

Zmluva č. 62NFAS000818

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

(ďalej len „zmluva“)

Čl. 1

Zmluvné strany

1.1. Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.

sídlo: Panónska cesta 2, 851 04 Bratislava – mestská časť Petržalka
zastúpená: Mgr. Miroslav Kočan, predseda predstavenstva
Ing. Milan Horváth, podpredseda predstavenstva
doc. JUDr. Mgr. Michal Ďuriš, PhD., člen predstavenstva
PaedDr. Tibor Papp, člen predstavenstva
IČO: 35 937 874
IČ DPH: SK2022027040
banka: Štátna pokladnica
číslo účtu: SK76 8180 0000 0070 0018 2387
zápis: Obchodný register Okresného súdu Bratislava I, odd.: Sa, vložka č. 3602/B

(ďalej len „poisťovňa“)

1.2. Fakultná nemocnica Trnava

sídlo: Andreja Žarnova 11, 917 75 Trnava
zastúpená: MUDr. Daniel Žitňan, MPH, generálny riaditeľ
Ing. Gabriela Demčáková, ekonomická riaditeľka
MUDr. Mária Jarošová, MPH, medicínska riaditeľka
IČO: 00 610 381
banka: Štátna pokladnica
číslo účtu: SK54 8180 0000 0070 0028 1238
SK41 8180 0000 0070 0040 5923 - verejná lekáreň
identifikátor poskytovateľa: P20979

(ďalej len „poskytovateľ“)

uzatvárajú túto zmluvu

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

Rady (ES) č. 987/2009, ktorým sa stanovuje postup vykonávania nariadenia (ES) č. 883/2004 o koordinácii systémov sociálneho zabezpečenia, nariadeniami vlády, vyhláškami a ostatnými vykonávacími a súvisiacimi predpismi, ktoré sú vydávané na základe všeobecne záväzných právnych predpisov SR a ktoré sa vzťahujú na poskytovanie zdravotnej starostlivosti vždy v platnom znení, opatrením Ministerstva zdravotníctva SR č. 07045/2003, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva v platnom znení, výnosom Ministerstva zdravotníctva SR o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení v platnom znení, odbornými usmerneniami, smernicami, metodikami, koncepciami a inými obdobnými predpismi, ktoré na základe všeobecne záväzných právnych predpisov SR v medziach svojich právomocí vydáva Ministerstvo zdravotníctva SR, Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou a/alebo iné ústredné orgány štátnej správy, ktoré sa obvykle zverejňujú vo vestníkoch a ktoré sa vzťahujú na poskytovanie zdravotnej starostlivosti, vždy v platnom znení.

Čl. 2 Predmet zmluvy

- 2.1. Predmetom tejto zmluvy je zabezpečovanie poskytovania a úhrada zdravotnej starostlivosti, lekárenskej starostlivosti a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti (ďalej len „zdravotná starostlivosť“), v cenách, rozsahu a za podmienok stanovených v tejto zmluve, jej prílohách a Všeobecných zmluvných podmienkach, ktoré sú zverejnené na webovom sídle poisťovne www.vszp.sk pod názvom „Všeobecné zmluvné podmienky účinné od 1.10.2016“ (ďalej aj len „VZP“) a tvoria Prílohu č. 6 tejto zmluvy. Odchylné dojednania zmluvy majú prednosť pred znením VZP.
- 2.2. Poskytovateľ na základe platného rozhodnutia č. TA/00655/2017/OZaHF-75 vydaného Trnavským samosprávnym krajom poskytuje poistencom poisťovne, poistencom členských štátov Európskej únie, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu a Švajčiarska, cudzincom zo štátov, s ktorými má Slovenská republika uzatvorené dohody o poskytnutí zdravotnej starostlivosti a bezdomovcom, zdravotnú starostlivosť vo forme, druhu, špecializačnom odbore a na mieste prevádzkovania zdravotníckeho zariadenia uvedených v Prílohe č. 2 tejto zmluvy.

Čl. 3 Základné práva a povinnosti zmluvných strán

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

Čl. 4 Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti

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

Čl. 5

Rozsah zdravotnej starostlivosti

- 5.1. Zmluvné strany sa dohodli na rozsahu zdravotnej starostlivosti poskytovanej poskytovateľom, ktorý je uvedený v Prílohe č. 2 tejto zmluvy.
- 5.2. Rozsah zdravotnej starostlivosti poskytovanej poskytovateľom sa dohoduje v členení a štruktúre uvedenej v Prílohe č. 2 tejto zmluvy.

Čl. 6

Úhrada zdravotnej starostlivosti – prospektívny rozpočet

- 6.1. S cieľom stabilizácie vynakladania finančných prostriedkov zo zdrojov verejného zdravotného poistenia na úhradu zdravotnej starostlivosti sa zmluvné strany vo vzťahu k poskytnutej a vykázanej zdravotnej starostlivosti špecifikovanej v Prílohe č. 5 tejto zmluvy, bod I. Štruktúra prospektívneho rozpočtu, dohodli na úhrade poskytnutej a vykázanej zdravotnej starostlivosti aj prostredníctvom prospektívneho rozpočtu (ďalej len „prospektívny rozpočet“).
- 6.2. Zdravotná starostlivosť, ktorá nie je zahrnutá do úhrady zdravotnej starostlivosti prostredníctvom prospektívneho rozpočtu je uhrádzaná spôsobom v zmysle Prílohy č. 1 a Prílohy č. 2 tejto zmluvy.
- 6.3. Výška prospektívneho rozpočtu sa stanovuje na jeden kalendárny mesiac s platnosťou viazanou na obdobie účinnosti Prílohy č. 5 tejto zmluvy. Stanovenie prospektívneho rozpočtu je viazané na tolerančné pásma vyhodnocovania prospektívneho rozpočtu a naplnenie/nenaplnenie ukazovateľov podľa Prílohy č. 5 tejto zmluvy, pričom poisťovňa po ukončení každého kalendárneho štvrťroka na základe vyhodnotenia plnenia prospektívneho rozpočtu za dva bezprostredne predchádzajúce kalendárne štvrťroky vykoná jeho prehodnotenie.
- 6.4. Výška prospektívneho rozpočtu na jeden kalendárny mesiac je uvedená v Prílohe č. 5 tejto zmluvy, pričom táto predstavuje súčet rozpočtov pre jednotlivé skupiny typov zdravotnej starostlivosti, t.j. pre:
 - 6.4.1. Ambulantnú zdravotnú starostlivosť,
 - 6.4.2. Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky,
 - 6.4.3. Ústavnú zdravotnú starostlivosť.Pre vylúčenie akýchkoľvek pochybností platí, že záväznou je len výška prospektívneho rozpočtu stanovená na jeden kalendárny mesiac. Stanovenie rozpočtov pre jednotlivé skupiny typov zdravotnej starostlivosti slúži výlučne na účely monitorovania, vyhodnocovania a stanovenia prospektívneho rozpočtu na ďalšie obdobie.
- 6.5. V prípade, že v danom kalendárnom mesiaci poskytovateľ poskytne poistencom poisťovne riadne vykazanú a uznanú zdravotnú starostlivosť v takom rozsahu, že celková suma úhrady pri uplatnení jednotlivých výšok úhrad uvedených v príslušných prílohách zmluvy týkajúcich sa prospektívneho rozpočtu by bola nižšia ako je výška prospektívneho rozpočtu na jeden kalendárny mesiac, poisťovňa uhradí poskytovateľovi výšku prospektívneho rozpočtu na jeden kalendárny mesiac v plnom rozsahu.
- 6.6. V prípade, že v danom kalendárnom mesiaci poskytovateľ poskytne poistencom poisťovne riadne vykazanú a uznanú zdravotnú starostlivosť v takom rozsahu, že celková suma úhrady pri uplatnení jednotlivých výšok úhrad uvedených v príslušných prílohách zmluvy týkajúcich sa prospektívneho rozpočtu by bola vyššia ako je výška prospektívneho rozpočtu na jeden kalendárny mesiac, poisťovňa uhradí poskytovateľovi len výšku prospektívneho rozpočtu na jeden kalendárny mesiac.

- 6.7. Spôsob vyhodnocovania plnenia prospektívneho rozpočtu s ohľadom na jeho prehodnotenie ako aj spôsob monitorovania prospektívneho rozpočtu s ohľadom na naplnenie/nenaplnenie ukazovateľov je uvedený v Prílohe č. 5 tejto zmluvy.
- 6.8. Poskytovateľ sa pre udržanie výšky prospektívneho rozpočtu na jeden kalendárny mesiac zaväzuje dodržiavať a splňať tolerančné pásma vyhodnocovania prospektívneho rozpočtu a príslušné ukazovatele uvedené v Prílohe č. 5 tejto zmluvy, bod III. Vyhodnocovanie prospektívneho rozpočtu a bod IV. Monitorovanie prospektívneho rozpočtu.
- 6.9. Zmluvné strany sa dohodli v lehote do 10 pracovných dní odo dňa doručenia písomnej požiadavky ktorejkoľvek zmluvnej strany pristúpiť k rokovaniu o uzatvorení dodatku k tejto zmluve, ktorým sa upraví výška prospektívneho rozpočtu na jeden kalendárny mesiac, ak:
- 6.9.1. nastane niektorý z dôvodov podľa Prílohy č. 5 tejto zmluvy zakladajúci potrebu zmeny výšky prospektívneho rozpočtu na jeden kalendárny mesiac,
 - 6.9.2. poskytovateľ plánuje pristúpiť k zmene alebo dôjde k zmene rozsahu alebo druhu zdravotnej starostlivosti podľa Prílohy č. 2 tejto zmluvy, ktorú poskytovateľ poskytuje,
 - 6.9.3. tak bude vyžadovať neskôr prijatá legislatívna úprava,
 - 6.9.4. poisťovňa zistí nedostatky v účelnosti, efektívnosti a hospodárnosti vynakladania prostriedkov verejného zdravotného poistenia, rozsahu a kvalite poskytovanej zdravotnej starostlivosti, dodržiavaní všeobecne záväzných právnych predpisov SR a zmluvných podmienok v dôsledku konania poskytovateľa.
- V prípade, že rokovanie o zmene zmluvných podmienok nebude skončené najneskôr v posledný deň kalendárneho štvrťroka, v ktorom rokovanie začalo, resp. začať malo, a to uzatvorením dodatku k tejto zmluve, prvým dňom nasledujúceho kalendárneho štvrťroka začína plynúť postrokovacie obdobie. Postrokovacie obdobie plynie až do skončenia účinnosti Prílohy č. 5 tejto zmluvy alebo do času uzatvorenia dodatku k tejto zmluve. Zmluvné strany sa dohodli, že počas plynutia postrokovacieho konania platia/platí vo vzťahu k zdravotnej starostlivosti uhrádzanej:
- 6.9.5. mimo prospektívneho rozpočtu ceny a rozsah výkonov zdravotnej starostlivosti naposledy dohodnuté zmluvnými stranami,
 - 6.9.6. prostredníctvom prospektívneho rozpočtu naposledy dohodnutá výška prospektívneho rozpočtu na jeden kalendárny mesiac na úrovni:
 - 6.9.6.1. 80 % jeho výšky, ak budú dané dôvody na jeho zníženie,
 - 6.9.6.2. 100 % jeho výšky, ak budú dané dôvody na jeho zvýšenie, resp. nebudú dané dôvody na jeho zmenu.
- 6.10. V prípade vzniku dôvodov na zmenu výšky prospektívneho rozpočtu na jeden kalendárny mesiac v zmysle bodu 6.9. sa zmluvné strany zaväzujú uzatvoriť dodatok k tejto zmluve, pričom upravená výška prospektívneho rozpočtu na jeden kalendárny mesiac sa uplatní od začiatku najbližšieho kalendárneho štvrťroka.

Čl. 7

Osobitné ustanovenia

- 7.1. Zmluvné strany sú povinné zachovávať mlčanlivosť o skutočnostiach týkajúcich sa poskytovania zdravotnej starostlivosti na základe tejto zmluvy, okrem zákonom stanovenej oznamovacej povinnosti. Táto povinnosť trvá aj po ukončení účinnosti zmluvy.
- 7.2. Zmluvné strany sú povinné navzájom sa písomne informovať o každej zmene súvisiacej so zmluvným vzťahom do 7 kalendárnych dní odo dňa, kedy nastala zmena súvisiaca so zmluvným vzťahom a zmenu doložiť príslušnými dokladmi. Nárok na náhradu škody, ktorá vznikla neplnením uvedenej povinnosti druhej zmluvnej strane týmto nie je dotknutý.
- 7.3. Poisťovňa vykoná doúčtovanie výkonov zdravotnej starostlivosti uhrádzanej mimo prospektívny rozpočet za kalendárny štvrťrok do výšky súčtu mesačných zmluvných rozsahov samostatne podľa jednotlivých typov zdravotnej starostlivosti spolu so zúčtovaním

poskytnutej zdravotnej starostlivosti za posledný mesiac príslušného štvrťroka. Poistovňa vykoná doúčtovanie výkonov zdravotnej starostlivosti uhrádzanej mimo prospektívny rozpočet za celý kalendárny rok do výšky súčtu mesačných zmluvných rozsahov samostatne podľa jednotlivých typov zdravotnej starostlivosti do 31.03. nasledujúceho kalendárneho roka.

- 7.4. Zmluvné strany berú na vedomie, že postúpenie pohľadávok podľa § 524 a nasl. zákona č. 40/1964 Zb. Občianskeho zákonníka v znení neskorších predpisov (ďalej len „OZ“) je bez predchádzajúceho súhlasu druhej zmluvy strany, ktorá je dlžníkom, zakázané. Právny úkon, ktorým budú postúpené pohľadávky druhej zmluvnej strany v rozpore s predchádzajúcou vetou je podľa § 39 OZ neplatné. Súhlas zmluvnej strany, ktorá je dlžníkom, k postúpeniu pohľadávky je zároveň platný len za podmienky, že na takýto úkon bol udelený predchádzajúci písomný súhlas Ministerstva zdravotníctva SR.
- 7.5. Zmluvné strany sa zaviazali riešiť rozpory, ktoré sa týkajú plnenia záväzkov a povinností vyplývajúcich z tejto zmluvy prednostne dohodou. Výzva na riešenie rozporov musí byť písomná a doručená druhej zmluvnej strane. Pokiaľ nedôjde k vzájomnej dohode, môže sa ktorákoľvek zo zmluvných strán domáhať svojich práv súdnou cestou.
- 7.6. Poskytovateľ sa zaväzuje zabezpečiť poskytovanie zdravotnej starostlivosti definovanej v čl. 2 zmluvy v plnom rozsahu a bez obmedzenia.
- 7.7. Poskytovateľ v zmysle § 30 ods. 1 zákona č. 540/2001 Z. z. o štátnej štatistike v znení neskorších predpisov súhlasí, aby boli poisťovní poskytované dôverné informácie zo strany Národného centra zdravotníckych informácií (ďalej len „NCZI“), a to v rozsahu a štruktúre, ako ich poskytovateľ predložil NCZI. Uvedené informácie budú zo strany poisťovne využité v súlade s § 15 ods. 1 písm. e) zákona č. 581/2004 Z. z. pri uzatváraní zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti tak, aby boli účelne, efektívne a hospodárne vynakladané finančné prostriedky z verejného zdravotného poistenia.
- 7.8. Zmluvné strany sa dohodli, že špecializovaná ambulantná zdravotná starostlivosť (ďalej len „ŠAS“) môže byť zazmluvnená, len ak budú splnené podmienky uvedené v bode 7.9.
- 7.9. Poskytovateľ sa zaväzuje, že
 - 7.9.1. ambulancia ŠAS spĺňa materiálno-technické vybavenie a personálne zabezpečenie podľa všeobecne záväzných právnych predpisov,
 - 7.9.2. ambulancia ŠAS je verejne dostupná,
 - 7.9.3. ambulancia ŠAS poskytuje zdravotnú starostlivosť minimálne v čase zverejnených ordinačných hodín a minimálne 20 ordinačných hodín týždenne,
 - 7.9.4. poskytnutá zdravotná starostlivosť sa vykazuje na platný kód ambulancie ŠAS a kód lekára, ktorý zdravotnú starostlivosť poskytol,
 - 7.9.5. týždenný počet ordinačných hodín pripadajúcich na jedného lekára poskytujúceho zdravotnú starostlivosť na ambulancii ŠAS je minimálne 4 hodiny,
 - 7.9.6. na jeden kód ambulancie ŠAS poskytuje zdravotnú starostlivosť najviac 5 lekárov,
 - 7.9.7. súčet všetkých pracovných úväzkov lekára poskytujúceho zdravotnú starostlivosť na kód ambulancie ŠAS a súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti je maximálne vo výške 1,2 lekárskeho miesta,
 - 7.9.8. lekár poskytujúci zdravotnú starostlivosť na kód ambulancie ŠAS môže predpisovať lieky a zdravotnícke pomôcky len pacientom, ktorým bola poskytnutá zdravotná starostlivosť na tejto ambulancii ŠAS,
 - 7.9.9. pri odbornostiach ŠAS, ktoré sú špecifické (odbornosti pri ochoreniach s nízkym výskytom alebo vysokošpecializované odbory) sa bude splnenie podmienok podľa bodu 7.9.3, 7.9.5. a 7.9.6. posudzovať samostatne, pričom môžu byť zazmluvnené aj keď nebudú spĺňať podmienky.
- 7.10. Zmluvné strany sa dohodli na odchylných podmienkach od VZP nasledovne:

- 7.10.1. Čl. 5 bod 1. VZP sa neuplatňuje.
Zmluvné strany sa dohodli, že poskytovateľ je oprávnený vykázat poskytnutú zdravotnú starostlivosť a fakturovať ju najskôr po uplynutí príslušného zúčtovacieho obdobia. Poskytovateľ doručí poisťovni vždy len jednu faktúru s prílohami najneskôr do 10 dní po uplynutí zúčtovacieho obdobia, v ktorej uvedená celková fakturovaná suma bude predstavovať súčet úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť uhrádzanú prospektívnym rozpočtom ako aj úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť uhrádzanú podľa Prílohy č. 1 a 2 tejto Zmluvy. Celková fakturovaná suma musí byť zaokrúhlená na dve desatinné miesta nahor. V prípade doručenia faktúry pred uplynutím príslušného zúčtovacieho obdobia sa za deň doručenia faktúry považuje prvý kalendárny deň nasledujúceho mesiaca.
- 7.10.2. Čl. 6 bod 10. VZP sa neuplatňuje.
- 7.10.2.1. Zmluvné strany sa dohodli, že ak je vykonanou kontrolnou činnosťou podľa Čl. 6 VZP zistená nesprávne alebo nepravdivo vykázaná zdravotná starostlivosť, ktorá nie je hrazená prostredníctvom prospektívneho rozpočtu a ktorá bola poisťovňou uhradená, poskytovateľ je povinný vrátiť takto uhradenú sumu poisťovni.
- 7.10.2.2. Ak je vykonanou kontrolnou činnosťou podľa Čl. 6 VZP zistená nesprávne alebo nepravdivo vykázaná zdravotná starostlivosť, ktorá je hrazená prostredníctvom prospektívneho rozpočtu, bola poisťovňou uhradená a kontrolná činnosť poisťovne bola ukončená protokolom o kontrole v zmysle Čl. 6 VZP, suma nesprávne alebo nepravdivo vykázananej zdravotnej starostlivosti uvedená v takomto protokole o kontrole predstavuje pohľadávku poisťovne, ktorú je poskytovateľ povinný poisťovni bezodkladne vrátiť. Poisťovňa je oprávnená pohľadávku podľa tohto bodu započítať voči pohľadávke poskytovateľa podľa bodu 6.5. a/alebo 6.6. zmluvy.
- 7.10.2.3. Ustanovenia Čl. 7 VZP nie sú bodmi 7.10.2.1. a 7.10.2.2. dotknuté.
- 7.11. Zmluvné strany sa dohodli, že kontrolná činnosť poisťovne realizovaná po nadobudnutí účinnosti úhrady zdravotnej starostlivosti prostredníctvom prospektívneho rozpočtu, za obdobie do nadobudnutia účinnosti tejto zmluvy, bude realizovaná spôsobom uvedeným vo VZP; bod 7.10. tejto zmluvy sa nebude uplatňovať.

