuje štatutárnemu zástupcovi poskytovateľa osobne proti podpisu alebo doporučenou poštou alebo kuriérnou službou na adresu sídla poskytovateľa alebo prostredníctvom podateľne poskytovateľa.

7.11. Kontrola je ukončená dňom prerokovania protokolu o kontrole s poskytovateľom a spísaním zápisnice k protokolu o kontrole o výsledku prerokovania námietok poskytovateľa. V prípade písomného vyjadrenia zdravotnej poisťovne k námietkam poskytovateľa sa považuje kontrola za ukončenú dňom doručenia písomného vyjadrenia zdravotnej poisťovne k podaným námietkam poskytovateľa k protokolu o kontrole podľa bodu 7.8. zmluvy alebo márnym uplynutím lehoty na podanie písomného vyjadrenia k zápisnici k protokolu o kontrole. Ustanovenie bodu 7.10. zmluvy tým nie je dotknuté.

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

Článok VIII

Následky porušenia niektorých povinností

8.1. V prípade, že zdravotná poisťovňa na základe vykonanej kontroly (článok VII zmluvy) zistí, že poskytovateľ vykázal zdravotnej poisťovni zdravotnú starostlivosť, ktorú preukázateľne neposkytol v celom rozsahu alebo v určitej jej časti a zdravotná poisťovňa takúto zdravotnú starostlivosť čo i len sčasti uhradila (ďalej len „neoprávnená úhrada“), poskytovateľ sa zaväzuje, že zdravotnej poisťovni vráti takúto neoprávnenú úhradu alebo jej časť za podmienok podľa bodu 8.2. a 8.4. zmluvy.

8.2. Zmluvné strany sa dohodli, že pre vrátenie neoprávnenej úhrady podľa bodu 8.1. zmluvy, sa nevyžaduje predchádzajúce upozornenie druhej zmluvnej strany. Písomná výzva na vrátenie neoprávnenej úhrady podľa bodu 8.1. zmluvy musí obsahovať špecifikáciu porušenia povinnosti a výšku neoprávnenej úhrady.

8.3. V prípade zistenia neoprávnenej úhrady zdravotnou poisťovňou podľa bodu 8.1. zmluvy je poskytovateľ v každom jednotlivom prípade povinný uhradiť zdravotnej poisťovni zmluvnú pokutu až do výšky 50 % sumy neoprávnenej úhrady na základe výzvy zdravotnej poisťovne podľa bodu 8.4. zmluvy.

8.4. Zmluvné strany sa dohodli, že poskytovateľ vykoná vrátenie neoprávnenej úhrady a/alebo úhradu zmluvnej pokuty podľa bodu 8.3. zmluvy vo výške uplatnenej zdravotnou poisťovňou v lehote do 30 dní odo dňa doručenia písomnej výzvy zdravotnej poisťovne.

8.5. Ak poskytovateľ v lehote podľa bodu 8.4. zmluvy nevráti zdravotnej poisťovni neoprávnenú úhradu a/alebo neuhradí uplatnenú zmluvnú pokutu podľa bodu 8.3. zmluvy, je zdravotná poisťovňa oprávnená vykonať jednostranný zápočet týchto pohľadávok voči najbližšiemu splatnému vyúčtovaniu úhrady zdravotnej starostlivosti poskytovateľa a/alebo ďalším splatným vyúčtovaniam úhrady zdravotnej starostlivosti poskytovateľa.

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

8.7. V prípade, že zdravotná poisťovňa na základe vykonanej kontroly (článok VII zmluvy) zistí, že predpisujúci lekár poskytovateľa pri predpise liekov, zdravotníckych pomôcok alebo dietetických potravín nedodrжал preskripčné, indikačné obmedzenia alebo ich predpísal bez predchádzajúceho súhlasu revízneho lekára (ak sa tento vyžaduje), alebo ich predpísal na neregistrovanú alebo neschválenú indikáciu, alebo porušil povinnosť podľa § 119 ods. 11 zákona o liekoch a zdravotníckych pomôckach a zdravotná poisťovňa tieto lieky, zdravotnícke pomôcky alebo dietetické potraviny uhradila poskytovateľovi lekárenskej starostlivosti, zdravotná poisťovňa má právo na náhradu tohto plnenia voči poskytovateľovi, v mene ktorého predpisujúci lekár nesprávne (podľa tohto bodu) vystavil lekársky predpis alebo lekársky poukaz. Zdravotná poisťovňa je oprávnená voči najbližšiemu splatnému vyúčtovaniu úhrady zdravotnej starostlivosti poskytovateľovi a/alebo ďalšiemu splatnému vyúčtovaniu úhrady zdravotnej starostlivosti poskytovateľa jednostranne započítať svoju pohľadávku, ktorá jej vznikla z titulu zrealizovania povinného plnenia poskytovateľovi lekárenskej starostlivosti podľa § 121 ods. 6 zákona o liekoch a zdravotníckych pomôckach.

8.8. Ak poskytovateľ poruší povinnosť vykazovať zdravotnú starostlivosť na úhradu zdravotnej poisťovni pravdivo a správne tým, že vykázal poskytnutú zdravotnú starostlivosť na úhradu zdravotnej poisťovni v rozpore so zmluvou a/alebo všeobecne záväznými právnymi predpismi (nesprávne vykázaná zdravotná starostlivosť), môže si zdravotná poisťovňa uplatniť u poskytovateľa zmluvnú pokutu. Výška zmluvnej pokuty podľa tohto bodu je až do výšky 50 % úhrady za nesprávne vykázanú zdravotnú starostlivosť za každý jednotlivý prípad. Body 8.4. a 8.5. zmluvy platia primerane aj pre úhradu zmluvnej pokuty podľa tohto bodu.

8.9. Uplatnením zmluvnej pokuty a jej úhradou nie je dotknutý nárok zdravotnej poisťovne na náhradu škody.

8.10. Uhradením zmluvnej pokuty sa povinná zmluvná strana nezbavuje povinnosti splniť povinnosť vyplývajúcu z platných právnych predpisov alebo z ustanovení zmluvy, ktorú porušila.

8.11. Zmluvné strany sa dohodli, že v prípade porušenia povinnosti vyplývajúcej z článku IV niektorou zo zmluvných strán, s výnimkou povinností, pre ktoré je osobitne dojednaná zmluvná pokuta v ostatných bodoch tohto článku zmluvy, a povinnosti uvedenej v bode 4.1. zmluvy, je zmluvná strana povinná uhradiť oprávnenej zmluvnej strane zmluvnú pokutu až do výšky 300,- eur za každé jedno porušenie povinnosti.

8.12. Ak predpisujúci lekár poskytovateľa vedome predpíše liek, zdravotnícku pomôcku a/alebo dietetickú potravinu v prospech inej osoby (najmä konzumácia, použitie alebo iné nakladanie s liekom, zdravotníckou pomôckou alebo dietetickou potravinou) ako je poistenec uvedený na príslušnom lekárskom predpise alebo lekárskom poukaze, môže si zdravotná poisťovňa uplatniť zmluvnú pokutu u poskytovateľa až do výšky 50 % ceny lieku, zdravotníckej pomôcky alebo dietetickej potraviny predpísanej neoprávnene podľa tohto bodu. Pre určenie výšky zmluvnej pokuty podľa tohto bodu je rozhodujúca maximálna výška úhrady zdravotnej poisťovne za liek, zdravotnícku pomôcku alebo dietetickú potravinu v čase ich predpisu určenú rozhodnutím alebo všeobecne záväzným právnym predpisom príslušného orgánu.