Čl. 8

Záverečné ustanovenia

- 8.1. Zmluva sa uzatvára na dobu určitú do 31.03.2019.
- 8.2. Prílohy k tejto zmluve sa uzatvárajú na dobu určitú do 31.12.2018. Zmluvné strany sa dohodli, že ak pred dňom uplynutia účinnosti Príloh k tejto zmluve nedôjde medzi zmluvnými stranami k dohode o ich úprave na ďalšie obdobie, prvým kalendárnym dňom nasledujúcim po dni uplynutia účinnosti Príloh k tejto zmluve začína medzi zmluvnými stranami prebiehať trojmesačné dohodovacie konanie, ktoré sa skončí najneskôr v deň podľa bodu 8.1.
- 8.3. Zmluvné strany sa dohodli, že počas plynutia lehoty dohodovacieho konania platia/platí vo vzťahu k zdravotnej starostlivosti uhrádzanej:
- 8.3.1. mimo prospektívneho rozpočtu ceny a rozsah výkonov zdravotnej starostlivosti naposledy dohodnuté zmluvnými stranami,
- 8.3.2. prostredníctvom prospektívneho rozpočtu naposledy dohodnutá výška prospektívneho rozpočtu na jeden kalendárny mesiac na úrovni:
- 8.3.2.1. 80 % jeho výšky, ak budú dané dôvody na jeho zníženie,
- 8.3.2.2. 100 % jeho výšky, ak budú dané dôvody na jeho zvýšenie, resp. nebudú dané dôvody na jeho zmenu.
- 8.4. Zmluvu je možné ukončiť vzájomnou písomnou dohodou obidvoch zmluvných strán ku dňu, na ktorom sa vzájomne dohodnú.

- 8.5. Každá zmluvná strana je oprávnená vypovedať zmluvu iba z dôvodov uvedených v zákone č. 581/2004 Z. z. Výpovedná lehota je dvojmesačná a začína plynúť prvým dňom mesiaca nasledujúceho po mesiaci, v ktorom bola výpoveď doručená.
- 8.6. K okamžitému skončeniu zmluvného vzťahu dôjde v prípadoch zrušenia povolenia poisťovne na vykonávanie verejného zdravotného poistenia, zrušenia povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia alebo zánikom platnosti povolenia poskytovateľa.
- 8.7. Poisťovňa je oprávnená od tejto zmluvy písomne odstúpiť:
- 8.7.1. ak bol poskytovateľovi uložený jeden, alebo viacero trestov uvedených v § 10 zákona č. 91/2016 Z. z. o trestnej zodpovednosti právnických osôb a o zmene a doplnení niektorých zákonov v platnom znení; účinky odstúpenia nastanú dňom doručenia písomnosti druhej zmluvnej strane, alebo k inému termínu, ktorý poisťovňa v odstúpení uvedie; v prípade, ak odstúpenie nie je možné poskytovateľovi doručiť, považuje sa odstúpenie podľa tohto bodu za doručené 3. dňom uloženia zásielky na pošte;
- 8.7.2. v prípadoch podľa § 344 a nasl. Obchodného zákonníka.
- 8.8. Akékoľvek zmeny a doplnky k tejto zmluve a VZP možno vykonať iba po vzájomnej dohode zmluvných strán, a to formou písomných číslovaných dodatkov.
- 8.9. Neoddeliteľnou súčasťou tejto zmluvy sú:

Príloha č. 1	Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti
Príloha č. 2	Rozsah zdravotnej starostlivosti
Príloha č. 3	Kritériá na uzatváranie zmlúv
Príloha č. 4	Nakladanie s liekmi, zdravotníckymi pomôckami a špeciálnym zdravotníckym materiálom obstarávanými poisťovňou
Príloha č. 5	Prospektívny rozpočet
Príloha č. 6	Všeobecné zmluvné podmienky účinné od 1.10.2016

- 8.10. Táto zmluva je vyhotovená v dvoch rovnopisoch, z ktorých každý sa považuje za originál. Každá zo zmluvných strán obdrží po podpise zmluvy jeden jej rovnopis.
- 8.11. Vzťahy neupravené touto zmluvou sa riadia všeobecne záväznými právnymi predpismi SR.
- 8.12. Zmluvné strany vyhlasujú, že si zmluvu a VZP prečítali a ich obsahu porozumeli. Zmluvné strany uzatvárajú zmluvu slobodne, vážne, bez nátlaku a na znak súhlasu s jej obsahom ju podpisujú.
- 8.13. V prípade, že je alebo ak sa stane niektoré ustanovenie tejto zmluvy neplatné, zostávajú ostatné ustanovenia tejto zmluvy platné a účinné. Namiesto neplatného ustanovenia sa použijú ustanovenia všeobecne záväzných právnych predpisov SR upravujúce otázku vzájomného vzťahu zmluvných strán. Zmluvné strany sa následne zaväzujú upraviť svoj zmluvný vzťah prijatím nového ustanovenia, ktoré svojím obsahom a povahou najlepšie zodpovedá zámeru neplatného ustanovenia.
- 8.14. Osobitné protikorupčné ustanovenia:
- 8.14.1. Zmluvné strany sa nesmú dopustiť, nesmú schváliť, ani povoliť žiadne konanie v súvislosti s dojednávaním, uzatváraním alebo plnením tejto zmluvy, ktoré by spôsobilo, že by zmluvné strany alebo osoby ovládané zmluvnými stranami porušili akékoľvek platné protikorupčné všeobecne záväzné právne predpisy. Táto povinnosť sa vzťahuje najmä na neoprávnené plnenia, vrátane urýchľovacích platieb (*facilitation payments*) verejným činiteľom, zástupcom alebo zamestnancom orgánov verejnej správy alebo blízkym osobám verejných činiteľov, zástupcov alebo zamestnancov orgánov verejnej správy.

- 8.14.2. Každá zmluvná strana sa zaväzuje, že neponúkne, neposkytne, ani sa nezaviaže poskytnúť žiadnemu zamestnancovi, zástupcovi alebo tretej strane konajúcej v mene druhej zmluvnej strany, a rovnako neprijme, ani sa nezaviaže prijať od žiadneho zamestnanca, zástupcu alebo tretej strany konajúcej v mene druhej zmluvnej strany žiadny neprimeraný dar, ani inú výhodu, či už peňažnú alebo inú, v súvislosti s dojednávaním, uzatváraním alebo plnením tejto zmluvy.
- 8.14.3. Každá zmluvná strana sa zaväzuje bezodkladne informovať druhú zmluvnú stranu, pokiaľ si bude vedomá alebo bude mať konkrétne podozrenie na korupciu pri dojednávaní, uzatváraní alebo pri plnení tejto zmluvy.
- 8.14.4. V prípade, že akýkoľvek neprimeraný dar alebo výhoda v súvislosti s dojednávaním, uzatváraním alebo plnením tejto zmluvy je preukázateľne poskytnutý ktorejkoľvek zmluvnej strane alebo zástupcovi ktorejkoľvek zmluvnej strany v rozpore s týmto článkom zmluvy, môže zmluvná strana od tejto zmluvy odstúpiť.
- 8.15. Táto zmluva vzniká dňom jej podpisu obidvoma zmluvnými stranami a účinnosť nadobúda dňom 01.01.2018 jej zverejnením v zmysle § 47a zákona č. 40/1964 Zb. Občiansky zákonník v znení neskorších predpisov.
- 8.16. Zmluvné strany sa dohodli, že dňom nadobudnutia účinnosti tejto zmluvy v celom rozsahu zaniká Zmluva č. 62NFAS000211 v znení jej neskorších dodatkov, ktorá bola uzatvorená medzi zmluvnými stranami.

V Bratislave, dňa

Za poisťovňu:

.....
MUDr. Daniel Žitňan, MPH
generálny riaditeľ
Fakultná nemocnica Trnava

.....
Mgr. Miroslav Kočan
predseda predstavenstva
Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.

.....
Ing. Gabriela Demčáková
ekonomická riaditeľka
Fakultná nemocnica Trnava

.....
Ing. Milan Horvath
podpredseda predstavenstva
Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.

.....
MUDr. Mária Jarošová, MPH
medicínska riaditeľka
Fakultná nemocnica Trnava

Príloha č. 1
k Zmluve č. 62NFAS000818

Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti
od 01.01.2018 do 31.12.2018

A. Ambulantná zdravotná starostlivosť

Všeobecné ustanovenia

Úhrada za výkony vyjadrená cenou bodu

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

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

Úhrada za výkony vyjadrená cenou za výkon

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

Osobitné ustanovenia

Individuálna pripočítateľná položka

Individuálnou pripočítateľnou položkou (ďalej aj ako „IPP“) sa rozumie úhrada k vybraným výkonom v špecializovanej ambulantnej starostlivosti (ďalej aj ako „ŠAS“), typ ZS 200 a 210, ktorej výška je závislá od koeficientu efektívnosti (ďalej aj ako „KEF“) poskytovateľa v špecializovanej ambulantnej starostlivosti a základu pre výpočet IPP. IPP sa vykazuje ako pripočítateľná položka k vybranému výkonu v riadku, v ktorom sa vykazuje vybraný výkon, a hradí sa spolu s týmto výkonom. V prípade, ak sa v ambulancii poskytne pacientovi v jeden deň viac vybraných výkonov, IPP sa vykazuje iba k jednému z nich v počte jeden.

Koeficient efektívnosti

Koeficient efektívnosti je súčtom váh splnených ukazovateľov vyjadrených v % v špecializačnom odbore poskytovateľa podľa Tabuľky č.1 a Tabuľky č.2. Ukazovatele vypočíta poisťovňa z údajov svojho informačného systému pre každý špecializačný odbor samostatne.

Pre výpočet hodnôt ukazovateľov poisťovňa použije údaje za predchádzajúci kalendárny polrok, bezprostredne predchádzajúci tomu kalendárnemu štvrťroku, v ktorom sa vykonáva výpočet.

Výpočet hodnoty KEF sa vykonáva v štvrťroku, ktorý bezprostredne predchádza tomu kalendárnemu štvrťroku, v ktorom sa vypočítaný KEF uplatní.

Tabuľka č. 1 Ukazovatele pre výpočet KEF pre špecializačný odbor

Všetky špecializačné odbory ŠAS (typ ZS 200 a 210)		
P.č.	Ukazovateľ	Spôsob výpočtu hodnoty ukazovateľa v jednotlivých odbornostiach ŠAS
1.	Náklady na výkony na ošetrovaného poistenca	podiel nákladov na výkony z I. časti Zoznamu výkonov a počtu unikátnych rodných čísel poistencov, ktorým bola poskytnutá zdravotná starostlivosť
2.	Náklady na lieky na ošetrovaného poistenca	podiel nákladov na podané, predpísané a odporúčané lieky, dietetické potraviny, zdravotnícke pomôcky a počtu unikátnych rodných čísel poistencov, ktorým bola poskytnutá zdravotná starostlivosť
3.	Náklady na SVLZ na ošetrovaného poistenca	podiel nákladov na vlastné a indikované výkony SVLZ a počtu unikátnych rodných čísel poistencov, ktorým bola poskytnutá zdravotná starostlivosť

Výpočet ukazovateľov

- a) poisťovňa vypočíta hodnotu ukazovateľa pre každého z poskytovateľov, ktorí poskytujú zdravotnú starostlivosť v rovnakom špecializačnom odbore, pričom počet hodnôt zodpovedá počtu poskytovateľov, a to predstavuje 100 % hodnôt;

- b) poisťovňa takto vypočítané hodnoty zoradí od najnižšej po najvyššiu;
- c) prvých 20% hodnôt a posledných 20% hodnôt z celkového počtu hodnôt sa vylúči z výpočtu a zo zostávajúcich 60% hodnôt poisťovňa vypočíta strednú hodnotu a štandardnú odchýlku ukazovateľa;
- d) prostredníctvom strednej hodnoty a štandardnej odchýlky poisťovňa vypočíta dolnú hranicu, ktorá zodpovedá strednej hodnote zníženej o štandardnú odchýlku a hornú hranicu, ktorá zodpovedá strednej hodnote zvýšenej o štandardnú odchýlku. Dolná a horná hranica definujú tri pásma pre hodnotenie ukazovateľa. Hodnota ukazovateľa poskytovateľa v špecializačnom odbore sa nachádza buď pod dolnou hranicou (v dolnom pásme), medzi dolnou hranicou a hornou hranicou (v strednom pásme), alebo nad hornou hranicou (v hornom pásme);
- e) ak sa hodnota ukazovateľa poskytovateľa v špecializačnom odbore nachádza v pásme, v ktorom je ukazovateľ vyhodnotený ako splnený, je mu priradená percentuálna váha príslušného ukazovateľa. V opačnom prípade je váha ukazovateľa 0%.

Ukazovatele, pásma plnenia a váhy ukazovateľov

Tabuľka č. 2 Ukazovatele, pásma plnenia a váhy ukazovateľov pre špecializačný odbor

Všetky špecializačné odbory ŠAS (typ ZS 200 a 210)					
P.č.	Ukazovateľ	Plnenie ukazovateľa			Váha splneného ukazovateľa v %
		Dolné pásmo	Stredné pásmo	Horné pásmo	
1.	Náklady na výkony na ošetrovaného poistenca	splnený	splnený	nesplnený	30
2.	Náklady na lieky na ošetrovaného poistenca	splnený	splnený	nesplnený	35
3.	Náklady na SVLZ na ošetrovaného poistenca	splnený	splnený	nesplnený	35

Výpočet ceny IPP

Cena IPP sa vypočíta ako súčin základu pre výpočet IPP v špecializovanej ambulantnej starostlivosti a hodnoty KEF poskytovateľa v špecializovanej ambulantnej starostlivosti.

Pre účely nového zmluvného vzťahu, do skončenia toho kalendárneho štvrťroka, v ktorom zmluva nadobudla účinnosť, sa použije pre výpočet IPP hodnota KEF poskytovateľa v špecializačnom odbore uvedená v Tabuľke č. 3.

Pre účely výpočtu IPP poskytovateľa v špecializačnom odbore sa pre obdobie od 01.01.2018 do 31.12.2018 uplatní hodnota KEF uvedená v Tabuľke č. 3.

Tabuľka č. 3 Hodnota KEF v špecializačnom odbore

Špecializačný odbor	Hodnota KEF
Všetky špecializačné odbory ŠAS (typ ZS 200 a 210)	20%

1. Špecializovaná ambulantná starostlivosť

1.1 Špecializovaná ambulantná starostlivosť – vrátane UPS

Cena bodu:

výkony z I. časti Zoznamu výkonov okrem výkonov ambulancie UPS a centrálneho príjmu	0,0219 €
	* 0,022 €
úhrada vybraných výkonov z I. časti Zoznamu výkonov : - výkon č. 60 sa uhrádza vo výške zodpovedajúcej 420 bodom, - výkon č. 62 sa uhrádza vo výške zodpovedajúcej 270 bodom, - výkon č. 63 sa uhrádza vo výške zodpovedajúcej 210 bodom.	0,0219 €
	* 0,022 €
	0,0219 €
- výkon č. 765p - odstránenie jedného polypu pomocou vysokofrekvenčnej elektrickej slučky (elektrických klieští - hot biopsy) – preventívny výkon – uhrádza sa vo výške zodpovedajúcej 946 bodom - výkon sa vykazuje s diagnózou Z12.1	* 0,022 €
výkony z I. časti Zoznamu výkonov – výkony ambulancie UPS a centrálneho príjmu okrem odboru stomatológia	0,023734 €
výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ)	0,007303 €
výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ) vykonávané prístrojovou technikou ULTRAZVUK – USG a FUNKČNÁ DIAGNOSTIKA	0,007635 €

výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ) z časti FYZIATRIA BALNEOTERAPIA A LIEČEBNÁ REHABILITÁCIA s kódmi č.: 509a, 512, 513, 514a, 516, 518, 522, 523a, 530, 531, 532, 533a, 540, 541, 542;	0,012083 €
výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ) z časti OSTEODENZITOMETRIA	0,005311 €
preventívny výkon č. 158, 158A, 158B, 158C, 158D u urológa	0,04 €
	* 0,041 €
výkon 5302 ako súčasť preventívnej prehliadky u urológa	0,007635 €
preventívny výkon č. 763P a 763M u gastroenterológa	0,04 €
	* 0,041 €
výkon 15d v počte bodov 150 v odbornosti chirurgia, traumatológia, ortopédia, pneumológia, ORL a reumatológia - zhodnotenie rtg. dokumentácie, ak nie je vykonané pracoviskom RTG, vrátane popisu v zdravotnej dokumentácii.	0,0219 €
	* 0,022 €

*v prípade, že poskytovateľ zasiela dávky vrátane faktúr za poskytnutú zdravotnú starostlivosť cez ePobočku

Základ pre výpočet IPP k vybraným výkonom

Kód položky	Individuálna pripočítateľná položka	Základ pre výpočet IPP
IPP1	Individuálna pripočítateľná položka k výkonom: č. 60, 62, 63, 60R, 503, 504, 505	1,20 €
IPP2	Individuálna pripočítateľná položka k výkonom: č. 1544A, 1594, 1240, 820, 822, 825	2,90 €
IPP3	Individuálna pripočítateľná položka k výkonom: č. 3286, 3288, 3306, 3335, 3337, 867, 869, 3351, 3364, 841, 842, 845	4,90 €

IPP k vybraným výkonom na obdobie od 01.01.2018 do 31.12.2018

Kód položky	Individuálna pripočítateľná položka	Cena IPP
IPP1	Individuálna pripočítateľná položka k výkonom: č. 60, 62, 63, 60R, 503, 504, 505	0,24 €
IPP2	Individuálna pripočítateľná položka k výkonom: č. 1544A, 1594, 1240, 820, 822, 825	0,58 €
IPP3	Individuálna pripočítateľná položka k výkonom: č. 3286, 3288, 3306, 3335, 3337, 867, 869, 3351, 3364, 841, 842, 845	0,98 €