8.13. Poskytovateľ je povinný zaplatiť zdravotnej poisťovni zmluvnú pokutu až do výšky 50% hodnoty zdravotnou poisťovňou uhradeného zdravotného výkonu, lieku, zdravotnej pomôcky, alebo dietetickej potraviny, ktoré v čase začatia kontroly podľa článku VII zmluvy boli v zdravotnej dokumentácii zaznamenané v rozpore s platnými všeobecne záväznými právnymi predpismi a/alebo v nedostatočnom rozsahu, najmä ak údaje v zdravotnej dokumentácii neposkytujú úplný, pravdivý a v plnom rozsahu čitateľný prehľad o zdravotnej starostlivosti poskytnutej poistencovi; za každé jedno takéto porušenie.

8.14. Zmluvnú pokutu vo výške 3% priemernej mesačnej hodnoty úhrad za zdravotnú starostlivosť vyplatených zdravotnou poisťovňou poskytovateľovi v bezprostredne predchádzajúcich 5 kalendárnych mesiacoch, avšak minimálne 20,- eur, najviac 300,- eur, je poskytovateľ povinný zaplatiť zdravotnej poisťovni za každé jedno:

- a) neposkytnutie, alebo odmietnutie súčinnosti pri vykonávaní kontroly podľa článku VII zmluvy,
- b) nekvalitné poskytovanie zdravotnej starostlivosti, ktoré sa zistí kontrolou zdravotnej poisťovne,
- c) nesplnenie oznamovacej povinnosti vyplývajúcej z bodu 4.2. zmluvy.

8.15. Ak zdravotná poisťovňa kontrolou úhrady za hospitalizačný prípad zistí, že poskytovateľ porušil pravidlá kódovania chorôb a pravidiel kódovania zdravotných výkonov podľa príslušného všeobecne záväzného právneho predpisu a zdravotná poisťovňa uhradila za hospitalizačný prípad vyššiu úhradu, ako na ktorú má poskytovateľ ústavnej starostlivosti nárok podľa zmluvy,

- a) po vykonaní kontroly na vzorke určenej diagnosticko-terapeutickej skupiny, kde vzorka obsahuje minimálne 5 % všetkých hospitalizačných prípadov a minimálne však 10 hospitalizačných prípadov vykázaných zdravotnej starostlivosti v kontrolovanom období v danej diagnosticko-terapeutickej skupine, zdravotná poisťovňa je oprávnená znížiť úhradu za všetky hospitalizačné prípady vykázané v kontrolovanom období o sumu priemerného rozdielu medzi výškou úhrady za hospitalizačný prípad a správnou výškou úhrady zistenej na kontrolovanú vzorku hospitalizačných prípadov, ktoré poskytovateľ ústavnej starostlivosti mal vykázat' pri dodržaní pravidiel kódovania chorôb a pravidiel kódovania zdravotných výkonov podľa príslušného všeobecne záväzného právneho predpisu, za všetky hospitalizačné prípady vykázané v kontrolovanom období v danej diagnosticko-terapeutickej skupine, alebo

- b) zdravotná poisťovňa je oprávnená uplatniť u poskytovateľa nárok na náhradu plnenia nákladov za každý uhradený hospitalizačný prípad, ktorý bol chybné vykázaný, a to vo výške rozdielu medzi úhradou za hospitalizačný prípad vykázanou poskytovateľom a správnu výškou úhrady, ktorú mal poskytovateľ vykázat' pri dodržaní pravidiel kódovania chorôb a pravidiel kódovania zdravotných výkonov podľa príslušného všeobecne záväzného právneho predpisu a zároveň je oprávnená uplatniť u tohto poskytovateľa zmluvnú pokutu najviac vo výške 2-násobku rozdielu podľa predchádzajúcej vety, a to za každý kontrolovaný hospitalizačný prípad.

Ak zdravotná poisťovňa postupovala podľa tohto bodu zmluvy, ustanovenia bodu 8.1. a 8.3. zmluvy sa nepoužijú, ustanovenia bodov 8.2., 8.4. a 8.5. zmluvy sa použijú primerane. Ustanovenia bodu 8.15 zmluvy sa aplikujú najskôr na obdobie od 1.1.2018, ak všeobecne záväzný právny predpis neustanoví inak.

Článok IX Doručovanie

9.1. Zmluvné strany doručujú písomnosti, iné doklady a oznámenia, s doručovaním ktorých zmluva počíta (ďalej len „zásielka“), niektorým zo spôsobov:

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

Zásielka doručovaná podľa tohto bodu sa považuje za doručeníu ak bola doručená priamo na adresu určenú v článku I zmluvy.

9.2. Poskytovateľ môže zásielku - faktúru spolu s prílohami (s výnimkou dátového média), ako aj ostatné doklady podľa článku VI zmluvy, okrem niektorého zo spôsobov podľa bodu 9.1. zmluvy, doručiť zdravotnej poisťovni aj elektronicky prostredníctvom portálu, ktorý prevádzkuje zdravotná poisťovňa na svojom webovom sídle za podmienky, že medzi poskytovateľom a zdravotnou poisťovňou bola uzatvorená osobitná zmluva, ktorej predmetom je úprava spôsobu doručovania zásielky podľa tohto bodu a s tým súvisiacich úkonov.

9.3. Zmluvné strany sa dohodli, že zásielky s výnimkou korešpondencie podľa článku VI zmluvy a bodu 10.6. písm. b) zmluvy, a korešpondencie obsahujúcej osobné údaje alebo údaje chránené podľa osobitných predpisov, sa môžu doručovať aj e-mailom.

Článok X Trvanie, zmena a zánik zmluvy

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

10.2. Zmluva nadobúda účinnosť prvým dňom nasledujúceho kalendárneho mesiaca po jej podpísaní oboma zmluvnými stranami (s výnimkou bodu 9.2. zmluvy, ktorý nadobudne účinnosť dňom nadobudnutia účinnosti osobitnej zmluvy podľa uvedeného bodu), za podmienky, že najneskôr deň pred nadobudnutím účinnosti bola zverejnená na webovom sídle zdravotnej poisťovne. Účinnosť zmluvy sa pozastavuje počas a v rozsahu dočasného pozastavenia povolenia poskytovateľa; k pozastaveniu účinnosti zmluvy dôjde prvým dňom nasledujúcim po dni nadobudnutia právoplatnosti rozhodnutia o dočasnom pozastavení povolenia.

10.3. Zmluva sa uzatvára na dobu neurčitú, s výnimkou prílohy č. 2c k zmluve, ktorá je účinná do 31.12.2018.

10.4. Zmenu zmluvy je možné uskutočniť výlučne v písomnej forme na základe dohody zmluvných strán formou písomných a číslovaných dodatkov.