Cena za výkon:

Kód výkonu	Charakteristika výkonu	Cena za výkon
250x	Odber venóznej krvi za účelom vyšetrenia laboratórnych parametrov. Výkon sa vykazuje samostatne maximálne 1x denne u poistenca na príslušnej ambulancii alebo na mieste určenom na odber krvi. V cene sú zahrnuté všetky náklady spojené s odberom vrátane odoslania krvi do laboratória. Výkon 250x nahrádza výkon pod kódom č. 250a a č. 250b	2,98 €

Preventívna urologická prehliadka – vykazovanie:

Kód výkonu	Názov výkonu	frekvencia výkonov
158	preventívna urologická prehliadka u mužov od 50 roku veku, výkon sa vykazuje v odbornosti 012 s diagnózou Z12.5	raz za tri roky
158A	preventívna urologická prehliadka u mužov od 40. roku veku s výskytom karcinómu prostaty v prvostupňovom príbuzenstve, výkon sa vykazuje v odbornosti 012 s diagnózou Z12.5	raz za tri roky
158B	preventívna urologická prehliadka u mužov nad 40 rokov veku s hodnotami PSA ≤ 1,0 ng/ ml v prípade výskytu karcinómu prostaty v prvostupňovom príbuzenstve, výkon sa vykazuje v odbornosti 012 s diagnózou Z12.5	raz za tri roky
158C	preventívna urologická prehliadka u mužov nad 40 rokov veku s hodnotami PSA 1,1 ng/ ml - 2,5 ng/ ml v prípade výskytu karcinómu prostaty v prvostupňovom príbuzenstve, výkon sa vykazuje v odbornosti 012 s diagnózou Z12.5	raz za dva roky
158D	preventívna urologická prehliadka u mužov nad 40 rokov veku s hodnotami PSA 2,6 ng/ ml - 4,0 ng/ ml v prípade výskytu karcinómu prostaty v prvostupňovom príbuzenstve, výkon sa vykazuje v odbornosti 012 s diagnózou Z12.5	raz za jeden rok

Cena za výkon v type ZS 302:

Kód výkonu	Názov výkonu	Cena v €
H5558	Expektácia pacienta na pracovisku urgentného príjmu	98,00

Pod expektáciou pacienta na pracovisku urgentného príjmu sa rozumie poskytnutie ústavnej zdravotnej starostlivosti, trvajúce minimálne 2 hodiny a menej ako 24 hodín, ktoré je potrebné a bezprostredne súvisí s poskytovaním diagnostických výkonov (laboratórne, zobrazovacie, klinické vyšetrovacie postupy), terapeutických výkonov (infúzna, inhalačná, detoxikačná, parenterálna liečba a pod.), podporných výkonov (polohovanie, aktívny ohrev, symptomatická liečba) u pacientov, kde nie je predpokladaná potreba hospitalizácie nad 24 hodín a je potrebné poskytovať zdravotnú starostlivosť na lôžku. Cena zahŕňa komplexne poskytnutú ZS, vrátane konziliárnych vyšetrení, spotrebovaných liekov (vrátane A liekov) a ZP. Realizované SVLZ výkony sú hradené osobitne SVLZ pracovisku. V prípade nutnosti pokračovania liečby pacienta na nemocničnom lôžku budú hradené pracovisku urgentného príjmu len skutočne realizované výkony podľa platného katalógu výkonov a spotrebované A lieky. Výkon je hradený poskytovateľovi ÚZS, ktorý spĺňa podmienky uvedené v platnom Výnose MZSR o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení pre oddelenia urgentného príjmu.

2. Jednoduchá zdravotná starostlivosť ambulantná (JZS) / Výkony hradené osobitným spôsobom v ústavnej zdravotnej starostlivosti (OHV).

Cena za výkon:

Kód výkonu	Názov výkonu	odbornosť	Cena výkonu JZS / OHV v €	podmienky schvaľovania
1390	operácia sivého zákalu s implantáciou umelej vnútroočnej šošovky	015	450	
1391	sekundárna implantácia intraokulárnej šošovky do prednej očnej komory alebo do sulcus ciliare	015	450	
1392	sekundárna implantácia intraokulárnej šošovky transsklerálnou fixáciou	015	450	
1393	operácia sekundárnej katarakty	015	400	
1393A	operácia sekundárnej katarakty laserom	015	220	
1394	repozícia implantovanej umelej vnútroočnej šošovky	015	400	
1395	primárna implantácia umelej vnútroočnej šošovky zo zdravotných dôvodov (Implantácia fakickej vnútroočnej šošovky zo zdravotných dôvodov)	015	450	
8501A	operácia prietrží bez použitia sieťky	010, 107, 038	440	
8501B	operácia jednoduchých prietrží s použitím sieťky	010, 038	800	
8501C	laparoskopická operácia jednoduchých prietrží	010, 038	700	
8502	transrektálna polypektómia	010, 048	525	
8506	artroskopická operácia subakromiálneho impingement syndrómu	011, 013	600	
8507	operácia poúrazovej paraatikulárnej burzitídy vo všetkých lokalizáciách	011, 013	600	
8508	operačná mobilizácia kontraktúry stuhnutého kľbu	011, 013	600	
8509	operačná dynamizácia vnútrodreňových klincov	011, 013	440	
8510	operačná repozícia jednoduchých zlomenín v celkovej anestéze	011, 013	440	
8511	operačné riešenie pollex saltans	011, 108	440	
8512	operačné riešenie fractúra metacarpi	011, 013	500	
8513	operačné riešenie epicondylitis radialis	011, 013	400	
8514	operačné riešenie epicondylitis ulnaris	011, 013	400	
8516	operačné riešenie fractúra capitis radii	011, 013	500	
8517	operačné riešenie synovitis cubiti	011, 013	420	
8518	operačné riešenie luxatio acromioclavicularis	011, 013	600	
8519	operačné riešenie fractura claviculae	011, 013	600	

8520	operačné riešenie abruptio tuberculi majoris et minoris humeri	011, 013	600	
8521	operačné riešenie decompressio subacromialis	011, 013	600	
8522	operačné riešenie instabilitas glanohumeralis	011, 013	600	
8523	operačné riešenie ruptúry rotátorovej manžety	011, 013	600	
8524	operačné riešenie SLAP - lezia (poškodenie labrum glenoidale)	011, 013	600	
8525	operačné riešenie hallux valgus bez použitia ŠZM	011	600	
8525A	operačné riešenie hallux valgus s použitím ŠZM	011	750	
8527	operačné riešenie digitus hamatus	011	500	
8528	operačné riešenie digitus malleus	011	500	
8529	operačné riešenie digitus supraductus	011	500	
8530	operačné riešenie metatarsus I. varus	011	500	
8531	operačné riešenie morbus Laderhose	011	500	
8532	operačné riešenie neuralgie Morton	011	500	
8533	artroskopické výkony v lakt'ovom zhybe	011, 013	1 100	
8534	artroskopické výkony v ramennom zhybe bez použitia vstrebateľného fixačného materiálu	011, 013, 108	1 200	
8534A	artroskopické výkony v ramennom zhybe s použitím vstrebateľného fixačného materiálu	011, 013	1400	
8535	artroskopické výkony v kolennom zhybe bez použitia vstrebateľného fixačného materiálu	011, 013	1 200	
8535A	artroskopické výkony v kolennom zhybe s použitím vstrebateľného fixačného materiálu	011, 013	1400	
8536	artroskopické výkony v členkovom zhybe	011, 013	1 200	
8537	operačná extrakcia osteosyntetického materiálu a vonkajších fixátorov v anestézii	010, 011, 013, 107, 108,	440	
8538	exstirpácia sakrálneho dermoidu	010	440	
8539	operácia varixov dolných končatín	010, 068	440	
8540	operácia análnych fistúl a/alebo fisúr	010	440	
8542	operácia ruptúry Achilovej šľachy	011, 013	600	
8546	discízia ligamentum carpi transversum s epineurolyzou nervus medianus	011, 038,	400	
8547	exstirpácia a excízia benigných a maligných nádorov kože, podkožia a svaly	010, 011, 038, 107	120	
8548	tenolýza šľachy	108,038, 011, 013,	400	
8549	sutúra šľachy	108,038, 011, 013	500	
8550	voľný šľachový transplantát	108,038, 011,013	440	
8551	transpozícia šľachy	108,011, 013, 038	400	
8552	operácia malých kĺbov ruky - artrolýza	011, 108, 038	400	
8553	operácia malých kĺbov ruky - artrodéza	011, 108, 038	400	
8564	laparoskopická cholecystektómia	010	700	
8565	operácia hemoroidov	010, 068	600	
8566	odstránenie hemoroidov elastickou ligatúrou	010, 068	110	
8567	vytvorenie alebo rekonštrukcia arteriovenózneho fistuly pri chronickej liečbe hemodialýzou	010, 068	600	
8570	transpozícia nervus ulnaris	011	297	
8571	exstirpácia lymfatických uzlín	010, 009	250	

8572	exstirpácia nehmateľného benigného nádoru prsnej žľazy verifikovaného zobrazovacou metódou	009, 010, 017	400	
8573	exstirpácia gangliómu	010, 011	100	
8575	amputácia prsta pre gangrénu	010, 038	250	
8576	laparoskopické výkony diagnostické	010, 009	500	
8577	laparoskopická apendektómia	010	700	
8578	artroskopické výkony v zápästí	011, 013	1 280	
8582	operácia Dupuytrenovej kontraktúry - punkčná fasciektómia	011, 038	420	
8583	operácia Dupuytrenovej kontraktúry - parciálna fasciektómia	011, 038	450	
8584	operácia Dupuytrenovej kontraktúry - totálna fasciektómia	011, 038	500	
8585	discízia ligamentum carpi transversum bez epineurolyzy nervus medianus	011, 038	400	
8586	endoskopické vyšetrenie v celkovej anestézii	010, 048	300	
8587	zrušenie arteriovenózneho fistuly	010, 068	260	
8588	nekrektómie	010, 038	150	
8611	konizácia cervixu	009	440	
8612	excízia vulvy - len ako terapeutický zákrok v CA	009	440	
8613	exstirpácia cyst glandule vestibularis - Bartolinskej žľazy	009	400	
8614	kordocentéza	009	310	
8615	amnioinfúzia	009	310	
8619	resekcia vaginálneho septa	009	350	
8620	hysteroskopia (+ prípadná resekcia uterinného septa)	009	500	
8623	sterilizácia ženy zo zdravotných dôvodov	009	360	Výkon musí byť schválený RL GR pred poskytnutím zdravotnej starostlivosti
8624	laparoscopia s adheziolýzou (rozrušenie zrástov)	009	500	
8625	salpingostómia - laparoskopicky	009	500	
8626	salpingektómia - laparoskopicky	009	500	
8627	ovariálna cystektómia -laparoskopicky	009	500	
8628	oophorektómia - laparoskopicky	009	500	
8629	ablácia endometriotických ložísk - laparoskopicky	009	550	
8630	kolpoperineoplastika (zadná pošvová plastika bez použitia siete)	009	450	
8631	uretrálna suspenzia (s použitím suburetrálnej pásky) na liečbu stresovej inkontinencie alebo pri vezikorenálnom refluxe	009, 012	500	
8631A	uretrálna suspenzia (s použitím suburetrálne plniacej substancie) po zlyhaní predchádzajúcej chirurgickej liečby inkontinencie moču	009, 012	900	
8634	kyretáž vrátane dilatácie	009	383	
8635	amniocentéza - pod USG kontrolou	009	145	
8640	ablácia cervikálneho polypu	009	308	
8641	adnexektómia - laparoskopicky	009	500	
8642	myomektómia - laparoskopicky	009	500	
8643	predná pošvová plastika	009	450	
8648	prerušenie tehotenstva zo zdravotných dôvodov	009	339	
8660A	hysteroskopia v kombinácii s inými výkonmi v odbornosti	009	700	
8662A	laparoscopia v kombinácii s inými výkonmi v odbornosti	009	700	

8700	operácia strabizmu zo zdravotných dôvodov	015, 336	320	
8701	plastické operácie na mihalniciach (ektropium, entropium, blefarochalázia) zo zdravotných dôvodov	015, 038, 336	320	Výkon musí byť schválený RL GR pred poskytnutím zdravotnej starostlivosti, súčasťou žiadosti je aj fotodokumentácia a počítačovo vyhotovený periméter
8702	operácia nystagmu	015	300	
8703	elektroepilácia	015	113	
8704	excimer - laserové operácie rohovky len zo zdravotných indikácií (indiačné kritérium: anizometropia od 3,5 D a v prípade rohovkových lézií)	015	400	
8705	fotodynamická terapia sietnice	015	400	
8707	operácia pterygia - ablácia a plastika	015	260	
8708	operácia nádorov mihalníc	015	300	
8709	operácia nádorov spojovky	015	300	
8710	keratoplastika - vrátane ceny za implantát	015	1 856	
8711	operácie slzných bodov a slzných ciest	015	200	
8712	operácie slzného vaku	015	461	
8713	zavedenie trvalej alebo dočasnej sondy do slzných ciest (operácie slzných ciest)	015	200	
8714	tarzorafia	015	300	
8715	operácia lagoftalmu s implantáciou závažia hornej mihalnice (vrátane závažia)	015, 038, 336	696	
8716	operácia zrastov spojovky (operácia zrastov spojovky s voľným transplantátom)	015	300	
8717	krytie rohovky amniovou membránou	015	400	
8718	CXL - corneal cross linking	015	450	
8719	IAK - incízna astigmatická keratotómia	015	450	
8720	intraštomálna implantácia distančných prstencov-vrátane nákladov za prstence	015	1 515	
8721	transpupilárna termoterapia nádorov sietnice a cievovky	015	350	
8722	explantácia a reimplantácia umelej vnútroočnej šošovky	015	406	
8723	skleroplastika	015	400	
8724	intravitreálna aplikácia liekov	015	150	
8725	operácia odlúpenia sietnice episklerálne	015	600	
8726	pneumoretinopexia	015	350	
8728	pars plana vitrektómia	015	800	
8729	pars plana vitrektómia a lensektómia s implantáciou umelej vnútroočnej šošovky	015	800	
8731	primárne ošetrenie hlbkej rany rohovky alebo sklery alebo mihalníc	015	220	
8732	primárne ošetrenie penetrujúcej rany rohovky alebo sklery bez poranenia šošovky a bez vnútroočného cudzieho telesa	015	370	
8733	primárne ošetrenie penetrujúcej rany rohovky alebo sklery s poranením šošovky a bez vnútroočného cudzieho telesa	015	400	
8734	primárne ošetrenie penetrujúcej rany rohovky alebo sklery bez poranenia šošovky s vnútroočným cudzím telesom	015	370	
8735	primárne ošetrenie penetrujúcej rany rohovky alebo sklery s poranením šošovky s vnútroočným cudzím telesom	015	450	
8750K	operácia sivého zákalu v kombinácii s iným súvisiacim výkonom v odbornosti	015	600	
8800	endoskopická adenotómia	014, 114	470	

8801	tonzilektómia	014, 114	522
8802	tonzilotómia	014, 114	345
8803	uvulopalatoplastika	014	375
8804	plastika oroantrálnej komunikácie	014, 070, 345	355
8805	extrakcia kameňa submandibulárnej žľazy	014	315
8806	exstirpácia sublinguálnej slinnej žľazy	014, 114, 070	335
8807	exstirpácia submandibulárnej slinnej žľazy	014, 070, 114	335
8808	Parciálna exstirpácia malého tumoru priušnej žľazy	014	385
8809	endoskopická chordektómia	014	295
8810	endoskopická laterofixácia	014	345
8813	exstirpácia mediálnej krčnej cysty	014	418
8814	exstirpácia laterálnej krčnej žľazy	014	425
8815	turbinoplastika	014, 114	478
8819	operácia stenózy zvukovodu okrem atrézie	014, 114	365
8820	myringoplastika	014, 114	650
8821	tympanoplastika bez protézy	014, 114	650
8823	stapedoplastika	014	800
8824	sanačná operácia stredného ucha	014	515
8825	adenotómia	014, 114	245
8826	mikrochirurgické výkony na hrtane	014, 114	500
8827	septoplastika - operácia nosovej priehradky (podmienkou je zdravotná indikácia výkonu)	014, 038, 114	380
8829	plastika nosovej chlopne	014	395
8830	funkčná endoskopická sínusová chirurgia (FESS)	014	800
8831	operácia prínosovej dutiny vonkajším prístupom	014	475
8834	frenulotómia	014, 114	198
8835	transpozícia vývodu submandibulárnej slinnej žľazy pri sialolitíaze a stenóze vývodu	014	380
8836	diagnostická mikroendoskopia hrtana	014, 114	305
8837	exstirpácia ohraničeného tumoru alebo lymfatickej uzliny podkoží na krku	014	195
8838	diagnostická excízia z tumoru nosohltana	014, 114	330
8840	korekcia nosového krídla vložení chrupkového transplantátu, auto- alebo alotransplantátu	038, 014	520
8841	endoskopická operácia prínosových dutín	014, 114	700
8842	dakryocystorinostómia	014	490
8843	dekompresia orbity	014	454
8844	rekonštrukcia dna orbity pri blow-out fraktúre	014	468
8846	operácia povrchového tumoru tváre a krku	038, 014	95
8849	funkčná septorinoplastika	014, 114, 038	339
8850	endoskopická adenotómia + tonzilektómia	014	720
8851	endoskopická adenotómia + tonzilotómia	014, 114	646
8852	tonzilektómia + uvulopalatoplastika	014	710
8853	turbinoplastika + dakryocystorinostómia	014	825
8854	turbinoplastika + funkčná endoskopická sínusová chirurgia (FEES)	014	850
8855	turbinoplastika + septoplastika	014	668

8856	turbinoplastika + rekonštrukcia perforácie septa nosa	014	750	
8857	septoplastika + funkčná endoskopická sinusová chirurgia (FEES)	014	900	
8858	operácia stenózy zvukovodu (plastika zvukovodu) + tympanoplastika	014	1 044	
8859	rekonštrukcia perforácie nosového septa	014, 114, 038	430	
8900	orchiektómia pri atrofickom semenníku	012	440	
8901	orchiektómia pre karcinóm prostaty	012	440	
8902	resekcia kondylomat na penise	012	295	
8903	Orchiopexia retinovaného hmatného semenníka (nie pri kryptorchizme)	012, 109	440	
8905	zavedenie a/alebo odstránenie ureterálnej endoprotézy	012	400	
8909	operácia fimózy - cirkumcizia zo zdravotných dôvodov	010, 012, 038, 107, 109	345	
8910	divulzia uretry pri stenóze ženskej uretry	012, 109	255	
8911	plastika verikokély	012, 109	440	
8912	resekcia spermatokély alebo cysty nadsemeníka	012	440	
8914	operácia jednoduchkej hydrokély u mužov	012	440	
8915	frenuloplastika pre frenulum breve penis	012, 107	285	
8916	sterilizácia u muža so zdravotných dôvodov	012	335	Výkon musí byť schválený RL GR pred poskytnutím zdravotnej starostlivosti
8917	resekcia karunkuly uretry	012	250	
8918	exstirpácia kožných nádorov na vonkajších genitáliách	012	176	
8919	sutúra kožnej rany v oblasti vonkajších genitálií	012	135	
8920	optická uretrotómia krátkej striktúry	012	300	
8921	biopsia prostaty	012	248	
8922	biopsia glans penis	012	138	
8926	ureteroskopia	109,012	330	
8927	ureteroskopická litotripsia a extrakcia konkrementu pri jednoduchej ureterolitiáze	012	400	
8928	dilatácia striktúry uretry	109,012	154	
8929	operačná repozícia parařimózy	010, 012, 038, 107, 108	250	
9101	papilosfinkterektómia a odstránenie konkrementov zo žľčových ciest alebo pankreatického vývodu (endoskopická retrográdna cholangiografia)	048	500	
9103	endoskopické zavedenie drenáže žľčových ciest alebo pankreasu	048	500	
9104	endoskopická polypektómia a endoskopická mukózna resekcia v tráviacom trakte	048	500	
9105	endoskopická injekčná sklerotizácia pažerákových varixov	048	450	
9106	aplikácia stentov v tráviacom trakte pod endoskopickou alebo rtg kontrolou	048	450	
9107	endoskopická laserová a argón plazma koagulačná ablácia v tráviacom trakte	048	400	
9108	fotodynamická ablatívna terapia v tráviacom trakte	048	355	
9109	tenkohlová biopsia pod endoskopickou ultrasonografickou kontrolou v tráviacom trakte	048	405	
9202	resekcia alebo iná operácia dolnej nosovej mušle	038, 014	315	
9204	korekcia nosa a nosového septa pri rozštepe podnebia	038, 014	315	
9205	korekcia nosných dierok zo zdravotných dôvodov	038, 014	345	

9205A	korekcia nosových dierok zo zdravotných dôvodov u detí do 18 rokov vrátane	014, 114, 038	430	
9254	operácia venter pendulum zo zdravotných dôvodov	038, 010	255	Výkon musí byť schválený RL GR pred poskytnutím zdravotnej starostlivosti, súčasťou žiadosti je aj fotodokumentácia
9255	operácia diastázy priamych brušných svalov	038, 010	395	
9606	sondáž slzných ciest	015, 336,	180	
9607	injekčná aplikácia kortikoidu do periokulárneho hemangiómu	015, 336	180	
9609	laserová koagulácia sietnice	015, 336	170	
9713	rekonštrukcia nosového krídla	014, 114	449	
8664	rekonštrukčná operácia defektu panvového dna s použitím sietečky	009	450	
8706A	operácia glaukómu filtračná	015, 336	415	
8706B	operácia glaukómu laserom	015, 336	305	
8706C	operácia glaukómu kryom	015, 336	279	
8821A	tympanoplastika s protézou	014, 114	860	
8833	aurikuloplastika zo zdravotných dôvodov	014, 038, 114	252	Zdravotné indikácie: 1. asymetrické deformácie ušnic 2. deformácie ušnic po úraze 3. plastická operácia po onkologickom ochorení ušnice
8847	transmyringická drenáž so zavedením ventilačnej trubičky	014, 114	170	
8924	diagnostická cystoskopia (biopsia močového mechúra)	012, 109	160	
9210	korekcia ptózy hornej mihalnice zo zdravotných dôvodov	015, 038, 336	440	Výkon musí byť schválený RL GR pred poskytnutím zdravotnej starostlivosti, súčasťou žiadosti je aj fotodokumentácia, počítačový periméter, neurologické vyšetrenie a EMG
9300	diagnostická biopsia kože, podkožia a svalov v celkovej anestéze u detí	010, 011, 013, 107	150	
Osobitne hradené výkony (OHV) v odbornosti 048 - gastroenterológia môžu byť vykázané v odbornosti 010 chirurgia len v prípade, ak samotný výkon vykonal lekár s príslušnou odbornosťou 048				
Osobitne hradené výkony (OHV) v odbornosti 011 - ortopédia môžu byť vykázané v odbornosti 013 úrazová chirurgia len v prípade, ak samotný operačný výkon vykonal lekár s príslušnou odbornosťou 011				
Osobitne hradené výkony (OHV) 8582, 8583 a 8584 môžu byť vykázané na odbornosti 010 chirurgia len v prípade, ak samotný operačný výkon vykonal lekár s príslušnou odbornosťou 038				

Jednodňová zdravotná starostlivosť – zdravotná starostlivosť poskytovaná formou ambulantnej starostlivosti osobe, ktorej zdravotný stav vyžaduje pobyt na lôžku kratší ako 24h.

Výkony JZS sa vykazujú ako ambulantné výkony v dátovom rozhraní pre ambulantnú starostlivosť typ ZS 222, v ambulancii s platným kódom JZS. Súčasťou úhrady výkonu JZS je použitie zdravotníckych pomôcok (ďalej len „ŠZM“), ak nie je v zmluve uvedené inak, pričom pri výkonoch JZS, ktorých súčasťou je úhrada ŠZM, poskytovateľ vykáže ako pripočítateľnú položku kód použitého ŠZM podľa kategorizačného zoznamu MZ SR (uvedeného na webovej stránke MZSR) s nulovou cenou.

Osobitne hradené výkony – zdravotná starostlivosť poskytovaná formou ústavnej starostlivosti osobe, ktorej zdravotný stav vyžaduje poskytnutie kontinuálnej zdravotnej starostlivosti na lôžku v trvaní viac ako 24 hodín do 72 hodín vrátane a zároveň sa na poskytnutý výkon vzťahuje aspoň jedna z kontraindikácií v zmysle platnej legislatívy pre jednodňovú zdravotnú starostlivosť.

Výkony OHV sa vykazujú ako pripočítateľná položka v dátovom rozhraní pre ústavnú starostlivosť v zmluvne dohodnutej cene k ukončenej hospitalizácii, ktorá je akceptovaná s nulovou cenou.

Súčasťou výkonov hradených osobitným spôsobom je:

- komplexné vyšetrenie pacienta lekárom, ktorý poskytne osobitne hradený výkon,
- poskytnutie osobitne hradeného výkonu podľa zdravotnej indikácie,
- poskytnutie anestézie počas osobitne hradených výkonov,
- použitie zdravotníckych pomôcok, ak nie je v zmluve uvedené inak,
- následné zabezpečenie potrebnej zdravotnej starostlivosti anestéziológom po anestézii,
- odoslanie odoberatého biologického materiálu na histologické vyšetrenie,
- záznam o výsledku histologického vyšetrenia v zdravotnej dokumentácii,
- manažment pacienta v prípade pozitívneho histologického vyšetrenia,
- zdravotná starostlivosť súvisiaca s osobitným výkonom v pooperačnom období,
- rady a poučenia pacienta pred jeho prepustením do domácej starostlivosti,
- iné náklady súvisiace s poskytnutím osobitných výkonov.

K osobitne hrazeným výkonom sa neuhrádzajú ŠZM nad rámec výkonu, pokiaľ v zmluve nie je uvedené inak, pričom pri výkonoch OHV, ktorých súčasťou je úhrada ŠZM, poskytovateľ vykáže ako pripočítateľnú položku kód použitého ŠZM podľa kategorizačného zoznamu MZ SR (uvedeného na webovej stránke MZSR) s nulovou cenou."

Osobitne hrazené výkony je možné preklasifikovať na úhradu za ukončenú hospitalizáciu, ak u poistenca vznikli komplikácie, ktoré vyžadujú:

- hospitalizáciu dlhšiu ako 72 hodín a zároveň je poskytovaná liečba, ktorá vyžaduje podanie liekov v celkovej sume viac ako 50% z ceny úhrady za osobitne hrazený výkon,
- pobyt na OAIM alebo JIS dlhší ako 24 hodín,
- každé preklasifikovanie osobitného výkonu na hospitalizáciu musí mať podrobné odôvodnenie v zdravotnej dokumentácii a zároveň je predmetom priamej revíznej kontroly.

Kombinované výkony - poskytovateľ môže vykazovať len zmluvne dohodnuté kombinované výkony JZS alebo OHV. Výkony JZS alebo OHV sa spravidla vykazujú samostatne, ak nie je v zmluve uvedené inak.

Ku kódom nižšie uvedených výkonov poisťovňa uhradí poskytovateľovi cenu vo výške skutočných nadobúdacích nákladov ŠZM, maximálne však vo výške úhrady kategorizovaného a nekategorizovaného ŠZM so stanovenou maximálnou tzv. pripočítateľnou položkou (ďalej len „pripočítateľná položka“), ktorá je zverejnená na webovej stránke poisťovne, v súlade s indikačnými kritériami:

- ku kódom výkonov č. 1390, 1391, 1392, 8729 a 8750K v odbore oftalmológia sa hradí ako pripočítateľná položka vnútroočná šošovka,
- pri výkone 1395 sa hradia ako pripočítateľné položky, po predchádzajúcom súhlase revízneho lekára generálneho riaditeľstva VŠZP, vnútroočná šošovka z podskupiny XF2.13 - Umelá vnútroočná šošovka s fixáciou v uhle monofokálna fakická – mäkká prednokomorová,
- ku kódu výkonu č. 8631 v odbore gynekológia a urológia sa hradí ako pripočítateľná položka suburetrálna páska na liečbu stresovej inkontinencie,
- ku kódu výkonu 8501B v odbore chirurgia a plastická chirurgia sa hradí ako pripočítateľná položka kategorizovaný ŠZM - Sieťka antiadhezívna - veľkosť nad 12 cm, z podskupiny XH1.2,
- ku kódu výkonu 8664 v odbore gynekológia sa hradí ako pripočítateľná položka kategorizovaný ŠZM – Implantáty gynekologické z podskupiny XJ1,
- ku kódom výkonov 9245 a 9247 v odbore plastická chirurgia sa hradia ako pripočítateľná položka kategorizovaný ŠZM – Implantáty mamárne z podskupiny XK1.

3. Stacionár

Stacionár je určený na poskytovanie zdravotnej starostlivosti v čase kratšom ako 24 hodín, kde sa vykonáva súbor pracovných činností pri poskytovaní ambulantnej zdravotnej starostlivosti osobám, ktorých zdravotný stav vyžaduje opakované denné poskytovanie ambulantnej zdravotnej starostlivosti vždy v nadväznosti na ústavnú zdravotnú starostlivosť alebo ambulantnú zdravotnú starostlivosť.

Zdravotná starostlivosť v stacionári sa uhrádza cenou za výkon – jeden ošetrovací deň. Cena za výkon zahŕňa všetky náklady súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v stacionári vrátane nákladov na lieky so spôsobom úhrady A, nákladov na zdravotnícke pomôcky s výnimkou psychiatrického stacionára, kde sa lieky so spôsobom úhrady A hradia nad cenu ošetrovacieho dňa.

Cena za výkon – jeden ošetrovací deň v stacionári:

Kód výkonu	Odbornosť	Názov	Cena za výkon v €
8899	003	Denné detské sanatórium	12,82
	104	Denné detské sanatórium	12,82
	004	Neurologický stacionár	15,54
	005	Psychiatrický stacionár	12,22
Poskytovateľ vyказuje výkony v dátovom rozhraní pre ambulantnú zdravotnú starostlivosť v dávke 753a.			

- Maximálna dĺžka denného pobytu v stacionári je v súčte najviac 3 mesiace v priebehu posledných 12 mesiacov. Pobyt v stacionári dlhší ako 3 mesiace je možný len s predchádzajúcim súhlasom poisťovne.
- Indikáciu na poskytovanie zdravotnej starostlivosti určí ošetrojúci lekár ústavnej alebo špecializovanej ambulantnej starostlivosti v Návrhu na poskytovanie zdravotnej starostlivosti v dennom stacionári. Tlačivo Návrhu je uverejnené na internetovej stránke poisťovne. Návrh je platný najviac 3 mesiace, je súčasťou zdravotnej dokumentácie poistenca v stacionári a kópia alebo odpis návrhu je súčasťou zdravotnej dokumentácie poistenca u ošetrojúceho lekára špecializovanej ambulantnej starostlivosti alebo v chorobopise ústavnej starostlivosti.

4. Spoločné vyšetровacie a liečebné zložky (SVLZ)

SVLZ – laboratórne:

Kód odb.	Špecializačný odbor	cena bodu v €
029	Patologická anatómia	0,005992
029	Patologická anatómia č. výkonu 9980 / 1000 bodov	0,006639
031	Hematológia a transfuziológia – nepretržitá prevádzka	0,006141
031	Hematológia a transfuziológia – prevádzka do 24 hod.	0,005527

SVLZ – zobrazovacie:

Špecializačný odbor	cena bodu v €
Rádiológia – typ ZS 400	0,007303
CT – počítačová tomografia – typ ZS 420 – Klaster 2	0,003878

SVLZ – ostatné:

Kód odb.	Špecializačný odbor	cena bodu v €
027	výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ) z časti FYZIATRIA BALNEOTERAPIA A LIEČEBNÁ REHABILITÁCIA s kódmi č.: 509a, 512, 513, 514a, 516, 518, 522, 523a, 530, 531, 532, 533a, 540, 541, 542;	0,012083
027	výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ okrem vybraných výkonov) z časti FYZIATRIA BALNEOTERAPIA A LIEČEBNÁ REHABILITÁCIA	0,007303
	Ostatné výkony SVLZ, okrem SVLZ – laboratórne, SVLZ – zobrazovacie a SVLZ – FBLR (funkčná diagnostika – typ ZS 400, endoskopické vyšetровacie metódy v jednotlivých odboroch)	0,006971

Maximálne ceny pripočítateľných položiek k výkonom SVLZ (typ ZS 400):

a) Maximálne ceny pripočítateľných RD kódov v rádiológii

Kód výkonu	Počet bodov za výkon	Názov výkonu	RD kód	Max. cena RD v €	Kódy stentu/ stentgraftu	Max. cena stentov, stentgraftov v €/ks
5149	15 000	Endoskopická retrográdna cholangiopankreatikografia (výkon môže vykazovať gastroenterológ v spolupráci s lekárom rádiológom)	RD070	232		
5149a	16 000	Endoskopická retrográdna cholangiopankreatikografia a papilotómia (výkon môže vykazovať gastroenterológ v spolupráci s lekárom rádiológom)	RD071	1 228		
5149b	20 000	Endoskopická retrográdna cholangiopankreatikografia a implantácia stentu (výkon môže vykazovať gastroenterológ v spolupráci s lekárom rádiológom)	RD072	3 024	120226	1 475
5149c*	40 000	Spyglass cholangioskopia*	RD104	6 500		
5154	15 000	Baloniková dilatácia v oblasti ezofágu alebo iného úseku gastrointestinálneho traktu	RD080	996		

5154a	25 000	Implantácia stentu do ezofágu alebo do inej časti gastrointestinálneho traktu	RD081	2 490	120227	1 493
*Podmienky úhrady výkonu 5149c: poisťovňa uhradí výkon pri nejasnej resp. nejednoznačnej lézii (striktúry) žlčových ciest a pankreatického vývodu na definitívne potvrdenie benignity alebo malignity lézie, alebo pri terapeutickom riešení veľkých konkrementov v pankreatiko-biliárnom systéme ako jedinej terapeutickej možnosti alebo pri primárnej sklerotizujúcej cholangitídy.						

Pokiaľ poskytovateľ použije pri poskytovaní SVLZ výkonov v rádiológii nekategorizovaný špeciálny zdravotnícky materiál (ďalej len „SZM“), poisťovňa uhradí poskytovateľovi cenu vo výške skutočných nadobúdacích nákladov SZM, maximálne však vo výške uvedenej v tabuľke vyššie. V cene RD kódu je zahrnutý všetok použitý SZM.

b) Maximálne ceny pripočítateľných položiek pri výkonoch intervenčnej rádiológie s výnimkou podľa písm. a) vyššie

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

c) Maximálne ceny pripočítateľných položiek – filmov a PACS archivácie pri výkonoch v rádiológii

Filmové materiály:

Kódové označenie tradičných filmových materiálov		Maximálna cena 1 snímku s DPH v €
FOTO01	Snímok rozmer 3 x 4 (stomatologický)	0,37
FOTO02	Snímok rozmer 15 x 30 (stomatologický)	0,66
FOTO03	Snímok rozmer 18 x 24	0,50
FOTO04	Snímok rozmer 24 x 30	0,83
FOTO05	Snímok rozmer 35 x 35	1,43
FOTO06	Snímok rozmer 30 x 40	1,33
FOTO07	Snímok rozmer 35 x 43	1,73
FOTO08	Snímok rozmer 24 x 30 (pre mamografiu)	1,83
FOTO09	Snímok rozmer 18 x 24 (pre mamografiu)	1,10
FOTO10	Snímok rozmer A4	0,76
FOTO11	Snímok rozmer 14 x 17 inch laser	5,97
FOTO12	Snímok rozmer 8 x 10 inch laser	1,53
FOTO13	Snímok rozmer A3	2,82
FOTO14	Snímok rozmer 13 x 18	0,33
FOTO15	Snímok rozmer 15 x 40	0,76
FOTO16	Snímok rozmer 5 x 7 (axiálna projekcia)	2,32
FOTO17	Snímok rozmer 18 x 43	0,86
FOTO18	Snímok rozmer 20 x 40	0,93

Poskytovateľ vykáže k jednotlivým výkonom rádiológie reálny počet snímkov a kódové označenie použitých snímkov, ktoré použil pri výkone.

PACS archivácia

Úhrada PACS archivácie pri výkonoch v rádiológii vykazovanej v zmysle platného dátového rozhrania je ocenená paušálnou cenou 0,93 € pri každom realizovanom výkone.

5. Priamo hradené výkony (typ ZS 400):

Kód výkonu	Názov výkonu	Odbornosť pracoviska	Odbornosť indikujúceho lekára	Kód diagnózy	Max. cena za výkon v €
------------	--------------	----------------------	-------------------------------	--------------	------------------------

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

B.1 Ústavná zdravotná starostlivosť

Cena za ošetrovací deň (OD):

Odbornosť oddelenia	Názov oddelenia	Cena za OD v €
095	dlhodobá intenzívna starostlivosť	260,00
095 - 1	dlhodobá intenzívna starostlivosť - apalickí pacienti	60,00

Cena za ošetrovací deň (OD) zahŕňa komplexnú zdravotnú starostlivosť podanú počas dňa vrátane liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín.