10.5. Zmluva zaniká:

- a) písomnou dohodou zmluvných strán,
- b) na základe výpovede z dôvodov uvedených v § 7 ods. 11 alebo § 7 ods. 15 zákona č. 581/2004 Z.z.
- c) v prípade zrušenia alebo zániku platnosti povolenia zdravotnej poisťovne na vykonávanie verejného zdravotného poistenia alebo zániku zdravotnej poisťovne alebo
- d) v prípade zániku platnosti povolenia poskytovateľa alebo zrušenia platnosti povolenia, ak súčasne nebolo vydané nové povolenie; ak poskytovateľ prevádzkuje zdravotnícke zariadenia na základe viacerých samostatných povolení a niektoré z nich (nie však všetky) bolo zrušené bez súčasného vydania nového povolenia, zmluva nezaniká, iba sa zužuje dohodnutý rozsah poskytovanej starostlivosti o zdravotnícke zariadenie/zariadenia, ktoré boli prevádzkované na základe povolenia, ktoré bolo zrušené.

Článok XI Záverečné ustanovenia

11.1. Vzťahy zmluvou neupravené sa riadia príslušnými ustanoveniami všeobecne záväzných právnych predpisov uvedených v bode 4.1. zmluvy.

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

11.3. Neoddeliteľnou súčasťou zmluvy sú nasledovné prílohy:

Príloha č. 1	Dohodnutý rozsah poskytovanej zdravotnej starostlivosti
Príloha č. 2a	Podmienky úhrady poskytnutej ambulantnej zdravotnej starostlivosti
Príloha č. 2b	Podmienky úhrady poskytnutej ústavnej zdravotnej starostlivosti
Príloha č. 2c	Podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti podľa klasifikačného systému diagnosticko-terapeutických skupín
Príloha č. 3	Zdravotnou poisťovňou schválené zdravotné výkony

11.4. Ak niektoré ustanovenia zmluvy nie sú celkom alebo sčasti účinné alebo neskôr stratia účinnosť, nie je tým dotknutá platnosť a účinnosť ostatných ustanovení. Namiesto neplatných, prípadne neúčinných ustanovení sa použije právna úprava, ktorá, pokiaľ je to právne možné, sa čo najviac približuje úmyslu a účelu zmluvy, pokiaľ pri uzatváraní zmluvy zmluvné strany brali túto otázku do úvahy.

11.5. Zmluva je pre zmluvné strany platná v rozsahu jej ustanovení a príloh vzťahujúcich sa na dohodnutý rozsah poskytovanej zdravotnej starostlivosti podľa prílohy č. 1 k zmluve.

11.6. Zmluvné strany sa dohodli, že ku dňu nadobudnutia účinnosti zmluvy zanikajú všetky zmluvy, na základe ktorých poskytovateľ poskytoval zdravotnú starostlivosť poisťencom zdravotnej poisťovne v rovnakom vecnom rozsahu aký je dohodnutý v zmluve.“

2. V prílohe č. 2a k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa vypúšťa časť VII.

3. Nadpis prílohy č. 2b k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa mení a znie nasledovne:
„Podmienky úhrady poskytnutej ústavnej zdravotnej starostlivosti“.

4. Príloha č. 2b – k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa

- a) v časti I. uvádzacia veta bodu 1 mení a znie: „Zdravotná starostlivosť poskytnutá poisťencovi v ústavnej zdravotnej starostlivosti, poskytovateľom správne vykázaná a zdravotnou poisťovňou uznaná sa, s výnimkou zdravotnej starostlivosti hradenej podľa účinnej prílohy č. 2c zmluvy a s výnimkou osobitne hradených výkonov uvedených ďalej v tejto prílohe, uhrádza nasledovne:“,
- b) v časti I. bod 9 mení a znie: „Úhrada za výkony špecializovanej ambulantnej starostlivosti a výkony spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek poskytnuté počas hospitalizácie je zahrnutá v úhrade za hospitalizáciu.“,
- c) v časti II. v bode 1 text pred prvou zátvorkou mení a znie: „V prípade, že poskytovateľ pri poskytovaní ústavnej zdravotnej starostlivosti, s výnimkou ústavnej zdravotnej starostlivosti hradenej podľa účinnej prílohy č. 2c zmluvy, použije špeciálny zdravotnícky materiál“,
- d) v časti II. v bode 2 v prvej vete za text „V prípade, že poskytovateľ pri poskytovaní ústavnej zdravotnej starostlivosti,“ vkladá nový text, ktorý znie: „s výnimkou ústavnej zdravotnej starostlivosti hradenej podľa účinnej prílohy č. 2c k zmluve,“,
- e) v časti III. uvádzacia veta bodu 1 mení a znie: „Zdravotná poisťovňa uhradí poskytovateľovi zdravotnú starostlivosť spočívajúcu vo výkonoch uvedených v tabuľke nižšie, s výnimkou ústavnej zdravotnej starostlivosti hradenej podľa účinnej prílohy č. 2c zmluvy, za podmienok ustanovených v tejto časti prílohy.“,
- f) vypúšťa časť IV.

5. Neoddeliteľnou súčasťou zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa na obdobie od 1.12.2017 do 31.12.2017 stáva nová príloha č. 2c Podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti podľa klasifikačného systému diagnosticko-terapeutických skupín v znení, ktoré tvorí prílohu č.1 tohto dodatku.

6. Neoddeliteľnou súčasťou zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa s účinnosťou od 1.1.2018 stáva nová príloha č. 2c Podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti podľa klasifikačného systému diagnosticko-terapeutických skupín v znení, ktoré tvorí prílohu č.2 tohto dodatku.

7. Znenie ostatných ustanovení zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti ostáva týmto dodatkom nezmenené.

Článok 2 **Spoločné a záverečné ustanovenia**

1. Tento dodatok v rozsahu článku 1 bodu 1 nahrádza znenie zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v znení jej dodatkov a považuje sa súčasne za úplné znenie platnej zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.
2. Tento dodatok je neoddeliteľnou súčasťou zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Tento dodatok je vyhotovený vo dvoch rovnopisoch, z ktorých sa každý považuje za originál. Každá zo zmluvných strán obdrží po jednom vyhotovení dodatku.

3. Súhlas s obsahom dodatku vyjadria zástupcovia zmluvných strán svojím podpisom na poslednej strane tohto dodatku.
4. Zmluvné strany vyhlasujú, že ich spoločným úmyslom a záujmom bolo uzavrieť tento dodatok s účinnosťou od 1.12.2017. Preto sa zmluvné strany dohodli na úhrade zdravotnej starostlivosti podľa článku 1 body 1 až 5 tohto dodatku aj za obdobie od 1.12.2017 do dňa nadobudnutia účinnosti tohto dodatku, ak nie je dojednané inak. Bod 1 článku 1 tohto dodatku v časti zmeny bodov 4.16. až 4.19. zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti nadobúda účinnosť dňa 1.1.2018.
5. Ak nie je dojednané inak, tento dodatok nadobúda platnosť dňom podpisu oboma zmluvnými stranami a účinnosť prvým dňom nasledujúceho kalendárneho mesiaca po jeho podpísaní oboma zmluvnými stranami za podmienky, že najneskôr deň pred nadobudnutím účinnosti bol zverejnený na webovom sídle zdravotnej poisťovne.

Bratislava dňa _____

Union zdravotná poisťovňa, a.s.

.....
Ing. Elena Májeková
riaditeľka sekcie zdravotného poistenia
na základe plnej moci

Bratislava I dňa ... _____

Nemocnica svätého Michala, a. s.

.....
MUDr. Marián Krizko, PhD., MPH,
predseda predstavenstva

.....
člen predstavenstva

Príloha č. 2c
k Zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

Podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti podľa klasifikačného systému diagnosticko-terapeutických skupín

I. Základné ustanovenia

1. Zdravotná poisťovňa podľa klasifikačného systému diagnosticko-terapeutických skupín (ďalej aj ako „systém DRG“) uhrádza poskytovateľovi v rámci hospitalizačného prípadu úhradu za zdravotnou poisťovňou uznanú ústavnú zdravotnú starostlivosť, do ktorej bol poistenec prijatý počas účinnosti tejto prílohy.
2. Klasifikačný systém diagnosticko-terapeutických skupín je medicínsko-ekonomický klasifikačný systém, ktorý na základe chorôb, zdravotných výkonov, dátumu narodenia poistenca, veku poistenca v rokoch alebo podľa veku poistenca v dňoch, podľa hmotnosti poistenca, ak ide o poistenca mladšieho ako 1 rok, pohlavia, druhu, dôvodu prijatia a dátumu prijatia poistenca do ústavnej zdravotnej starostlivosti, dôvodu prepustenia a dátumu prepustenia z ústavnej zdravotnej starostlivosti, dĺžky ošetrovacej doby zadanej v dňoch, dĺžky umelej pľúcnej ventilácie u poistenca zadanej v hodinách, lokalizácie choroby a zdravotného výkonu a dátumu vykonania zdravotného výkonu poistencovi umožňuje zaradiť jednotlivé hospitalizačné prípady do ekonomicky a klinicky homogénnych diagnosticko-terapeutických skupín, ktorým spravidla prislúcha relatívna váha definovaná v katalógu prípadových paušálov. Podrobnosti zaradenia hospitalizačného prípadu do príslušnej diagnosticko-terapeutickej skupiny určuje definičná príručka. Zaradenie do hospitalizačného prípadu do príslušnej diagnosticko-terapeutickej skupiny sa vykonáva prostredníctvom počítačového programu zdravotnej poisťovne (tzv. grouper).
3. Na účely tejto prílohy sa za hospitalizáciu považuje poskytovanie spravidla ústavnej zdravotnej starostlivosti poistencovi u poskytovateľa na oddelení s DRG relevantnou odbornosťou od dátumu jeho prijatia na hospitalizáciu až do dátumu prepustenia z hospitalizácie. Podľa tejto prílohy sa neuhrádza zdravotná starostlivosť spočívajúca vo výkonoch uvedených v tabuľke bodu 1 časti III prílohy č. 2b k zmluve, ktoré za podmienok uvedených v písm. b) bodu 4 časti III. prílohy č. 2b k zmluve sa uhrádzajú ako výkony jednodňovej zdravotnej starostlivosti.
4. Hospitalizačný prípad je spravidla ústavná zdravotná starostlivosť poskytnutá poistencovi počas hospitalizácie na oddeleniach s DRG relevantnou odbornosťou, od dátumu jeho prijatia na hospitalizáciu až do dátumu prepustenia z hospitalizácie.
5. Oddelenie s DRG nerelevantnou odbornosťou je určené podľa príslušného metodického usmernenia Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou č. 10/1/2014 k dátovému rozhraniu CKS pre zber údajov od poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti zaradených do systému financovania podľa DRG o podrobnostiach klasifikačného systému diagnosticko-terapeutických skupín („Tabuľka 26: 90029 NON_DRG“).
6. Oddelenie s DRG relevantnou odbornosťou je oddelenie iné ako oddelenie DRG nerelevantnou odbornosťou.
7. Ošetrovacia doba je počet dní medicínsky opodstatneného pobytu poistenca u poskytovateľa na oddeleniach s DRG relevantnou odbornosťou v súvislosti s poskytovaním ústavnej zdravotnej starostlivosti, pričom do tohto počtu dní sa nezapočítava deň prijatia poistenca do ústavnej zdravotnej starostlivosti; deň prijatia poistenca do ústavnej zdravotnej starostlivosti sa započítava do ošetrovacej doby, ak ide o hospitalizáciu trvajúcu menej ako 24 hodín.
8. Základná sadzba je suma v absolútnej hodnote, ktorá je uhrádzaná podľa systému DRG za jednotlivý hospitalizačný prípad s relatívnou váhou rovnou 1,0000.

II. Úhrada za hospitalizačný prípad

1. Výška základnej sadzby je 1.082,- €.
2. Výška úhrady za hospitalizačný prípad sa vypočíta ako súčin základnej sadzby a príslušnej relatívnej váhy určenej podľa katalógu prípadových paušálov v závislosti od správneho zaradenia hospitalizačného prípadu do príslušnej diagnosticko-terapeutickej skupiny a od dĺžky ošetrovacej doby, a podľa ostatných podmienok vyplývajúcich zo zmluvy. Za správne zaradenie hospitalizačného prípadu do príslušnej diagnosticko-terapeutickej skupiny sa považuje zaradenie vykázaného hospitalizačného prípadu do diagnosticko-terapeutickej skupiny podľa definičnej príručky. Výška úhrady za všetky hospitalizačné prípady ukončené v príslušnom kalendárnom mesiaci (SumHP) zmluvných okrem ostatných podmienok vyplývajúcich zo zmluvy aj medziročnú zmenu casemix indexu (MRZ_{CMI}) zmluvných poskytovateľov poisťovne poskytujúcich zdravotnú starostlivosť, ktorú je možné hradiť systémom DRG, medzi obdobím kalendárneho roka, z ktorého sa podľa dokumentu uvedeného v čl. IV bod 1 písm. d) tejto prílohy vypočítala základná sadzba (referenčné obdobie) a obdobím kalendárneho roka bezprostredne nasledujúceho po referenčnom období podľa nasledovného vzorca:

$$\text{SumHP} = \frac{(\text{ZSa} * \Sigma \text{ERV})}{\text{MRZ}_{\text{CMI}}}$$

MRZ_{CM} je pre kalendárny rok 2018 vo výške 1,09. Ak sa zmluvné strany nedohodnú na zmene MRZ_{CM} pre obdobie nasledujúce po kalendárnom roku 2018, použije sa v nasledovnom kalendárnom roku (a v každom ďalšom, pre ktorý sa zmluvné strany nedohodnú na zmene) hodnota uvedená predchádzajúcej vete.