Indikácie na príjem:

a) pre dlhodobo ventilovaných pacientov

- pacienti liečení pre kritické ochorenie (bez ohľadu na diagnózu) v dĺžke minimálne šesť týždňov;
- po zvládnutí kritického stavu;
- dokumentované zlyhanie pokusov o odpojenie od kontinuálnej UPV v dĺžke minimálne dvoch týždňov;
- potreba pokračovania v poskytovaní intenzívnej starostlivosti;
- klinický stav znemožňujúci zabezpečenie dlhodobej domácej ventilácie;

Pacient pre prijatie na predmetné oddelenie musí spĺňať všetky hore uvedené podmienky.

Prijem na oddelenie podlieha predchádzajúcemu súhlasu revízneho lekára poisťovne na základe žiadosti poskytovateľa. V žiadosti musia byť riadne zdokumentované všetky hore uvedené podmienky.

Preklad hospitalizovaného pacienta do iného zdravotníckeho zariadenia bude akceptovaný len za účelom neodkladného operačného výkonu.

b) pre apalických pacientov

- pacienti liečení pre kritické ochorenie (bez ohľadu na diagnózu) v dĺžke minimálne jedného mesiaca;
- po zvládnutí kritického stavu;
- jednoznačne stanovená diagnóza apalického syndrómu bez známkov reverzibility minimálne jeden mesiac od začiatku príčiny;
- spontánna ventilácia;
- potreba pokračovania v poskytovaní intenzívnej starostlivosti;
- klinický stav neumožňujúci zabezpečenie domácej ošetrovateľskej starostlivosti;

Pacient pre prijatie na predmetné oddelenie musí spĺňať všetky hore uvedené podmienky.

Prijem na oddelenie podlieha predchádzajúcemu súhlasu revízneho lekára poisťovne na základe žiadosti poskytovateľa. V žiadosti musia byť riadne zdokumentované všetky hore uvedené podmienky.

Preklad hospitalizovaného pacienta do iného zdravotníckeho zariadenia, resp. na iné oddelenie v rámci zdravotníckeho zariadenia bude akceptovaný len za účelom neodkladného operačného výkonu.

Cena za ukončenú hospitalizáciu (UH):

Odbornosť oddelenia	Oddelenie	Cena UH v €
001	vnútorné lekárstvo	810,00
002	infektológia	711,00
003	pneumológia a ftizeológia	835,00
004	neuroológia	901,00

005	psychiatria	1.170,00
007	pediatria	811,00
009	gynekológia a pôrodnictvo	717,00
010	chirurgia	1.044,00
012	urológia	762,00
013	úrazová chirurgia	1.020,00
014	otorinolaryngológia	700,00
015	oftalmológia	631,00
018	dermatovenerológia	604,00
019	klinická onkológia	1.660,00
025	anestéziológia a intenzívna medicína	4.597,00
051	neonatológia	707,00
051 - 1	patologickí novorodenci	920,00
060	geriatria	920,00
197	JIS kardiologická	810,00
198	JIS metabolická	810,00
199	JIS pediatrická	811,00
201	JIS neurologická	901,00
202	JIS chirurgická	1.044,00
203	JIRS pre deti	1.990,00
613	JIS úrazová	1.020,00

Príplatok k ukončenej hospitalizácii:

odbornosť	Názov oddelenia	Cena v €
025	OAIM	2 120,00

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

- dĺžka hospitalizácie bola v trvaní 7 dní a viac,
- zdravotný stav poistenca vyžadoval kontinuálnu podporu základných životných funkcií prístrojom.

Ceny diagnosticko-terapeutických výkonov:

kód	Názov výkonu	Cena za výkon	Odbornosť
H5560	Ukončená hospitalizácia za účelom: a) pozorovania zdravotného stavu, alebo b) jednorazového podania liekov, alebo c) vykonania plánovaného diagnostického vyšetrenia Podmienkou úhrady je kontinuálne poskytovanie zdravotnej starostlivosti viac ako 24 hodín a maximálne do 72 hodín.	475 €	Všetky odbornosti
H5562	Osobitne hradený terapeutický výkon za účelom implantácie kardiostimulátora. Ako pripočítateľná položka sa vykáže aj implantovaný kardiostimulátor, maximálne však do sumy určenej kategorizačným zoznamom (uvedeným na webovej stránke MZ SR).	795 €	001, 049, 069, 207, 278, 197
H5564	Chirurgická liečba morbidnej obezity Podmienky úhrady: K chirurgickej liečbe obezity sú indikovaní poistenci, ktorí sú motivovaní k tejto liečbe a boli poučení o jej charaktere a možných negatívnych následkoch, netrpia bulimiou a sú schopní dlhodobej dispenzarizácie zároveň spĺňajú jednu z uvedených indikácií: 1. ťažký stupeň obezity - BMI > 40 bez iných zdravotných komplikácií, 2. BMI > 35 so závažnými pridruženými zdravotnými komplikáciami, u ktorých zlyhala konzervatívna liečba obezity vrátane farmakoterapie. Poskytovateľ je povinný poslať vyplnený „Protokol chirurgickej liečby morbidnej obezity“, ktorý musí byť vopred schválený poisťovňou. Súčasne poistenec ostáva v dispenzarnej starostlivosti poskytovateľa, ktorý po 3,6 a 12 mesiacoch od dátumu operácie posieľa vyplnený	3 790 €	

	protokol o efektívnosti chirurgickej liečby morbidnej obezity do poisťovne. Protokol chirurgickej liečby morbidnej obezity a Protokol o efektívnosti chirurgickej liečby morbidnej obezity sú zverejnené na webovej stránke poisťovne.		
Poskytovateľ vykazuje výkony v dátovom rozhraní pre ústavnú starostlivosť v dávke 274b ako pripočítateľnú položku v príslušnej cene k ukončenej hospitalizácii s nulovou cenou.			

Maximálne ceny výkonov v ústavnej starostlivosti (balíčkové ceny TEP)

Kód výkonu	Názov výkonu	Cena za výkon
130101	Implantácia cementovanej TEP bedra, cena zahŕňa náklady na použité ŠZM, hospitalizáciu na oddelení, na ktorom bola implantovaná TEP, prípadne hospitalizáciu na jednotke intenzívnej starostlivosti bezprostredne súvisiacu s implantáciou TEP	2 025
130103	Implantácia necementovanej TEP bedra, cena zahŕňa náklady na použité ŠZM - TEP, hospitalizáciu na oddelení, na ktorom bola implantovaná TEP, prípadne hospitalizáciu na jednotke intenzívnej starostlivosti bezprostredne súvisiacu s implantáciou TEP	3 750
130102	Implantácia hybridnej TEP bedra, cena zahŕňa náklady na použité ŠZM - TEP, hospitalizáciu na oddelení, na ktorom bola implantovaná TEP, prípadne hospitalizáciu na jednotke intenzívnej starostlivosti bezprostredne súvisiacu s implantáciou TEP	2 625
130109	Implantácia cementovanej TEP kolena, cena zahŕňa náklady na použité ŠZM - TEP, hospitalizáciu na oddelení, na ktorom bola implantovaná TEP, prípadne hospitalizáciu na jednotke intenzívnej starostlivosti bezprostredne súvisiacu s implantáciou TEP	3 275
130111	Implantácia necementovanej TEP kolena, cena zahŕňa náklady na použité ŠZM - TEP, hospitalizáciu na oddelení, na ktorom bola implantovaná TEP, prípadne hospitalizáciu na jednotke intenzívnej starostlivosti bezprostredne súvisiacu s implantáciou TEP	4 425
130110	Implantácia hybridnej TEP kolena, cena zahŕňa náklady na použité ŠZM - TEP, hospitalizáciu na oddelení, na ktorom bola implantovaná TEP, prípadne hospitalizáciu na jednotke intenzívnej starostlivosti bezprostredne súvisiacu s implantáciou TEP	3 475
V cene výkonov uhrádzaných v ústavnej zdravotnej starostlivosti sú zahrnuté všetky náklady na použité zdravotnícke pomôcky. Uvedené ceny výkonov platia pre komplexnú plánovanú aj neodkladnú zdravotnú starostlivosť v špecializačnom odbore ortopédia alebo traumatológia. Poskytovateľ vykazuje výkony v dátovom rozhraní pre ústavnú starostlivosť v dávke 274b ako pripočítateľnú položku v príslušnej cene k ukončenej hospitalizácii, ktorá je akceptovaná s nulovou cenou a zároveň vykáže kód použitého ŠZM podľa kategorizačného zoznamu (uvedeného na webovej stránke MZ SR) s nulovou cenou.		

Cena UH JIS

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

Poisťovňa uhradí ukončenú hospitalizáciu príslušnej odbornosti nasledovne:

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

Príplatok k cene UH

Príplatok k cene UH (ďalej len „BON“) sa uhrádza ako pripočítateľná položka vo vybraných chirurgických odboroch vrátane príslušných kódov odbornosti JIS (kódy vybraných chirurgických odborov: 009, 010, 011, 012, 013, 014, 015, 037, 038, 068, 070, 106, 107, 108, 109, 114, 319, 336, 599) pri ukončenej hospitalizácii vo výške max. 300 € k cene UH základného oddelenia za súčasného splnenia nasledovných podmienok:

- 1) dĺžka hospitalizácie vrátane JIS bola v trvaní viac ako 72 hodín,
- 2) pri operačnom výkone bola podaná celková alebo regionálna anestézia za účasti anestéziologického tímu, uvedená v platnom Metodickom usmernení ÚDZS pod kódom ANST₁₂, ANST₁₃, ANST₀₁, ANST₀₂ a ANST₀₃. Poskytovateľ podané anestézie vykáže s nulovou cenou ako pripočítateľnú položku k cene UH,
- 3) ukončená hospitalizácia bola vykázaná v dávke 274b platného dátového rozhrania podľa Metodického usmernenia ÚDZS, ktorá je v uvedených vybraných položkách vyplnená nasledovne:
 - v položke 21 - TYP VÝKONU – uvádza sa znak „O“ (operačný) alebo „K“ (kombinácia výkonu operačného a intervenčnej rádiológie),
 - v položke 22 - KÓD OPERAČNÉHO VÝKONU – uvádza sa kód operačného výkonu podľa zoznamu výkonov dodaných poisťovňou v elektronickej forme (ZZV_VsZP_1). Kód operačného výkonu sa zadáva v tvare bez použitia bodky,

- 4) pripočítateľná položka BON bola vykázaná v samostatnom riadku za vetou, kde bola vykázaná ukončená hospitalizácia v dávke 274b platného dátového rozhrania podľa Metodického usmernenia ÚDZS, ktorá je v uvedených vybraných položkách vyplnená nasledovne:
 - v položke 6 - DEŇ NÁSTUPU – uvedie sa deň ukončenia hospitalizácie,
 - v položke 11 - PRIPOČÍTATEĽNÉ POLOŽKY - uvedie sa znak BON,
 - v položke 12 - MNOŽSTVO – uvedie sa znak 1,
 - v položke 13 - CENA - uvedie sa cena max. 300 €,
 - v položke 25 - TYP HOSPITALIZÁCIE – uvedie sa znak „Z“ (vykázaná pripočítateľná položka),
 - v položke 26 - DÁTUM Z ČAKACEJ LISTINY – uvedie sa skutočný dátum operačného výkonu (nepovinná položka),
- 5) pripočítateľná položka BON sa vykazuje a hradí až pri ukončenej hospitalizácii,
- 6) pripočítateľná položka BON sa neuhrádza pri operačných výkonoch resp. zákrokoch, ktoré sú súčasťou výkonov jednodňovej zdravotnej starostlivosti uvedené v Odbornom usmernení MZ SR č. 42 o výkonoch JZS zo dňa 18.08.2009, číslo 12225/2009-OZS, uverejneného vo Vestníku MZ SR dňa 31. augusta 2009, Čiastka 33-39, Ročník 57.

Pripočítateľná položka BON sa neuhrádza pri operačných výkonoch, ktoré sú zazmluvnené ako osobitne hradené výkony.

Pripočítateľná položka BON sa neuhrádza pri operačných výkonoch hradených ako výkony uhrádzané v ústavnej zdravotnej starostlivosti (balíčkové ceny TEP).

Cena za ukončenú hospitalizáciu, ošetrovací deň v ústavnej zdravotnej starostlivosti

1. Podmienky akceptácie a úhrady ústavnej zdravotnej starostlivosti.

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

- starostlivosti). Pri posudzovaní odôvodnenosti hospitalizácie poistenca bude poisťovňa ako pomocné kritérium uplatňovať TISS skórovací systém (Therapeutic Intervention Scoring System).
8. Ak je poistenec hospitalizovaný za účelom plánovaného poskytnutia operačného výkonu a tento nie je z akýchkoľvek dôvodov vykonaný, poisťovňa neuhradí cenu ukončenej hospitalizácie. Poskytovateľ je oprávnený vykazať v dávke ambulantnej starostlivosti rovnakej odbornosti poskytnutie výkonu s kódom 60a.
 9. Poskytovateľ môže prijať na geriatrické oddelenie poistenca, ktorý v čase začatia hospitalizácie dovŕšil 65-ty rok života. Na oddelenie dlhodobo chorých alebo do liečebne dlhodobo chorých možno prijať poistenca, ktorého zdravotný stav predpokladá trvanie hospitalizácie dlhšie ako 21 kalendárnych dní.
 10. Hospitalizácia na oddeleniach cievnej chirurgie bude poisťovňou posudzovaná ako odôvodnená a bude uhrádzaná vtedy, ak u poistenca bude vykonaný operačný výkon na magistralných cievach: operačné výkony na karotických artériách, hrudnej a brušnej aorte, hornej a dolnej dutej žile, by-passové operácie na periférnych vetvách artériového cievneho riečiska, tromboektómie a embolektómie.
 11. Podmienkou akceptovania hospitalizácie na oddeleniach, kde je poskytovaná liečba cytostatickými a imunomodulačnými liekmi (napr. onkológia, hematológia, urológia, pneumológia, atď.) a jej úhrady je, že lieky podávané počas hospitalizácie neboli predpísané na lekárske predpis.
 12. Na oddeleniach paliatívnej starostlivosti, jednotkách paliatívnej medicíny a hospicioch je poskytovaná paliatívna starostlivosť poistencom s chronickou nevyliciteľnou, pokročilou a aktívne progredujúcou chorobou s časovo obmedzeným prežívaním a terminálna starostlivosť zomierajúcim poistencom.
 13. Vysokošpecializované ústavy môžu prijímať poistencov len s ochoreniami, na ktoré je ústav špecializovaný.
 14. Poskytovateľ môže poistenca, ktorému poskytuje UZS, preložiť na iné oddelenie toho istého zdravotníckeho zariadenia len v prípade, ak zdravotný stav poistenca nevyhnutne vyžaduje hospitalizáciu na inom oddelení.
 15. Opakovaná hospitalizácia na rovnakom oddelení počas jedného súvislého poskytovania UZS sa považuje za jednu pokračujúcu hospitalizáciu na príslušnom oddelení. Preklad z oddelenia na oddelenia z dôvodu poskytnutia výkonu, vyšetrenia, ošetrovania, ktoré hospitalizáciu na ďalšom oddelení nevyžaduje, nebude poisťovňou akceptovaná a uhradená.
 16. Poskytovateľ môže odoslať poistenca na poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti k inému poskytovateľovi po vzájomnej dohode len v prípade, ak to nevyhnutne vyžaduje zdravotný stav poistenca. Odoslanie poistenca na ďalšie poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti podľa predchádzajúcej vety musí byť podrobne odôvodnené v zdravotnej dokumentácii a v prepúšťacej správe a musí byť podpísané primárom oddelenia, resp. primárom alebo prednostom kliniky, v ktorej bol poistenec hospitalizovaný.
 17. Hospitalizácia poistenca, ktorá nadväzuje na hospitalizáciu na oddelení iného zdravotníckeho zariadenia, a ktorá nesplňa podmienky odôvodnenia pokračovania poskytovania UZS podľa predchádzajúceho bodu, nebude poisťovňou akceptovaná a uhradená.
 18. Poisťovňa neuhradí v priebehu hospitalizácie ambulantné výkony poskytnuté v špecializovanej ambulantnej starostlivosti okrem prvého a posledného dňa hospitalizácie a výkonov špecializovanej ambulantnej starostlivosti, ktoré nesúvisia s ochorením resp. Dg. hospitalizovaného pacienta.
 19. Poisťovňa počas hospitalizácie poistenca neuhradí osobitne SVLZ výkony rovnakej odbornosti ako je odbornosť oddelenia, na ktorom je poistenec hospitalizovaný (napr. radiačná onkológia, fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia, výkony funkčnej diagnostiky prislúchajúce odbornosti lôžkového oddelenia).
 20. Poisťovňa podľa § 1 vyhlášky MZ SR č. 412/2009 Z. z., ktorou sa ustanovujú podrobnosti o zozname poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti, v znení neskorších predpisov (ďalej len „vyhláška“) vedie pre poskytovateľa zoznam poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti (ďalej len „zoznam“) osobitne podľa súpisu vybraných chorôb a s nimi súvisiacich zdravotných výkonov.
 21. Poskytovateľ pri vykonávaní výkonov plánovanej zdravotnej starostlivosti dodržiava poradie poistencov v zozname, ktorý je oznamovaný poskytovateľovi poisťovňou.
 22. Ak poskytovateľ pri vykonávaní výkonov plánovanej zdravotnej starostlivosti poskytol výkon poistencovi nezaraďenému do zoznamu alebo nedodržiaval poradie poistencov v zozname, poisťovňa poskytovateľovi uhradí maximálne 25% z ceny ukončenej hospitalizácie na príslušnom oddelení prípadne z maximálnej úhrady výkonov uhrádzaných v ústavnej zdravotnej starostlivosti („balíčkové ceny TEP“).
 23. Ustanovenie bodu 22 tohto článku sa neuplatní ak sa jedná o neodkladnú zdravotnú starostlivosť podľa § 2 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. alebo ak bolo uprednostnenie v zozname vopred odsúhlasené poisťovňou.
 24. Pokiaľ poskytovateľ použije pri poskytovaní ústavnej zdravotnej starostlivosti ŠZM uvedený v Zozname kategorizovaných špeciálnych zdravotníckych materiálov (ďalej len „Zoznam kategorizovaných ŠZM“) alebo nekategorizovaný ŠZM, poisťovňa uhradí poskytovateľovi cenu vo výške skutočných nadobúdacích nákladov ŠZM, maximálne však vo výške úhrady kategorizovaného a nekategorizovaného ŠZM so stanovenou maximálnou tzv. pripočítateľnou položkou (ďalej len „pripočítateľná položka“) osobitne uhrádzanou v ústavnej starostlivosti, ktorý je zverejnený na webovej stránke poisťovne, v súlade s indikačnými kritériami. Pokiaľ maximálna cena ŠZM nie je uvedená v zmluve, uhradí poisťovňa maximálnu cenu uvedenú v Zozname kategorizovaných ŠZM. Rozdiel medzi cenou, za ktorú poskytovateľ ŠZM obstaral a cenou, ktorú poisťovňa uhradila, je v cene výkonu alebo v cene ukončenej hospitalizácie.
 25. Poskytovateľ vykazuje kategorizovaný ŠZM s kódom uvedeným v Zozname kategorizovaných ŠZM pod názvom „kód MZ SR“ a nekategorizovaný ŠZM s kódom uvedeným v zmluve. Ak je v zmluve uvedená skratka R alebo RR alebo v Zozname kategorizovaného ŠZM uvedená podmienka súhlasu poisťovne, poskytovateľ vyplní a zašle poisťovni na schválenie žiadosť uverejnenú na webovej stránke poisťovne pod názvom „Žiadosť o úhradu špeciálneho zdravotníckeho materiálu“.
 26. Priepustky počas hospitalizácie sú akceptované výlučne na psychiatrickom oddelení psychiatrickej nemocnice, psychiatrickej liečebne alebo centra pre liečbu drogovo závislých, v ktorých je poskytovanie zdravotnej starostlivosti uhrádzané formou dohodnutej ceny za ošetrovací deň. Dni, počas ktorých je poistenec