3. Ak nie je dojednané inak, úhrada za hospitalizačný prípad zahŕňa úhradu za všetku zdravotnú starostlivosť, špeciálny zdravotnícky materiál, alebo služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti:
 - a) poskytnuté poistencovi poskytovateľom alebo akýmkoľvek iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti počas trvania hospitalizácie,
 - b) poskytnutú poistencovi poskytovateľom alebo iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v deň prijatia na hospitalizáciu, ako aj v deň prepustenia z hospitalizácie (s výnimkou liekov a zdravotníckych pomôcok, na ktoré bol vystavený predpis, resp. lekársky poukaz v deň prepustenia poistenca z hospitalizácie), ak súvisí s hospitalizáciou;
 - c) poskytnutú poistencovi kedykoľvek po prepustení z hospitalizácie poskytovateľom alebo akýmkoľvek iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, ak bola indikovaná počas trvania hospitalizácie podľa písm. s) bodu 4.6. zmluvy;
 ako aj všetky náklady, ktoré poskytovateľ vynaložil pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti poistencovi počas hospitalizácie. Pre vylúčenie akýchkoľvek pochybností sa zmluvné strany dohodli, že v úhrade za hospitalizačný prípad je zahrnutá aj úhrada za zdravotnú starostlivosť uvedenú v prílohe č. 2a k zmluve, ak sú na to splnené podmienky podľa tejto prílohy k zmluve.
4. Ak nie je dojednané inak, úhrada za všetku ambulantnú zdravotnú starostlivosť, vrátane zdravotnej starostlivosti poskytovanej zariadením spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek, a služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, uvedené na odporúčenie podľa bodu písm. s) bodu 4.6. zmluvy poskytovateľom alebo iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v deň začiatku hospitalizácie, ako aj kedykoľvek počas hospitalizácie, bez uvedeného ID hospitalizačného prípadu, bude automaticky započítaná do úhrady za hospitalizačný prípad, pokiaľ poskytovateľ nepreukáže, že táto zdravotná starostlivosť resp. služba súvisiaca s poskytovaním zdravotnej starostlivosti nesúvisí s hospitalizačným prípadom. V prípade, ak na odporúčaní podľa písm. s) bodu 4.6. zmluvy nebude uvedený dátum odporúčenia, zdravotná poisťovňa zdravotnú starostlivosť a/alebo službu súvisiacu s poskytovaním zdravotnej starostlivosti neuhradí a požiada poskytovateľa a/alebo iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o jeho doplnenie.
5. Úhrada za hospitalizačný prípad nezahŕňa úhradu za výkony dialyzačnej liečby pri chronickom zlyhaní obličiek a výkony záchrannej zdravotnej služby poskytnuté poskytovateľom alebo iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti.
6. Zdravotná poisťovňa uhradza zdravotné výkony poskytnuté poistencovi zariadením spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek (ďalej len „SVLZ“), ktoré podľa ustanovení tejto prílohy mali byť zahrnuté v úhrade za hospitalizačný prípad, poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti prevádzkujúcemu zariadenie SVLZ, pričom zdravotná poisťovňa má voči poskytovateľovi právo na refundáciu nákladov podľa bodu 8 tejto časti prílohy.
7. Zdravotná poisťovňa je oprávnená žiadať od poskytovateľa refundáciu nákladov na úhradu zdravotnej starostlivosti, špeciálneho zdravotníckeho materiálu a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, ktoré zdravotná poisťovňa uhradila nad rámec hospitalizačného prípadu poskytovateľovi alebo inému poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti a súčasne podľa ustanovení tejto prílohy mali byť zahrnuté v úhrade za hospitalizačný prípad. Zmluvné strany sa dohodli na započítaní pohľadávky zdravotnej poisťovne podľa bezprostredne predchádzajúcej vety s pohľadávkou alebo pohľadávkami poskytovateľa na úhradu zdravotnej starostlivosti voči zdravotnej poisťovni.
8. Na účely určenia výšky refundácie podľa bezprostredne predchádzajúceho bodu sa vychádza z výšky úhrady za zdravotnú starostlivosť a služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, ktoré má zdravotná poisťovňa zmluvne dojednané s poskytovateľom alebo iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v čase poskytnutia zdravotnej starostlivosti resp. služby súvisiacej s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, resp. z nadobúdajúcej ceny špeciálneho zdravotníckeho materiálu.
9. Ak pre určitú diagnosticko-terapeutickú skupinu nie je v katalógu prípadových paušálov určená žiadna relatívna váha, použije sa relatívna váha uvedená v nasledovnej tabuľke:

DRG skupina kód	DRG skupina názov	relatívna váha
B61B	Určité akútne ochorenia a poranenia miechy bez komplexného výkonu alebo viac ako 13 ošetrovacích dní alebo žiadne preloženie ďalej	1,8450
B76A	Záchvaty, viac ako jeden ošetrovací deň, s komplexnou diagnózou a liečbou	0,8940
E76A	Tuberkulóza, viac ako 14 ošetrovacích dní	1,2420
ostatné		1,0278

10. Ak poskytovateľ predpokladá trvanie hospitalizačného prípadu dlhšie ako 2 mesiace, informuje o tejto skutočnosti zdravotnú poisťovňu najneskôr do 2 mesiacov od začiatku takéhoto hospitalizačného prípadu a dohodne so zdravotnou poisťovňou individuálny spôsob úhrady za hospitalizáciu.
11. Ak poskytovateľ počas hospitalizácie, použil lieky a/alebo zdravotnícke pomôcky, ktoré na svoje náklady obstarala zdravotná poisťovňa, má zdravotná poisťovňa voči poskytovateľovi právo na refundáciu týchto nákladov. Zmluvné

strany sa dohodli na započítaní pohľadávky zdravotnej poisťovne podľa predchádzajúcej vety tohto bodu s pohľadávkou alebo pohľadávkami poskytovateľa na úhradu zdravotnej starostlivosti voči zdravotnej poisťovni.

III. Zlučovanie hospitalizačných prípadov

1. Pri zlučovaní hospitalizačných prípadov sa postupuje podľa dokumentu vydaného Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou pod názvom Hospitalizačný prípad a parametre definujúce prípadový paušál v systéme úhrad podľa SK- DRG a Metodické usmernenie č. 5/2/2015 o spracovaní a vykazovaní zdravotných výkonov poskytovateľov zdravotnej starostlivosti elektronickou formou.

IV. Spoločné a prechodné ustanovenia

1. Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej aj ako „Úrad“) podľa príslušného ustanovenia zákona č. 581/2004 Z. z. vo Vestníku Úradu zverejní na nasledujúci kalendárny rok:
 - a) definičnú príručku, ktorá obsahuje klasifikačný systém s uvedením grafického znázornenia všetkých zaraďovacích algoritmov a k nim prislúchajúcich logických výrazov a tabuliek,
 - b) katalóg prípadových paušálov, ktorý obsahuje zoznam jednotlivých diagnosticko-terapeutických skupín,
 - c) parametre hospitalizačného prípadu,
 - d) metodiku výpočtu základnej sadzby a zoznam základných sadzieb,
 - e) podrobnosti o osvedčovaní zhody počítačového programu s definičnou príručkou (ďalej len „osvedčovanie zhody“),
(ďalej spoločne aj ako „DRG dokumenty“)
2. Podľa DRG dokumentov, ktoré Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou ako posledné zverejní k 30. septembru vo Vestníku Úradu na nasledujúci kalendárny rok, zmluvné strany postupujú pri úhrade zdravotnej starostlivosti podľa systému DRG počas celého nasledujúceho kalendárneho roka. Pre vylúčenie akýchkoľvek pochybností sa zmluvné strany dohodli, že na hospitalizačný prípad sa aplikujú DRG dokumenty vzťahujúce sa na kalendárny rok, v ktorom došlo k prijatiu poistenca do ústavnej zdravotnej starostlivosti, resp. k prijatiu do ústavnej starostlivosti pri prvom zo zlučovaných hospitalizačných prípadov. Pre vylúčenie akýchkoľvek pochybností platí, že pod parametrami hospitalizačného prípadu podľa písm. c) bodu 1 tejto časti tejto prílohy sa rozumie dokument uvedený v bode 1 časti III tejto prílohy.
3. Ak Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou najneskôr do 30. septembra kalendárneho roka pre nasledujúci kalendárny rok nevydá dokumenty podľa písm. a) až d) bodu 1 tejto časti prílohy alebo niektorý z týchto dokumentov, resp. na základe zmeny zákona stratí túto právomoc bez toho aby ju na základe zákona nadobudol iný orgán verejnej moci, vydá tieto dokumenty pre účel uvedený v bode 1 tejto časti prílohy zdravotná poisťovňa a zverejní ich na svojom webovom sídle.
4. Účinnosť tejto prílohy sa pozastavuje na obdobie, počas ktorého nie je platné osvedčenie o zhode počítačového programu zdravotnej poisťovne používaného na zaraďovanie hospitalizačných prípadov do diagnosticko-terapeutických skupín. Osvedčením o zhode počítačového programu sa rozumie podľa zákona č. 581/2004 Z. z. vydané osvedčenie zhody počítačového programu s definičnou príručkou.

Príloha č. 2c
k Zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

**Podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti podľa klasifikačného systému
diagnosticko-terapeutických skupín**

I. Základné ustanovenia

1. Zdravotná poisťovňa podľa klasifikačného systému diagnosticko-terapeutických skupín (ďalej aj ako „systém DRG“) uhrádza poskytovateľovi v rámci hospitalizačného prípadu úhradu za zdravotnou poisťovňou uznanú ústavnú zdravotnú starostlivosť, do ktorej bol poistenec prijatý počas účinnosti tejto prílohy. Podľa systému diagnosticko-terapeutických skupín zdravotná poisťovňa uhrádza poskytovateľovi aj zdravotnú starostlivosť spočívajúcu vo výkonoch jednodňovej zdravotnej starostlivosti, ak boli poskytnuté poistencovi počas účinnosti tejto prílohy na DRG relevantnom oddelení ako aj v prípadoch, keď poskytovateľ po poskytnutí výkonu jednodňovej zdravotnej starostlivosti poistencovi pokračoval v poskytovaní hospitalizácii poistenca hradenej podľa tejto prílohy.
2. Klasifikačný systém diagnosticko-terapeutických skupín je medicínsko-ekonomický klasifikačný systém, ktorý na základe chorôb, zdravotných výkonov, dátumu narodenia poistenca, veku poistenca v rokoch alebo podľa veku poistenca v dňoch, podľa hmotnosti poistenca, ak ide o poistenca mladšieho ako 1 rok, pohlavia, druhu, dôvodu prijatia a dátumu prijatia poistenca do ústavnej zdravotnej starostlivosti, dôvodu prepustenia a dátumu prepustenia z ústavnej zdravotnej starostlivosti, dĺžky ošetrovacej doby zadanej v dňoch, dĺžky umelej pľúcnej ventilácie u poistenca zadanej v hodinách, lokalizácie choroby a zdravotného výkonu a dátumu vykonania zdravotného výkonu poistencovi umožňuje zaradiť jednotlivé hospitalizačné prípady do ekonomicky a klinicky homogénnych diagnosticko-terapeutických skupín, ktorým spravidla prislúcha relatívna váha definovaná v katalógu prípadových paušálov. Podrobnosti zaradenia hospitalizačného prípadu do príslušnej diagnosticko-terapeutickej skupiny určuje definičná príručka. Zaradenie do hospitalizačného prípadu do príslušnej diagnosticko-terapeutickej skupiny sa vykonáva prostredníctvom počítačového programu zdravotnej poisťovne (tzv. grouper).
3. Na účely tejto prílohy sa za hospitalizáciu považuje poskytovanie spravidla ústavnej zdravotnej starostlivosti poistencovi u poskytovateľa na oddelení s DRG relevantnou odbornosťou a/alebo oddelení s DRG nerelevantnou odbornosťou s tým, že prostredníctvom systému DRG môže byť uhradená aj hospitalizácia trvajúca menej ako 24 hodín, ak sú na to splnené príslušné podmienky úhrady prostredníctvom systému DRG.
4. Hospitalizačný prípad je zdravotná starostlivosť poskytnutá poistencovi počas hospitalizácie na oddeleniach s DRG relevantnou odbornosťou, od dátumu jeho prijatia na hospitalizáciu až do dátumu prepustenia z hospitalizácie.
5. Oddelenie s DRG nerelevantnou odbornosťou je určené podľa príslušného metodického usmernenia Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou č. 10/1/2014 k dátovému rozhraniu CKS pre zber údajov od poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti zaradených do systému financovania podľa DRG o podrobnostiach klasifikačného systému diagnosticko-terapeutických skupín („Tabuľka 26: 90029 NON_DRG“).
6. Oddelenie s DRG relevantnou odbornosťou je oddelenie iné ako oddelenie DRG nerelevantnou odbornosťou.
7. Ošetrovacia doba je počet dní medicínsky opodstatneného pobytu poistenca u poskytovateľa na oddeleniach s DRG relevantnou odbornosťou v súvislosti s poskytovaním ústavnej zdravotnej starostlivosti, pričom do tohto počtu dní sa nezapočítava ani deň prijatia poistenca do ústavnej zdravotnej starostlivosti a ani prípadné dni, počas ktorých bol poistenec na priepustke; deň prijatia poistenca do ústavnej zdravotnej starostlivosti sa započítava do ošetrovacej doby, ak ide o hospitalizáciu trvajúcu menej ako 24 hodín.
8. Základná sadzba je suma v absolútnej hodnote, ktorá je uhrádzaná podľa systému DRG za jednotlivý hospitalizačný prípad s relatívnou váhou rovnou 1,0000.

II. Úhrada za hospitalizačný prípad

1. Výška základnej sadzby je **910,- €**.
2. Výška úhrady za hospitalizačný prípad sa vypočíta ako súčin základnej sadzby a príslušnej relatívnej váhy určenej podľa katalógu prípadových paušálov v závislosti od správneho zaradenia hospitalizačného prípadu do príslušnej diagnosticko-terapeutickej skupiny a od dĺžky ošetrovacej doby, a podľa ostatných podmienok vyplývajúcich zo zmluvy. Za správne zaradenie hospitalizačného prípadu do príslušnej diagnosticko-terapeutickej skupiny sa považuje zaradenie vykázaného hospitalizačného prípadu do diagnosticko-terapeutickej skupiny podľa definičnej príručky.
3. Ak nie je dojednané inak, úhrada za hospitalizačný prípad zahŕňa úhradu za všetku zdravotnú starostlivosť, špeciálny zdravotnícky materiál, alebo služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti:
 - a) poskytnuté poistencovi poskytovateľom alebo akýmkoľvek iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti počas trvania hospitalizácie,
 - b) poskytnutú poistencovi poskytovateľom alebo iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v deň prijatia na hospitalizáciu, ako aj v deň prepustenia z hospitalizácie (s výnimkou liekov a zdravotníckych pomôcok, na ktoré

bol vystavený predpis, resp. lekársky poukaz v deň prepustenia poistenca z hospitalizácie), ak súvisí s hospitalizáciou;

- c) poskytnutú poistencovi kedykoľvek po prepustení z hospitalizácie poskytovateľom alebo akýmkoľvek iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, ak bola indikovaná počas trvania hospitalizácie podľa písm. s) bodu 4.6. zmluvy;

ako aj všetky náklady, ktoré poskytovateľ vynaložil pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti poistencovi počas hospitalizácie. Pre vylúčenie akýchkoľvek pochybností sa zmluvné strany dohodli, že v úhrade za hospitalizačný prípad je zahrnutá aj úhrada za zdravotnú starostlivosť uvedenú v prílohe č. 2a k zmluve, ak sú na to splnené podmienky podľa tejto prílohy k zmluve.