- na priepustke, sú zdravotníckemu zariadeniu uhrádzané v dĺžke najviac 3 dni vo výške 30% ceny ošetrovacieho dňa, pričom celkový stanovený zmluvný rozsah výkonov sa musí dodržať.
27. Po ukončení hospitalizácie je poskytovateľ povinný vyhotoviť prepúšťaciu správu (táto zásada platí aj pri preklade pacienta na iné oddelenie), ktorá okrem komplexného zhodnotenia zdravotného stavu poistenca a súhrnu výkonov poskytnutej zdravotnej starostlivosti musí obsahovať aj:
 - a. zoznam liekov, ktoré poskytovateľ podal poistencovi počas hospitalizácie,
 - b. zoznam liekov a zdravotníckych pomôcok, ktoré poskytovateľ odporúča predpisovať poistencovi po ukončení hospitalizácie,
 - c. mená a kódy lekárov - špecialistov, ktorí odporúčali predpísanie liekov za podmienky dodržania preskripčných a indikačných obmedzení,
 - d. medicínske zdôvodnenie prekladu na iné oddelenie, resp. do iného zdravotníckeho zariadenia.
 - e. dátum a čas začiatku a ukončenia hospitalizácie
 28. Poskytovateľ je povinný na žiadosť poisťovne umožniť nahliadnutie do evidencie nozokomiálnych nákaz na jednotlivých oddeleniach v zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti, prehľadov sledovania rezistencie jednotlivých mikrobiálnych kmeňov, ústavných liekových formulárov, spotreby antibiotík resp. iných liekov, zaradenia poistencov do klinického výskumu.
 29. Zabezpečovanie, schvaľovanie a vykazovanie osobitne uhrádzaných ŠZM:
 - a. Zdravotnícke zariadenie je povinné použiť ekonomicky a kvalitatívne najvýhodnejší druh ŠZM a na požiadanie poisťovne dokladovať účelnosť a efektívnosť vynaloženia prostriedkov verejného zdravotného poistenia pri nákupe ŠZM.
 - b. Zmluvné zdravotnícke zariadenie pri plánovanom poskytnutí ŠZM, ktorého úhrada vyžaduje schválenie poskytnutia vopred, podá Žiadosť o schválenie poskytnutia a úhrady ŠZM (ďalej len „žiadosť“) v dvoch vyhotoveniach zmluvnej pobočky (schvaľovanie označené symbolom „R“) resp. Odboru zdravotnému a revíznemu generálneho riaditeľstva poisťovne (schvaľovanie ŠZM označené symbolom „RR“). Vzor žiadosti je uverejnený na internetovej stránke poisťovne.
 30. Postup pri schvaľovaní a uhrádzaní mimoriadne finančne náročnej zdravotnej starostlivosti (ďalej aj len „MFNZS“) – finančne nákladných liekov v ÚZZ:
 - a. Poisťovňa považuje za MFNZS podanie lieku ako jedinej terapeutickkej alternatívy, ktorá bola použitá v súlade so súhrnom charakteristických vlastností lieku (SPC) a súčasne s indikačnými a preskripčnými obmedzeniami podľa aktuálneho Zoznamu kategorizovaných liekov. Poskytovateľ môže požiadať o úhradu MFNZS, ak náklady na podanie jedného lieku alebo skupiny liekov prevýšia sumu vypočítanú ako násobok dvojnásobku efektívnej relatívnej váhy konkrétneho hospitalizačného prípadu a základnej sadzby poskytovateľa platnej pre daný kalendárny rok. Ak je pri poskytovaní ústavnej zdravotnej starostlivosti pacient hospitalizovaný na viacerých oddeleniach, uvedený postup sa vzťahuje na oddelenie, ktoré liečbu indikovalo. Požiadavku na úhradu si môže uplatniť poskytovateľ až po ukončení hospitalizácie.
 - b. Poskytovateľ zasiela žiadosť o úhradu MFNZS Generálnemu riaditeľstvu poisťovne - Sekcii nákupu zdravotnej starostlivosti na osobitnom tlačíve uverejnenom na internetovej stránke poisťovne, ktorá je potvrdená podpisom a odtlačkom pečiatky vedúceho lekára lôžkového zariadenia a odtlačkom pečiatky a podpisom riaditeľa ÚZZ. Neoddeliteľnou súčasťou žiadosti sú:
 - prepúšťacia lekárska správa,
 - medicínske zdôvodnenie MFNZS, t.j. podania finančne náročných liekov,
 - vyčíslenie nákladov podľa jednotlivých položiek,
 - povolenie na použitie lieku vydané MZ SR, ak ide o liek, u ktorého sa vyžaduje povolenie MZ SR na použitie podľa zákona č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,
 - kópia dokladu o nadobudnutí lieku (faktúra od dodávateľa),
 - kópie žiadaniek z ústavnej lekárne s vyznačením mena a rodného čísla poistenca.
 31. Výkony MFNZS sú hradené nad rámec Hospitalizačného prípadu a vykazujú sa v samostatnej dávke

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

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

5. Poskytovateľ je povinný v zdravotnej dokumentácii pacienta vyznačiť dátum a hodinu začatia hospitalizácie, dátum a hodinu ukončenia hospitalizácie. Poskytovateľ je ďalej povinný oznámiť poisťovni prostredníctvom dávky 901 začatie aj ukončenie hospitalizácie pacienta.
6. Poskytovateľ prijme pacienta na hospitalizáciu na poskytovanie plánovanej zdravotnej starostlivosti počas dňa, ktorý poisťovňa určí v súhlase, alebo kedykoľvek po tomto dni; ak takýto deň poisťovňa v súhlase neurčila, tak najskôr v deň udelenia súhlasu. Poskytovateľ nesmie prijať pacienta na hospitalizáciu na poskytovanie plánovanej zdravotnej starostlivosti, ak mu poisťovňa neudelila súhlas na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti pacientovi alebo skôr, než v deň určený poisťovňou v súhlase. Poskytovateľ je povinný prijať pacienta na hospitalizáciu na poskytovanie plánovanej zdravotnej starostlivosti najneskôr do 3 mesiacov odo dňa určeného poisťovňou v súhlase.
7. Opakovaná hospitalizácia poistenca na rovnakom oddelení u poskytovateľa počas jedného súvislého poskytovania ústavnej starostlivosti sa považuje za jednu hospitalizáciu na príslušnom oddelení a poskytovateľovi patrí len jedna úhrada za ukončenú hospitalizáciu na príslušnom oddelení.
8. Za hospitalizáciu, ktorou poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť v rozpore s bodmi 1, 4, 5 alebo 6 tejto časti, poisťovňa poskytovateľovi uhradí 100% z ceny ukončenej hospitalizácie na príslušnom oddelení, alebo z ceny výkonov uhrádzaných v ústavnej starostlivosti. Zmluvné strany sa dohodli, že za porušenie povinností poskytovateľa stanovených v bodoch 1, 4, 5 alebo 6 tejto časti, má poisťovňa nárok uplatniť si u poskytovateľa zmluvnú pokutu vo výške 300 EUR za každé jedno porušenie.
9. Zasielaním údajov o hospitalizáciách alebo akceptovaním hospitalizácie v dávke 901 nie sú dotknuté ustanovenia uvedené v časti „Podmienky akceptácie a úhrady ústavnej zdravotnej starostlivosti“.

Maximálne ceny pripočítateľných položiek v ústavnej starostlivosti:

- a) Maximálne úhrady kategorizovaného a nekategorizovaného ŠZM so stanovenou maximálnu tzv. pripočítateľnou položkou (ďalej len „pripočítateľná položka“) osobitne uhrádzaných v ústavnej starostlivosti.

1. Úhrada pripočítateľných položiek - kategorizovaný ŠZM

Poisťovňa uhrádza poskytovateľovi ústavnej zdravotnej starostlivosti za ukončenú hospitalizáciu sumu, ktorej súčasťou je aj cena ŠZM ako pripočítateľná položka. VŠZP uhrádza celú cenu ŠZM, za ktorú ho poskytovateľ ústavnej zdravotnej starostlivosti obstaral. V prípade, že obstarávacia cena je vyššia ako stanovená maximálna pripočítateľná položka VŠZP uvedená v zozname, ktorý je zverejnený na webovej stránke poisťovne pod názvom „Zoznam kategorizovaného ŠZM so stanovenou maximálnou tzv. pripočítateľnou položkou“, rozdiel je súčasťou ceny za ukončenú hospitalizáciu. Uvedeným nie je dotknutý prípadný doplatok pacienta, ktorý môže byť maximálne do výšky uvedenej v aktuálnom zozname kategorizovaného ŠZM, vydávanom Ministerstvom zdravotníctva SR.

2. Úhrada pripočítateľných položiek - nekategorizovaný ŠZM

Poisťovňa uhrádza nekategorizovaný ŠZM do maximálnej výšky pripočítateľnej položky uvedenej v zozname, ktorý je zverejnený na webovej stránke poisťovne pod názvom „Zoznam nekategorizovaného ŠZM so stanovenou maximálnou pripočítateľnou položkou“ (ďalej len „Zoznam NŠZM“). Nekategorizovaný ŠZM bude uhrádzaný v nasledovnom zmluvnom rozsahu, okrem ŠZM, ktorý sa stane kategorizovaným:

Zoznam nekategorizovaného ŠZM so stanovenou maximálnou pripočítateľnou položkou

Kód NŠZM	schvaľovanie	Názov nekategorizovaného špeciálneho zdravotníckeho materiálu
120026	**	Lokálne hemostiptické prostriedky
120163	**	Oximeter a príslušenstvo (senzory)
160003		Laserové vlákno pre edoskopickú fotoselektívnu vaporizáciu BHP
160005		Laserové vlákno THIN FLEX 200 R plus
170007		Nožnice k harmonickému skalpelu
170020		Jednorazové vlákno 603 µm s katétrom Cerales Bare Fiber 603 SL EL VeS
Vysvetlivky:		
R	schvaľuje revízný lekár pobočky	
RR	schvaľuje revízný lekár generálneho riaditeľstva	
•	ZP nie je schvaľovaná vopred, RL pobočky vykoná kontrolu vykázaných ZP na konci kalendárneho štvrtroka	
**	možné použiť viac kusov pre jedného pacienta	

b) Ceny transfúzných liekov

Transfúzne lieky sa vykazujú a uhrádzajú pod kódmi a v cenách v súlade s platným cenovým opatrením MZ SR.

B.2 Klasifikačný systém (DRG)

1. Základné pojmy

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

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

- a. Univerzitná nemocnica Bratislava, IČO: 31813861
 - Univerzitná nemocnica Bratislava – ANTOLSKÁ
 - Univerzitná nemocnica Bratislava – RUŽINOVSKÁ
 - Univerzitná nemocnica Bratislava – MICKIEWICZOVÁ
 - Univerzitná nemocnica Bratislava – LIMBOVÁ
- b. SVET ZDRAVIA, a.s., IČO: 35960884
 - SVET ZDRAVIA, a.s. - RIMAVSKÁ SOBOTA
 - SVET ZDRAVIA, a.s. - ŽIAR NAD HRONOM, BANSKÁ ŠTIAVNICA
- c. Národný ústav srdcových a cievnych chorôb, a.s., IČO: 35971126
 - Národný ústav srdcových a cievnych chorôb, a.s. – DKC
 - Národný ústav srdcových a cievnych chorôb, a.s.

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

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

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

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

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

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

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

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

2. Úhrada za Hospitalizačný prípad

- 2.1 Úhrada Hospitalizačného prípadu je určená na základe podmienok úhrady platných v deň prijatia poistenca do zdravotníckeho zariadenia ústavnej zdravotnej starostlivosti.
- 2.2 Úhrada za Hospitalizačný prípad je daná súčinom základnej sadzby a efektívnej relatívnej váhy s pripočítaním ceny pripočítateľných položiek k DRG v súlade s platnými dokumentmi vydanými Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou v znení platnom v čase prijatia poistenca do zdravotníckeho zariadenia ústavnej zdravotnej starostlivosti: Definičná príručka, Katalóg prípadových paušálov, Kódovacie pravidlá, Kalkulačná príručka ako aj ďalšie nevyhnutne súvisiace dokumenty vydané Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.
- 2.3 Základná sadzba pre rok 2018 je ustanovená vo výške 1.203,00 €.

- 2.4 Úhrada za Hospitalizačný prípad u poskytovateľa zahŕňa úhradu za akceptovanú komplexnú zdravotnú starostlivosť (vrátane nákladov na lieky, zdravotnícke pomôcky, dietetické potraviny a špeciálny zdravotnícky materiál, tkanivá a bunky poskytované pri transplantáciách, výkony mimoriadne finančne náročnej zdravotnej starostlivosti, materské mlieko, transfúzne lieky), ak z medicínskeho hľadiska tieto mali byť podané poistencovi počas trvania Hospitalizačného prípadu:
- a) poskytnutú pacientovi poskytovateľom zdravotnej starostlivosti počas Hospitalizačného prípadu,
 - b) poskytnutú pacientovi iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti počas Hospitalizačného prípadu na základe žiadanky alebo výmenného lístka vystaveného poskytovateľom,
 - c) poskytnutú aj po ukončení Hospitalizačného prípadu, ak žiadanka alebo výmenný lístok na poskytnutú zdravotnú starostlivosť boli vystavené počas Hospitalizačného prípadu.
- 2.5 Úhrada za Hospitalizačný prípad nezahŕňa úhradu za:
- a) poskytnutú zdravotnú starostlivosť na základe žiadanky alebo výmenného lístka, ak neboli vystavené počas Hospitalizačného prípadu,
 - b) výkony dialyzačnej liečby pri náhlom zlyhaní obličiek,
 - c) výkony dialyzačnej liečby pri chronickom zlyhaní obličiek,
 - d) dialyzačný stacionár,
 - e) výkony plazmaferézy,
 - f) hemoperfúziu cez aktívne uhlie a iné sorbenty,
 - g) dopravnú službu (DS),
 - h) vrtuľníkovú záchrannú zdravotnú službu (VZZS),
 - i) záchrannú zdravotnú službu (ZZS)
 - j) lieky, zdravotnícke pomôcky a dietetické potraviny predpísané v deň prepustenia pacienta zo zdravotníckeho zariadenia v ambulancii poskytovateľa alebo iného poskytovateľa, ak z medicínskeho hľadiska tieto lieky, zdravotnícke pomôcky a dietetické potraviny nemali byť podané poistencovi ešte počas trvania Hospitalizačného prípadu,
 - k) komplexnú zdravotnú starostlivosť v ambulancii záchrannej zdravotnej služby pri preprave novorodencov a detí.
- 2.6 Úhrada za komplexnú zdravotnú starostlivosť na základe žiadanky vystavenej poskytovateľom alebo iným poskytovateľom v deň prijatia a v deň prepustenia z hospitalizácie, ako aj kedykoľvek počas hospitalizácie, bez ID Hospitalizačného prípadu, bude automaticky započítaná do úhrady za Hospitalizačný prípad, pokiaľ poskytovateľ nepreukáže, že zdravotná starostlivosť nesúvisí s Hospitalizačným prípadom. V prípade, ak na žiadanke nebude uvedený dátum vystavenia, zdravotná poisťovňa zdravotnú starostlivosť neuhradí a požiada poskytovateľa alebo iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o jeho doplnenie.
- 3. DRG nerelevantné odbornosti oddelení**
- 3.1 Poskytovateľ je povinný počas hospitalizácie pacienta (vrátane hospitalizácie na oddelení s DRG nerelevantnou odbornosťou, ktorej predchádzala hospitalizácia na oddelení s DRG relevantnou odbornosťou) uvádzať na všetkých žiadankách a odporúčaniach na ambulantnú zdravotnú starostlivosť (vrátane zdravotnej starostlivosti poskytovanej zariadením spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek), ako aj na služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti ID Hospitalizačného prípadu, kód PZS (oddelenia alebo ambulancie) a dátum vystavenia žiadanky.
- 3.2 Hospitalizácia pacienta na psychiatrickom oddelení alebo inom oddelení s DRG nerelevantnou odbornosťou okrem DOS a Hospic, ktorému predchádzala hospitalizácia na oddelení s DRG relevantnou odbornosťou a/alebo ktorá pokračovala hospitalizáciou na oddelení s DRG relevantnou odbornosťou v jednom zdravotníckom zariadení, sa považuje za súčasť jedného Hospitalizačného prípadu (má rovnaké ID), avšak jej trvanie sa nezapočítava do obdobia trvania Hospitalizačného prípadu a zároveň náklady na hospitalizáciu pacienta na psychiatrickom oddelení alebo inom oddelení s DRG nerelevantnou odbornosťou okrem DOS a Hospic sa nezapočítavajú do úhrady za Hospitalizačný prípad.
- 3.3 Hospitalizácia pacienta v Hospici a/alebo v Domove ošetrovateľskej starostlivosti, ktorému predchádzala hospitalizácia na oddelení s DRG relevantnou odbornosťou a/alebo ktorá pokračovala hospitalizáciou na oddelení s DRG relevantnou odbornosťou v jednom zdravotníckom zariadení, sa nepovažuje za súčasť jedného Hospitalizačného prípadu (nemá rovnaké ID), jej trvanie sa nezapočítava do obdobia trvania Hospitalizačného prípadu a zároveň náklady na zdravotnú starostlivosť a služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti sa nezapočítavajú do úhrady za Hospitalizačný prípad.
- 3.4 Za DRG nerelevantné odbornosti sa považujú:

005 – psychiatria
 073 – medicína drogových závislostí
 074 – gerontopsychiatria
 105 – detská psychiatria

223 – neuropsychiatria
 709 – JIS psychiatrická
 193 – ústavná ošetrovateľská starostlivosť
 620 – ústavná hospicová starostlivosť
 252 – ošetrovateľská starostlivosť v psychiatrii
 568 – starostlivosť o drogovu závislosť
 578 – drogové závislosti
 144 – klinická psychológia
 241 – psychoterapia