4. Ak nie je dojednané inak, úhrada za všetku ambulantnú zdravotnú starostlivosť, vrátane zdravotnej starostlivosti poskytovanej zariadením spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek, a služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, uvedené na odporučení podľa bodu písm. s) bodu 4.6. zmluvy poskytovateľom alebo iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v deň začiatku hospitalizácie, ako aj kedykoľvek počas hospitalizácie, bez uvedeného ID hospitalizačného prípadu, bude automaticky započítaná do úhrady za hospitalizačný prípad, pokiaľ poskytovateľ nepreukáže, že táto zdravotná starostlivosť resp. služba súvisiaca s poskytovaním zdravotnej starostlivosti nesúvisí s hospitalizačným prípadom. V prípade, ak na odporúčani podľa písm. s) bodu 4.6. zmluvy nebude uvedený dátum odporúčenia, zdravotná poisťovňa zdravotnú starostlivosť a/alebo službu súvisiacu s poskytovaním zdravotnej starostlivosti neuhradí a požiada poskytovateľa a/alebo iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o jeho doplnenie.
5. Úhrada za hospitalizačný prípad nezahŕňa úhradu za výkony dialyzačnej liečby pri chronickom zlyhaní obličiek a výkony záchrannej zdravotnej služby poskytnuté poskytovateľom alebo iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti.
6. Zdravotná poisťovňa uhradza zdravotné výkony poskytnuté poistencovi zariadením spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek (ďalej len „SVLZ“), ktoré podľa ustanovení tejto prílohy mali byť zahrnuté v úhrade za hospitalizačný prípad, poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti prevádzkujúcemu zariadenie SVLZ, pričom zdravotná poisťovňa má voči poskytovateľovi právo na refundáciu nákladov podľa bodu 8 tejto časti prílohy.
7. Zdravotná poisťovňa je oprávnená žiadať od poskytovateľa refundáciu nákladov na úhradu zdravotnej starostlivosti, špeciálneho zdravotníckeho materiálu a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, ktoré zdravotná poisťovňa uhradila nad rámec hospitalizačného prípadu poskytovateľovi alebo inému poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti a súčasne podľa ustanovení tejto prílohy mali byť zahrnuté v úhrade za hospitalizačný prípad. Zmluvné strany sa dohodli na započítaní pohľadávky zdravotnej poisťovne podľa bezprostredne predchádzajúcej vety s pohľadávkou alebo pohľadávkami poskytovateľa na úhradu zdravotnej starostlivosti voči zdravotnej poisťovni.
8. Na účely určenia výšky refundácie podľa bezprostredne predchádzajúceho bodu sa vychádza z výšky úhrady za zdravotnú starostlivosť a služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, ktoré má zdravotná poisťovňa zmluvne dojednané s poskytovateľom alebo iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v čase poskytnutia zdravotnej starostlivosti resp. služby súvisiacej s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, resp. z nadobúdacej ceny špeciálneho zdravotníckeho materiálu.
9. Hospitalizácia poistenca na psychiatrickom oddelení alebo inom oddelení s DRG nerelevantnou odbornosťou okrem domu ošetrovateľskej starostlivosti (ďalej len „DOS“) a hospicu, ktorému predchádzala hospitalizácia poistenca na oddelení s DRG relevantnou odbornosťou a/alebo ktorá pokračovala hospitalizáciou na oddelení s DRG relevantnou odbornosťou v tom istom samostatnom ústavnom zariadení sa považuje za súčasť jedného hospitalizačného prípadu (t.j. má rovnaké ID hospitalizačného prípadu), avšak jej trvanie sa nezapočítava do obdobia trvania hospitalizačného prípadu a zároveň náklady na hospitalizáciu poistenca na psychiatrickom oddelení alebo inom oddelení s DRG nerelevantnou odbornosťou okrem DOS a hospicu sa nezapočítavajú do úhrady za hospitalizačný prípad. Hospitalizácia na psychiatrickom oddelení alebo inom oddelení s DRG nerelevantnou odbornosťou okrem DOS a hospicu sa uhradí podľa prílohy č. 2b k zmluve.
10. Hospitalizácia poistenca v hospici a/alebo v DOS, ktorému predchádzala hospitalizácia na oddelení s DRG relevantnou odbornosťou a/alebo ktorá pokračovala hospitalizáciou na oddelení s DRG relevantnou odbornosťou v tom istom samostatnom ústavnom zariadení sa nepovažuje za súčasť jedného hospitalizačného prípadu (nemá rovnaké ID hospitalizačného prípadu), jej trvanie sa nezapočítava do obdobia trvania hospitalizačného prípadu a zároveň náklady na hospitalizáciu poistenca v DOS alebo v hospici a služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti poskytované v DOS alebo v hospici sa nezapočítavajú do úhrady za hospitalizačný prípad. Hospitalizácia v DOS alebo hospici sa uhradí podľa prílohy č. 2b k zmluve.
11. Ak pre určitú diagnosticko-terapeutickú skupinu nie je v katalógu prípadových paušálov určená žiadna relatívna váha, použije sa relatívna váha uvedená v nasledovnej tabuľke:

DRG skupina kód	DRG skupina názov	relatívna váha
B61B	Určité akútne ochorenia a poranenia miechy bez komplexného výkonu alebo viac ako 13 ošetrovacích dní alebo žiadne preloženie ďalej	1,8450
B76A	Záchvaty, viac ako jeden ošetrovací deň, s komplexnou diagnózou a liečbou	0,8940
E76A	Tuberkulóza, viac ako 14 ošetrovacích dní	1,2420
ostatné		1,0278

12. Ak poskytovateľ predpokladá trvanie hospitalizačného prípadu dlhšie ako 2 mesiace, informuje o tejto skutočnosti zdravotnú poisťovňu najneskôr do 2 mesiacov od začiatku takéhoto hospitalizačného prípadu a dohodne so zdravotnou poisťovňou individuálny spôsob úhrady za hospitalizáciu.
13. Ak poskytovateľ počas hospitalizácie, použil lieky a/alebo zdravotnícke pomôcky, ktoré na svoje náklady obstarala zdravotná poisťovňa, má zdravotná poisťovňa voči poskytovateľovi právo na refundáciu týchto nákladov. Zmluvné strany sa dohodli na započítaní pohľadávky zdravotnej poisťovne podľa predchádzajúcej vety tohto bodu s pohľadávkou alebo pohľadávkami poskytovateľa na úhradu zdravotnej starostlivosti voči zdravotnej poisťovni.