- 3.5 Ústavná zdravotná starostlivosť poskytovaná na oddeleniach DRG nerelevantných odborností je uhrádzaná podľa časti B.1 tejto Prílohy.
- 3.6 Hospitalizácia novorodenca a hospitalizácia matky novorodenca sa považujú za dva samostatné hospitalizačné prípady s vlastným ID Hospitalizačného prípadu.
- 3.7 Novorodenci bez ochorenia, ktorých Hospitalizačný prípad sa nachádza v diagnosticko-terapeutickej skupine P66D alebo P67D, sa do zdravotnej poisťovne vykazujú na rodné číslo matky novorodenca vtedy, ak v deň pôrodu bola matka novorodenca poistenkyňou zdravotnej poisťovne.
- 3.8 Novorodenci s ochorením sa do zdravotnej poisťovne vykazujú na rodné číslo novorodenca a to až po jeho pridelení. Vykazujú sa do tej zdravotnej poisťovne, u ktorej je potvrdená prihláška Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

4. Spôsob vykazovania a fakturácie poskytnutej ústavnej zdravotnej starostlivosti

- 4.1 Poskytovateľ zaradený v systéme vykazovania poskytnutej ústavnej zdravotnej starostlivosti podľa DRG, vykazuje ústavnú zdravotnú starostlivosť vo formáte dávky 274b za DRG relevantné aj nerelevantné odbornosti oddelení v zmysle platnej legislatívy.
- 4.2 Poskytovateľ zaradený v systéme vykazovania poskytnutej ústavnej zdravotnej starostlivosti podľa DRG, vykazuje ústavnú zdravotnú starostlivosť za všetkých poistencov EÚ ošetrovaných v príslušnom mesiaci v jednej samostatnej faktúre v súlade s platným metodickým usmernením Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

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

- 1.1 Úhrada za ústavnú zdravotnú starostlivosť je zložená z dvoch častí, pričom:
 - a) Prvá časť úhrady je súčet cien ošetrovacích dní na ODCH, cien ukončených hospitalizácií a cien všetkých pripočítateľných položiek podľa časti B.1 tejto Prílohy vynásobený činiteľom 0,0.
 - b) Druhá časť úhrady je súčet cien Hospitalizačných prípadov podľa časti B.2 tejto Prílohy vynásobený činiteľom 1,0.
- 1.2 Poisťovňa bude akceptovať Hospitalizačný prípad, ktorý trval kratšie ako 24 hodín v súlade s pravidlami klasifikačného systému DRG.
- 1.3 V prípade hospitalizácie, ktorej doba presiahne 6 po sebe nasledujúcich kalendárnych mesiacov a stav pacienta nedovoľuje jeho prepustenie do domácej starostlivosti, poskytovateľ môže poisťovňu požiadať o schválenie úhrady zdravotnej starostlivosti cenou ošetrovacieho dňa. V prípade schválenia úhrady cenou ošetrovacieho dňa poskytovateľ Hospitalizačný prípad ukončí posledným dňom 6. mesiaca a od prvého dňa 7. mesiaca bude ústavná zdravotná starostlivosť v prípade tohto pacienta uhrádzaná formou ceny ošetrovacieho dňa. Cena ošetrovacieho dňa bude zo strany poisťovne určená až po posúdení náročnosti zdravotnej starostlivosti.

2. Chybové DRG

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

3. Úhrada Hospitalizačného prípadu bez relatívnej váhy

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

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

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

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

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

B.5 Prechodné ustanovenia

- 1.1 Hospitalizácia pacienta, ktorá začala do 31.12.2017 bude uhradená spôsobom podľa tejto zmluvy účinné od 01.01.2018.

**Príloha č. 2
k Zmluve č. 62NFAS000818**

**Rozsah zdravotnej starostlivosti
od 01.01.2018 do 31.12.2018**

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

I. VECNÝ ROZSAH PREDMETU ZMLUVY

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

Druh zdravotníckeho zariadenia		Všeobecná nemocnica		
Miesto prevádzky: ul. Andreja Žarnova č. 11, 917 75 Trnava				
Druh a forma zdravotnej starostlivost' podľa Čl. 2 Zmluvy "Predmet zmluvy"				
1. ambulantná zdravotná starostlivost'				
		druh	odbornost' ambulancií	typ ZS
špecializovaná		špecializovaná	001; 002; 003; 004; 005; 007; 009; 010; 011; 012; 013; 014; 015; 017; 018; 025; 027; 031; 045; 046; 048; 049; 050; 051; 060; 063; 064; 068; 104; 144; 154; 163; 229	200
		Špecializovaná onkologická	019	210
		denzitometria	045	200
		UPS - ústavná pohotovostná služba	002; 009; 014; 015; 184	302
jednodňová zdravotná starostlivost'			009; 010; 011; 012; 013; 014; 015; 048	222
stacionár			003; 004; 005; 104	604
SVLZ – spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky		zobrazovacie	023	400
		CT – počítačová tomografia	576	420
		Funkčná diagnostika	187	400
		FBLR	027	400
		Laboratórne okrem vyšetrení FISCH, ... atď	029; 031;	400
2. Ústavná zdravotná starostlivost'				
			odbornost' oddelení	typ ZS
nemocnica všeobecná			001; 002; 003; 004; 005; 007; 009; 010; 012; 013; 014; 015; 018; 019; 025; 051; 060; 197; 198; 199; 201; 202; 203; 613;	601
		Dlhodobá intenzívna starostlivost'	095	603
3. lekárenská starostlivost'				
			odbornost'	typ ZS
verejná lekáreň			160	701

II. MAXIMÁLNY ROZSAH ÚHRADY ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

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

Maximálny rozsah úhrady zdravotnej starostlivosti **nehradenej prospektívnym rozpočtom** je určený výškou alebo spôsobom výpočtu úhrady za zdravotnú starostlivosť poskytnutú v účtovacom období, ktorým je kalendárny mesiac.

III. ÚHRADA NAD „MAXIMÁLNY ROZSAH ÚHRADY ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI“

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

1. Ambulantná zdravotná starostlivosť – lieky (A, AS); individuálne pripočítateľné položky; preventívne zdravotné výkony a zdravotné výkony, ktoré sú súčasťou preventívnej prehliadky v špecializovanej ambulantnej starostlivosti; výkony s Dg. Q35-Q37 v odbore čelustná ortopédia poskytovaná poistencom s rázštepom pery a rázštepom podnebia – podmienkou uznania výkonov je predloženie potvrdenia o evidencii poistenca v príslušnom špecializovanom pracovisku.
2. Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky – výkony č. 5303, 5305 a 5308 s Dg.Z01.4 ako súčasť preventívnej prehliadky.
3. Ústavná zdravotná starostlivosť – Mimoriadne finančne náročná zdravotná starostlivosť – lieky.
4. Výkony zdravotnej starostlivosti poskytované poistencom iných členských štátov EÚ, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu a Švajčiarska, cudzincom zo štátov, s ktorými má SR uzavreté medzištátne dohody, bezdomovcom a poistencom podľa § 9 ods. 3 zákona č. 580/0004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

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

1. Kapitácia.
2. Preventívne zdravotné výkony a ostatné zdravotné výkony vo všeobecnej ambulantnej starostlivosti uvedené v tabuľke „Cena bodu“ a „Cena za výkon“.
3. Výkony dialýz; odporúčaný maximálny počet chronických dialýz poskytovaných jednému poistencovi zaradenému do dlhodobého dialyzačného programu (v súlade s koncepciou odboru) sú tri dialýzy týždenne, prekročenie uvedeného počtu musí byť osobitne zdôvodnené v zdravotnej dokumentácii.
4. Výkony LSPP, ZZS, VZZS, prevoz typu LSPP, LSPR, RLP, RZP, MIJ, LPP, LPS, DZSZ .
5. Lieky, okrem liekov pri mimotelovej eliminačnej liečbe a liekov podávaných v stacionároch s výnimkou psychiatrického stacionára, so symbolom úhrady „A“ zaradené do zoznamu liekov podľa osobitného predpisu, pokiaľ tieto budú preukázateľne nadobudnuté v súlade so všeobecne záväznými predpismi, v súlade so zákonom č. 363/2011 Z. z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, v súlade so zákonom č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach v znení neskorších predpisov, zákonom č. 147/2001 Z. z. o reklame v znení neskorších predpisov, zákonom č. 18/1996 Z. z. o cenách v znení neskorších predpisov, zákonom č. 431/2002 Z. z. o účtovníctve v znení neskorších predpisov a súvisiacich predpisoch a vykázané v súlade s platným Metodickým usmernením Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou lieky so symbolom úhrady „A“ zaradené do zoznamu liekov podľa osobitného predpisu.
6. Výkony zdravotnej starostlivosti poskytované poistencom iných členských štátov EÚ, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu a Švajčiarska, cudzincom zo štátov, s ktorými má SR uzavreté medzištátne dohody, bezdomovcom a poistencom podľa § 9 ods. 3 zákona č. 580/0004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

Príloha č. 3
k Zmluve č. 62NFAS000818

Kritéria na uzatváranie zmlúv
od 01.01.2018 do 31.03.2019

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

Poradové číslo	Názov kritéria	Váha kritéria v %
1	Dostupnosť zdravotnej starostlivosti najmenej v rozsahu verejnej minimálnej siete poskytovateľov zdravotnej starostlivosti podľa platného Nariadenia vlády SR č. 640/2008 Z. z.	20
2	Personálne zabezpečenie Poskytovanie zdravotnej starostlivosti osobami, ktoré spĺňajú podmienky na výkon zdravotníckeho povolania alebo samostatnej zdravotníckej praxe v príslušnom odbore v počte najmenej na úrovni predpísaného minimálneho personálneho vybavenia zdravotníckeho zariadenia podľa výnosu MZ SR z 10. septembra 2008 č. 09812/2008-OL o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení.	20
3	Materiálno – technické vybavenie Materiálno-technické vybavenie pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti najmenej na úrovni predpísaného minimálneho materiálno-technického vybavenia zdravotníckeho zariadenia podľa výnosu MZ SR z 10. septembra 2008 č. 09812/2008-OL o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení, a len takými zdravotníckymi pomôckami a prístrojmi, ktoré spĺňajú technické požiadavky ustanovené zákonom č. 264/1999 o technických požiadavkách na výrobky a o posudzovaní zhody v znení neskorších predpisov.	20
4	Indikátory kvality Indikátory kvality podľa ustanovenia § 7 ods. 4 písm. a), bod 2 a nasl. zákona NR SR č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v platnom znení, ich spracovanie a doručenie poisťovni	20
5	Cena za poskytovanú zdravotnú starostlivosť V súlade s ustanoveniami § 7 zákona č. 581/2004 Z. z. je každý zmluvný partner VŠZP oprávnený do 30 dní odo dňa uverejnenia nižšej ceny podať návrh zdravotnej poisťovni na novú výšku úhrady za zdravotnú starostlivosť, ktorá je nižšia ako nižšia cena. Zmluvní poskytovatelia zdravotnej starostlivosti môžu podať návrh na príslušnej krajskej pobočke VŠZP, a to podľa miesta výkonu poskytovania zdravotnej starostlivosti	15
6	Prevoz materiálu BIO Zabezpečenie prevozu biologického materiálu určeného na diagnostiku (pre pracoviská SVLZ)	5

**Príloha č. 4
k Zmluve č. 62NFAS000818**

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

**Článok I
Všeobecné ustanovenia**

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

**Článok II
Obstaranie liekov, ZP a ŠZM**

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

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

1. Poisťovňa je povinná najmä:
 - a) zverejniť a pravidelne aktualizovať na webovom sídle poisťovne www.vszp.sk, ktoré lieky obstaráva,
 - b) vopred písomne informovať poskytovateľa, ktoré lieky, ZP a ŠZM poisťovňa bude centrálnie obstarávať, resp. písomne vopred informovať poskytovateľa o ukončení obstarávania liekov, ZP a ŠZM,

- c) zabezpečiť distribúciu obstaraného lieku, ZP a ŠZM do lekárne,
 - d) zabezpečiť, aby boli lieky, ZP a ŠZM dodané poskytovateľovi v súlade s požiadavkami na správnu veľkodistribučnú prax a správnu lekárenskú prax a zabezpečiť, aby nedošlo k ich poškodeniu alebo zneužitiu,
 - e) na žiadosť poskytovateľa zabezpečiť presun nepotrebných liekov, ZP a ŠZM inému poskytovateľovi prostredníctvom zmluvného dodávateľa,
 - f) vykonávať u poskytovateľa v priebehu roka kontroly stavu liekov, ZP a ŠZM, ktoré obstarala poisťovňa.
2. Poskytovateľ, okrem povinností stanovených vo Všeobecných zmluvných podmienkach, je povinný najmä:
- a) používať prednostne lieky, ZP a ŠZM, ktoré poisťovňa obstarala,
 - b) pri indikovaní liekov, ZP a ŠZM postupovať účelne a hospodárne podľa súčasných poznatkov farmakoterapie,
 - c) dodržiavať preskripčné a indikačné obmedzenia pri predpisovaní liekov, ZP a ŠZM obstaraných poisťovňou,
 - d) prevziať liek obstaraný poisťovňou na základe dodacieho listu od výrobcu alebo distribútora, ktorý je zmluvným dodávateľom liekov, ZP alebo ŠZM pre poisťovňu; prevzatie liekov, ZP a ŠZM poskytovateľ potvrdzuje podpisom na dodacom liste dňom prevzatia liekov, ZP alebo ŠZM. Dňom prevzatia liekov, ZP alebo ŠZM poskytovateľ preberá za lieky, ZP alebo ŠZM zodpovednosť a je povinný s nimi nakladať tak, aby nedošlo k ich poškodeniu, expirácii, strate alebo zneužitiu, čím by vznikla poisťovní škoda,
 - e) zabezpečiť uchovávanie liekov, ZP a ŠZM v súlade s požiadavkami správnej lekárenskej praxe a zabezpečiť, aby nedošlo k ich poškodeniu alebo zneužitiu; uchovávať ich v lekárni až do doby, keď bude na základe objednávky vydaný na spotrebu príslušnému oddeleniu / ambulancii poskytovateľa,
 - f) skladovať lieky, ZP a ŠZM v lekárni oddelene od liekov, ZP a ŠZM obstaraných poskytovateľom resp. inou zdravotnou poisťovňou,
 - g) viesť riadne a v súlade so skutočným stavom kusovú evidenciu liekov, ZP a ŠZM a všetky doklady k liekom, ZP a ŠZM obstaraných poisťovňou a umožniť poisťovní fyzickú kontrolu skladových zásob,
 - h) minimálne tri mesiace pred uplynutím expiračnej doby lieku, ZP alebo ŠZM písomne alebo elektronicky požiadať poisťovňu o ich nahradenie liekom, ZP alebo ŠZM s expiračnou dobou minimálne 12 mesiacov odo dňa dodania poskytovateľovi,
 - i) nahradiť lieky nákupom z vlastných finančných zdrojov v prípade, že zavinením poskytovateľa došlo k ich znehodnoteniu (napr. porucha na chladiacom zariadení, nesprávne skladovanie liekov, preexspirované lieky) a zaslať poisťovní nadobúdacie doklady o ich nákupe a znehodnotiť ich na vlastné náklady. Uvedené písomne oznámiť poisťovní,
 - j) predložiť zhodnotenie efektivity liečby na poistenca v prípade opakovanej žiadosti o schválenie lieku,
 - k) zasielať priebežne mailom na adresu : cnp.cnp@vszp.sk informáciu o každej zmene v liečbe poistenca, ktorá má vplyv na plnenie predmetu týchto Pravidiel (napr. ukončenie liečby z dôvodu úmrtia poistenca, prerušenie liečby zo zdravotných dôvodov, gravidita, ukončenie poistného vzťahu s poisťovňou, zmeny poskytovateľa, ktorý liek alebo ZP podáva ...),
 - l) zaslať poisťovní zhodnotenie priebehu liečby u poistenca s imuno-tolerančnou liečbou každé 3 mesiace,
 - m) vydať poistencovi lieky na domácu liečbu maximálne na tri mesiace, počet balení prevzatých liekov a sumu celkom v eurách za celkový počet prevzatých liekov poistenec potvrdí svojím podpisom v zdravotnej dokumentácii; poskytovateľ vypočíta cenu ako násobok ceny - maximálna úhrada zdravotnou poisťovňou - za jedno balenie lieku podľa platného Zoznamu kategorizovaných liekov,
 - n) viesť zdravotnú dokumentáciu v súlade s platnou legislatívou,
 - o) zabezpečiť aby pri vydaní liekov poistencovi na domácu liečbu jeho zdravotná dokumentácia obsahovala informovaný písomný súhlas poistenca o správnom nakladaní s týmito liekmi. Poskytovateľ je povinný upozorniť poistenca na povinnosť vedenia evidencie o podanej liečbe,
 - p) zasielať poisťovní mailom na adresu cnp.cnp@vszp.sk presun liekov a ZP – príjem od iného poskytovateľa a výdaj inému poskytovateľovi – na tlačive „Protokol na presun lieku“, ktorý je zverejnený na webovom sídle poisťovne www.vszp.sk,
 - q) zasielať poisťovní cez ePobočku stav zostatkov liekov v baleniach (aj nulový stav liekov) , stav zostatkov ZP a ŠZM v lekárni a na oddeleniach / ambulanciách vždy za kalendárny štvrtrok najneskôr do 15. dňa mesiaca, ktorý nasleduje po skončení kalendárneho štvrtroka. Tieto stavy zostatkov budú považované za východiskové stavy pri kontrole skladových zásob liekov, ZP a ŠZM obstaraných poisťovňou,
 - r) hlásiť poisťovní dodané lieky, ktoré nie sú označené logom „VŠZP“.