III. Zlučovanie hospitalizačných prípadov

1. Opätovné prijatie poistenca do ústavnej zdravotnej starostlivosti u toho istého poskytovateľa (ďalej aj ako „opätovné prijatie“), ktoré sa uskutoční v určitých nižšie definovaných časových intervaloch a za určitých nižšie definovaných okolností, je v systéme DRG poskytovateľ povinný zlúčiť do jedného hospitalizačného prípadu a vykázat ich na úhradu do zdravotnej poisťovne pod jedným hospitalizačným prípadom.
2. Povinné zlúčenie hospitalizačných prípadov pri opätovnom prijatí sa uskutoční:
 - a) ak je poistenec znovu prijatý do ústavnej zdravotnej starostlivosti u poskytovateľa (ďalej aj ako „opakovaná hospitalizácia“) v časovom intervale ako je horná hranica ošetrovacej doby príslušnej DRG skupiny podľa katalógu prípadových paušálov, pričom výpočet sa vzťahuje k dátumu prijatia na prvé poskytovanie zdravotnej starostlivosti u poskytovateľa (ďalej aj ako „prvá hospitalizácia“), ktorá je na základe tohto pravidla zlučovaná a zároveň opakovaná hospitalizácia by bola zaradená do tej istej základnej DRG skupiny ako prvá hospitalizácia, alebo
 - b) ak je poistenec znovu prijatý do ústavnej zdravotnej starostlivosti u poskytovateľa v časovom intervale do 30 kalendárnych dní odo dňa prijatia na prvú hospitalizáciu z hospitalizácií, ktorá vyhovuje podmienke zlučovania, a zároveň v rámci tej istej hlavnej diagnostickej kategórie (MDC) podľa katalógu prípadových paušálov bola prvá hospitalizácia zaradená do „medicínskeho“ alebo „iného“ segmentu a opakovaná hospitalizácia do „operačného“ segmentu, alebo
 - c) ak je poistenec znovu prijatý do ústavnej zdravotnej starostlivosti u poskytovateľa v časovom intervale do hornej hranice pre stanovenú dĺžku ošetrovacej doby príslušnej DRG skupiny podľa katalógu prípadových paušálov a zároveň dôvodom pre opakovanú hospitalizáciu je komplikácia zdravotného stavu v súvislosti s predchádzajúcou hospitalizáciou, za ktorú preberá zodpovednosť zdravotnícke zariadenia (napr. nozokomiálna infekcia);písm. a) a b) sa nevzťahuje na prípady tých DRG skupín, ktoré sú v katalógu prípadových paušálov v stĺpci „Výnimka pri opätovnom prijatí“ označené symbolom „x“;
písm. c) nevzťahuje na nezvratiteľné vedľajšie účinky chemoterapie a rádioterapie v rámci zdravotnej starostlivosti súvisiacej s onkologickou liečbou.
3. Postup pri zlúčení hospitalizačných prípadov je nasledovný:
 - a) Pri zlučovaní podľa pravidiel uvedených v predchádzajúcom bode je potrebné vykonať nové zaradenie každého hospitalizačného prípadu do DRG skupiny. Zdravotnícke zariadenie je povinné zlúčiť do jedného hospitalizačného prípadu všetky predchádzajúce hospitalizácie pacienta v tom istom zdravotníckom zariadení a vykonať nové zaradenie do DRG skupiny.
 - b) Pri posudzovaní zlučovania sa uplatňuje chronologické overenie hospitalizácií. Ošetrovacia doba sa stanoví ako súčet ošetrovacích dní všetkých zlučovaných hospitalizácií poistenca u poskytovateľa.
 - c) Horná hranica ošetrovacej doby, ktorá je rozhodujúca pre zlúčenie hospitalizačných prípadov, sa odvíja od dátumu prijatia a zaradenia do DRG skupiny prvej hospitalizácie, pre ktorú je v tomto zariadení pravidlo zlučovania hospitalizačných prípadov účinné.
 - d) Ak už poskytovateľ predtým jednu zo zlučovaných hospitalizácií vykázal na úhradu do zdravotnej poisťovne, je poskytovateľ povinný toto vykázanie stornovať.
4. Táto časť prílohy sa uplatní najskôr na tie hospitalizačné prípady, pri ktorých došlo k prijatiu poistenca do ústavnej zdravotnej starostlivosti u poskytovateľa po 1.1.2018 (vrátane), a ak inak neustanoví všeobecne záväzný právny predpis alebo predpis vydaný orgánom verejnej moci (napr. Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou) na základe všeobecne záväzného právneho predpisu.

IV. Spoločné a prechodné ustanovenia

1. Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou najneskôr do 30. septembra kalendárneho roka zverejní na svojom webovom sídle na nasledujúci kalendárny rok:
 - a) definíčnú príručku, ktorá obsahuje detailný popis systému DRG s uvedením grafického znázornenia všetkých zaraďovacích algoritmov a k nim prislúchajúcich logických výrazov a tabuliek,
 - b) katalóg prípadových paušálov, ktorý obsahuje zoznam jednotlivých diagnosticko-terapeutických skupín, relatívne váhy a ďalšie údaje potrebné k úhrade relevantnej zdravotnej starostlivosti podľa systému DRG, najmä popis diagnosticko-terapeutickej skupiny, strednú hodnotu ošetrovacej doby, dolnú a hornú hranicu ošetrovacej doby, zníženie relatívnej váhy pri ošetrovacej dobe kratšej ako dolná hranica a zvýšenie relatívnej váhy pri ošetrovacej dobe dlhšej ako horná hranica,

c) zoznam základných sadziieb.
(ďalej aj ako „DRG dokumenty“)

2. Podľa DRG dokumentov, ktoré Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou ako posledné zverejní k 30. septembru na svojom webovom sídle na nasledujúci kalendárny rok, zmluvné strany postupujú pri úhrade zdravotnej starostlivosti podľa systému DRG počas celého nasledujúceho kalendárneho roka. Pre vylúčenie akýchkoľvek pochybností sa zmluvné strany dohodli, že podmienka zverejnenia do 30. septembra kalendárneho roka sa nepoužije na DRG dokumenty, ktoré majú byť použité pre kalendárny rok 2017. Na hospitalizačný prípad sa aplikujú DRG dokumenty vzťahujúce sa na kalendárny rok, v ktorom došlo k prijatiu poistenca do ústavnej zdravotnej starostlivosti, resp. k prijatiu do ústavnej starostlivosti pri prvom zo zlučovateľných hospitalizačných prípadov.
3. Ak Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou najneskôr do 30. septembra kalendárneho roka pre nasledujúci kalendárny rok nevydá dokumenty podľa písm. a) až c) bodu 1 tejto časti prílohy alebo niektorý z týchto dokumentov, resp. na základe zmeny zákona stratí túto právomoc bez toho aby ju na základe zákona nadobudol iný orgán verejnej moci, vydá tieto dokumenty pre účel uvedený v bode 1 tejto časti prílohy zdravotná poisťovňa a zverejní ich na svojom webovom sídle.
4. Účinnosť tejto prílohy sa pozastavuje na obdobie, počas ktorého nie je platné osvedčenie o zhode počítačového programu zdravotnej poisťovne používaného na zaraďovanie hospitalizačných prípadov do diagnosticko-terapeutických skupín, najskôr však sa za splnenia tejto podmienky účinnosť tejto prílohy pozastavuje od 1.7.2017. Osvedčením o zhode počítačového programu sa rozumie podľa zákona č. 581/2004 Z. z. vydané osvedčenie zhody počítačového programu s definičnou príručkou.