Článok IV Vykazovanie

1. Poskytovateľ je povinný vykazovať lieky, ZP a ŠZM obstarané poisťovňou ako pripočítateľnú položku s nulovou cenou v súlade s:

- a) platným Metodickým usmernením Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou o spracovaní a vykazovaní zdravotných výkonov poskytovateľov zdravotnej starostlivosti,
 - b) Čl. 4 ods. 2 Všeobecných zmluvných podmienok (t.j. správne, pravdivo, úplne a bez formálnych nedostatkov).
2. Aditívne a opravné dávky za lieky obstarané zdravotnou poisťovňou zasiela poskytovateľ mailom na adresu: cnp.cnp@vszp.sk len v prípade, že sa nejedná o opravu chybné zrevidovaných liekov na príslušnej pobočke zdravotnej poisťovne. Chybne zrevidované dávky zasiela poskytovateľ na opakovanú revíziu centru spracovania výkonov príslušnej krajskej pobočky.
 3. Poskytovateľ je povinný vykazovať lieky a ZP v deň, kedy boli skutočne podané alebo vydané poistencovi.
 4. Poskytovateľ je povinný vykazovať iba tie lieky, ktoré skutočne poistencovi podal, resp. ktoré vydal poistencovi na domácu liečbu.
 5. Ak poskytovateľ vydal poistencovi lieky obstarané poisťovňou na domácu liečbu, vykazuje ich zdravotnej poisťovni s dátumom vydania liekov poistencovi, ktorých prevzatie poistenec potvrdil svojim podpisom v zdravotnej dokumentácii.
 6. Poskytovateľ je povinný vykazovať poisťovni lieky, ZP a ŠZM, ktoré mu boli presunuté od iného poskytovateľa.
 7. Ak poistenec vráti poskytovateľovi lieky, ktoré si nepodal v domácej liečbe a ktoré mu už raz boli vydané na domácu liečbu, poskytovateľ je povinný o tejto skutočnosti písomne informovať poisťovňu a zároveň zaslať opravnú dávku, v ktorej bude vykázané skutočné množstvo vydaných liekov, znížených o vrátené množstvo liekov. Za spôsob ďalšieho nakladania s vrátenými liekmi zodpovedá poskytovateľ, t.j. rozhodne o ich podaní na ambulancii, alebo o opätovnom vydaní poistencovi na domácu liečbu, resp. v prípade podozrenia, že došlo k znehodnoteniu liekov u poistenca, o uvedenom informuje písomne poisťovňu.
 8. Ak poskytovateľ opomenul vykázať poisťovni lieky, ktoré poistencovi podal v príslušnom zúčtovacom období, je povinný ich vykázať v tom kalendárnom mesiaci, v ktorom zistil, že ich opomenul, najneskôr však do 31.3. nasledujúceho kalendárneho roka po kalendárnom roku, v ktorom lieky poistencovi podal.
 9. Ak poskytovateľ podá poistencovi porovnateľný liek s vyššou úhradou poisťovne, poisťovňa môže v odôvodnených prípadoch uhradiť poskytovateľovi aj porovnateľný liek, maximálne však do výšky ceny lieku centrálne obstaraného poisťovňou. Za porovnateľný liek sa považuje liek z referenčnej skupiny, v ktorej sú zaradené lieky s obsahom rovnakého liečiva a zároveň s rovnakou cestou podania, rovnakou liekovou formou, rovnakým množstvom liečiva v jednej dávke, rovnakou veľkosťou balenia, rovnakým dávkovaním.

Článok V Kontrola

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

Článok VI Sankcie

1. Za porušenie povinností týkajúcich sa obstarania a nakladania s liekmi, ZP a ŠZM a ich vykazovania v zmysle Pravidiel a Všeobecných zmluvných podmienok si poisťovňa môže u poskytovateľa uplatniť zmluvnú pokutu:
 - a) vo výške 25% z ceny lieku za každé balenie lieku v prípade, že poskytovateľ za príslušné zúčtovacie obdobie, kedy liek podal poistencovi, tento nevykázal v súlade s Pravidlami,

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

Príloha č. 5
k Zmluve č. 62NFAS000818

Prospektívny rozpočet
od 01.01.2018 do 31.12.2018

I. Štruktúra prospektívneho rozpočtu

Na základe Prílohy č. 2 zmluvy, časť I. Vecný rozsah predmetu zmluvy, sa zmluvné strany dohodli na nasledovnej štruktúre prospektívneho rozpočtu:

Štruktúra prospektívneho rozpočtu			
ZS hradená cez prospektívny rozpočet		ZS hradená mimo prospektívny rozpočet	
Ambulantná zdravotná starostlivosť			
200	Špecializovaná ambulantná starostlivosť		
210	Onkologická špecializovaná ambulantná starostlivosť		
222	Jednodňová zdravotná starostlivosť		
302	Ústavná pohotovostná služba		
604	Denné stacionáre pre dospelých a deti		
	Výnimky: lieky (A, AS), IPP, preventívne výkony, výkony s Dg. Q35-Q37		
Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky			
400	Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky		
420	Počítačová tomografia		
	Výnimky: výkony č. 5303, 5305 a 5308 s Dg.Z01.4 ako súčasť preventívnej prehliadky		
Ústavná zdravotná starostlivosť			
601	Lôžková nemocničná starostlivosť		
603	Špecializovaná lôžková starostlivosť pre dospelých		
	Výnimky: MFNZS lieky		
Iné			
		701	Lekárne

Pre vylúčenie akýchkoľvek pochybností platí, že z úhrady prostredníctvom prospektívneho rozpočtu sú vyňaté aj výkony zdravotnej starostlivosti poskytovanej poisťovňami iných členských štátov EÚ, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu a Švajčiarska, cudzincom zo štátov, s ktorými má SR uzavreté medzištátne dohody, bezdomovcom a poisťovňami podľa § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

II. Výška prospektívneho rozpočtu

Zmluvné strany sa dohodli na výške prospektívneho rozpočtu na jeden kalendárny mesiac nasledovne:

Výška prospektívneho rozpočtu na jeden kalendárny mesiac (v EUR)	Skupiny typov zdravotnej starostlivosti	Rozpočet pre skupiny typov zdravotnej starostlivosti na jeden kalendárny mesiac (v EUR)
2.414.940,00	Ambulantná zdravotná starostlivosť	324.170,00
	Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky	477.620,00
	Ústavná zdravotná starostlivosť	1.613.150,00

Zúčtovacím obdobím je jeden kalendárny mesiac.

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

III. Vyhodnocovanie prospektívneho rozpočtu

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

Vyhodnocovanie prospektívneho rozpočtu realizuje poisťovňa:

- sumárne s ohľadom na poskytovateľa ako celok,
- na úroveň zadaných skupín zdravotnej starostlivosti:
 - Ambulantná zdravotná starostlivosť,
 - Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky a
 - Ústavná zdravotná starostlivosť.

Ak poskytovateľ počas hodnoteného obdobia (2 bezprostredne predchádzajúce štvrťroky) poskytne poistencom poisťovne uznanú zdravotnú starostlivosť v takom rozsahu, že suma úhrady (resp. korigovanej úhrady v prípade DRG relevantných odborností) pri uplatnení ceny a podmienok úhrady za zdravotnú starostlivosť uvedených v Prílohe č. 1 zmluvy vybočí z niektorého z nižšie uvedených tolerančných pásiem, zmluvné strany sa v lehote do 10 pracovných dní odo dňa doručenia písomnej požiadavky ktorejkoľvek zmluvnej strany zaväzujú pristúpiť k rokovaniu o prehodnotení zmluvných podmienok a výške prospektívneho rozpočtu na jeden kalendárny mesiac na ďalšie obdobie.

Tolerančné pásma vyhodnocovania sú nasledovné:

Tolerančné pásma	
A.	B.
+/- 30% vo vzťahu k súčtu rozpočtov pre skupiny typov zdravotnej starostlivosti na jeden kalendárny mesiac za hodnotené obdobie	+/- 20% vo vzťahu k súčtu prospektívnych rozpočtov na jeden kalendárny mesiac za hodnotené obdobie

1.	Pre Ambulantnú zdravotnú starostlivosť do vyhodnocovania vstupuje vypočítaná suma za uznanú zdravotnú starostlivosť podľa podmienok uvedených v Prílohe č. 1 Zmluvy za jednotlivé typy zdravotnej starostlivosti za hodnotené obdobie (SKUT_{AZS}) a súčet rozpočtov pre Ambulantnú zdravotnú starostlivosť na jeden kalendárny mesiac za hodnotené obdobie (PRUZZ_{AZS}): SKUT_{AZS} / PRUZZ_{AZS} - 1	Do výpočtu vstupuje vypočítaná suma, resp. korigovaná suma za uznanú zdravotnú starostlivosť podľa podmienok uvedených v Prílohe č. 1 Zmluvy za jednotlivé skupiny typov zdravotnej starostlivosti za hodnotené obdobie, maximálne do výšky 130% súčtu rozpočtov pre jednotlivé skupiny typov zdravotnej starostlivosti na jeden kalendárny mesiac za hodnotené obdobie, resp. vypočítaná suma za uznanú zdravotnú starostlivosť v typoch zdravotnej starostlivosti 200, 210, 400, 420, 421 súvisiacu s hospitalizačnými prípadmi DRG relevantných odborností za hodnotené obdobie : SKUT_{AZS} = < 0 ; 1,3 * PRUZZ_{AZS} > SKUT_{SVLZ} = < 0 ; 1,3 * PRUZZ_{SVLZ} > SKUT_{NON-DRG} + KORIG_{DRG} = < 0 ; 1,3 * (PRUZZ_{ÚZS} + SKUT_{AZS-DRG} + SKUT_{SVLZ-DRG}) > nasledovne: (SKUT_{AZS} + SKUT_{SVLZ} + SKUT_{NON-DRG} + KORIG_{DRG}) / (PRUZZ_{AZS} + PRUZZ_{SVLZ} + PRUZZ_{ÚZS} + SKUT_{AZS-DRG} + SKUT_{SVLZ-DRG}) - 1
2.	Pre Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky do vyhodnocovania vstupuje vypočítaná suma za uznanú zdravotnú starostlivosť podľa podmienok uvedených v Prílohe č. 1 Zmluvy za jednotlivé typy zdravotnej starostlivosti za hodnotené obdobie (SKUT_{SVLZ}) a súčet rozpočtov pre Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky na jeden kalendárny mesiac za hodnotené obdobie (PRUZZ_{SVLZ}): SKUT_{SVLZ} / PRUZZ_{SVLZ} - 1	
3.	Pre Ústavnú zdravotnú starostlivosť do vyhodnocovania vstupuje: 3.1. vypočítaná suma za uznanú zdravotnú starostlivosť podľa podmienok uvedených v Prílohe č. 1 Zmluvy za jednotlivé typy zdravotnej starostlivosti pre DRG nerelevantné odbornosti za hodnotené obdobie (SKUT_{NON-DRG}); 3.2. vypočítaná suma za uznanú zdravotnú starostlivosť podľa podmienok uvedených v Prílohe č. 1 Zmluvy za jednotlivé typy zdravotnej starostlivosti pre DRG relevantné odbornosti za hodnotené obdobie s CMI_{KORIG} (KORIG_{DRG}); 3.3. súčet rozpočtov pre Ústavnú zdravotnú starostlivosť na jeden kalendárny mesiac za hodnotené obdobie (PRUZZ_{ÚZS}); 3.4. vypočítaná suma za uznanú zdravotnú starostlivosť v typoch zdravotnej starostlivosti 200, 210, 400, 420, 421 poskytovateľovi a iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti súvisiacu s hospitalizačnými prípadmi DRG relevantných odborností za hodnotené obdobie (SKUT_{AZS-DRG} a SKUT_{SVLZ-DRG}); nasledovne: (SKUT_{NON-DRG} + KORIG_{DRG}) / (PRUZZ_{ÚZS} + SKUT_{AZS-DRG} + SKUT_{SVLZ-DRG}) - 1 pričom: $CMI_{SKUT} = \frac{\sum_{i=1}^n ERV_i}{\sum_{i=1}^n HP_i}$ CMI_{KORIG} = min (CMI_{REF} * 1,05; CMI_{SKUT}) KORIG_{DRG} = Zákl. sadzba * CMI_{KORIG} * $\sum_{i=1}^n HP_i$ CMI_{REF} súvisí s aktuálnou základnou sadzbou pre hodnotené obdobie	

Výsledok vyhodnotenia sa poisťovňa zaväzuje poskytovateľovi písomne oznámiť.

IV. Monitorovanie prospektívneho rozpočtu

Monitorovanie poskytovateľa vo vzťahu k prospektívnemu rozpočtu vykonáva poisťovňa pre účely zaistenia plnenia zmluvných podmienok zo strany poskytovateľa a identifikácie možných negatívnych zmien v poskytovaní zdravotnej starostlivosti poskytovateľom. Monitorované ukazovatele so zmluvne dojednanou cieľovou hodnotou sú uvedené v nižšie uvedených tabuľkách pri jednotlivých skupinách typov zdravotnej starostlivosti.

Ostatné dopĺňajúce ukazovatele bez zmluvne dojednanej cieľovej hodnoty budú monitorované v internom monitorovacom systéme poisťovne, napr. počet pacientov, počet prvovýšetrení, točivosť, počet ošetrovacích dní (typ ZS 604), počet výkonov (typ ZS 222), vývoj objemu indikovanej zdravotnej starostlivosti u iných poskytovateľov (tzv. extramurálna zdravotná starostlivosť), počet hospitalizačných prípadov, Casemix a Casemix-index (typ ZS 601 a 603) a ďalšie; tieto ukazovatele budú monitorované s ohľadom na ich vývoj a porovnanie s ostatnými poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti.

Monitorovanie realizuje poisťovňa:

- sumárne s ohľadom na poskytovateľa ako celok,
- na úroveň zadaných skupín typov zdravotnej starostlivosti:
 - Ambulantná zdravotná starostlivosť,
 - Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky a
 - Ústavná zdravotná starostlivosť,
- na úroveň jednotlivých typov zdravotnej starostlivosti,
- na úroveň jednotlivých odborností zdravotnej starostlivosti (vo vybraných oblastiach až na úroveň zdravotných výkonov a diagnóz).

Poskytovateľ sa zaväzuje neobjednávať si u iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti zdravotnú starostlivosť, ktorú sa v súlade s Prílohou č. 2 zmluvy, časť I. Vecný rozsah predmetu zmluvy, zaväzuje poskytovať poisťovňou priamo on sám. Výnimku predstavujú objektívne prípady a vyššia moc (napr. nepredvídateľná porucha prístrojového vybavenia).

Za účelom monitorovania sa zmluvné strany dohodli na nasledovných ukazovateľoch so zmluvne dojednanou cieľovou hodnotou, osobitne pre jednotlivé skupiny typov zdravotnej starostlivosti:

Ambulantná zdravotná starostlivosť

Tabuľka č. 1

AZS – Zoznam ambulancií poliklinického typu a cieľové hodnoty				
odbornosť		maximálna čakacia doba pre typ ZS 200, 210	typ ZS	kódy ambulancií poliklinického typu
001	vnútorné lekárstvo	2 týždne	200	001 (202)
002	infektológia	2 týždne	200	002 (202)
003	pneumológia a ftizeológia	2 týždne	200	003 (202)
004	neuroológia	2 týždne	200	004 (202)
005	psychiatria	2 týždne	200	005 (201)
007	pediatria	2 týždne	200	007 (202)
009	gynekológia a pôrodnictvo(+JZS)	2 týždne	200	009 (202, 203)
010	chirurgia (+JZS)	2 týždne	200	010 (202, 203)
011	ortopédia (+JZS)	2 týždne	200	011 (201)
012	urológia (+JZS)	2 týždne	200	012 (202)
013	úrazová chirurgia (+JZS)	2 týždne	200	013 (202)
014	otorinolaryngológia (+JZS)	2 týždne	200	014 (202)
015	oftalmológia (+JZS)	2 týždne	200	015 (202, 203)
017	pediatrická gynekológia	2 týždne	200	017 (201)
018	dermatovenerológia	2 týždne	200	018 (202, 203)
025	anestéziológia a intenzívna medicína	2 týždne	200	025 (201)
027	fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia	2 týždne	200	027 (202)
031	hematológia a transfuziológia	2 týždne	200	031 (201, 202)
045	reumatológia	2 týždne	200	045 (201)
046	algeziológia	2 týždne	200	046 (201)

048	gastroenterológia (+JZS)	2 týždne	200	048 (201)
049	kardiológia	2 týždne	200	049 (201)
051	neonatológia	2 týždne	200	051 (201)
060	geriatria	2 týždne	200	060 (202)
063	nefrológia	2 týždne	200	063 (201)
064	endokrinológia	2 týždne	200	064 (201)
068	cievna chirurgia	2 týždne	200	068 (201)
104	pediatrická neurológia	2 týždne	200	104 (201)
144	klinická psychológia	2 týždne	200	144 (202)
154	pediatrická gastroenterológia, hepatológia a výživa	2 týždne	200	154 (201)
229	onkológia v gynekológii	2 týždne	200	229 (201)
019	klinická onkológia	2 týždne	210	019 (202, 203)

Poskytovateľ sa zaväzuje zabezpečiť kapacitu špecializovaných ambulancií tzv. poliklinického typu špecifikovaných v Tabuľke č. 1 tak, aby tieto boli s uvedenou maximálnou čakacou dobou dostupné pre poistencov poisťovne prichádzajúcich a objednávajúcich sa na vyšetrenia na základe odporúčania.

Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky

Tabuľka č. 2

SVLZ – Čakacie doby na vyšetrenie	
plánované výkony	maximálna čakacia doba
Angiografia nekoronárnych tepien a vaskulárne intervenčné výkony	8 týždňov
Echokardiografia	10 týždňov
Endoskopické vyšetrenie	4 týždne
Denzitometria	16 týždňov
Skiagrafia a sonografia	2 týždne
Počítačová tomografia	3 týždne
Magnetická rezonancia	5 týždňov
Mamografické vyšetrenie	2 týždne

Poskytovateľ sa zaväzuje zabezpečiť dostupnosť na vyšetrenia podľa Tabuľky č. 2 tak, aby tieto boli s uvedenou maximálnou čakacou dobou dostupné pre poistencov poisťovne prichádzajúcich a objednávajúcich sa na vyšetrenia na základe odporúčania.

Ústavná zdravotná starostlivosť

Tabuľka č. 3

ÚZS – Čakacie doby na plánovanú operáciu				
	Vybrané choroby	Kód podľa zoznamu chorôb	Kód plánovaného výkonu	Maximálna čakacia doba
1.	Choroby oka a jeho adnexov vyžadujúce implantáciu zdravotníckej pomôcky	H25.0, H25.1, H25.2, H25.8, H25.9, H26.0, H26.1, H26.2, H26.3, H26.4, H26.8, H26.9, H28.0, H28.1, H28.2, H28.8	WL0101 – operácia katarakty s implantáciou vnútroočnej šošovky	150 dní
2.	Choroby obehovej sústavy	I05.0, I05.1, I05.2, I05.8, I05.9, I06.0, I06.1, I06.2, I06.8, I06.9, I07.0, I07.1, I07.2, I07.8, I07.9, I08.0, I08.1, I08.2, I08.3, I08.8, I08.9, I09.0, I09.1, I09.2, I09.8, I09.9, I20.0, I20.1, I20.8, I20.9, I25.0, I25.11, I25.12, I25.13, I25.14, I25.15, I25.16, I25.19, I25.20, I25.21, I25.22, I25.29, I25.3, I25.4, I25.5, I25.6, I25.8, I34.0, I34.1, I34.2, I34.80, I34.88, I37.0, I37.1, I37.2, I37.8, I42.0, I42.1, I42.2, I42.3, I42.4, I42.5, I42.6,	WL0201 – operácia defektu srdcovej priehradky alebo Fallotovej tetralógie WL0202 – operácia vrodenej stenózy alebo insuficiencie aortálneho alebo mitrálneho ústia WL0203 – operácia	150 dní

		I42.7, I42.80, I42.88, I43.0, I43.1, I43.2, I43.8, I47.0, I47.1, I47.2, I48.00, I48.01, I48.10, I48.11, I49.0, I49.1, I49.2, I49.3, I49.4, I49.5, I49.8, I50.00, I50.01, I50.11, I50.12, I50.13, I50.14, I51.0, I51.1, I51.2, I51.4, I71.2, I71.4, I71.6, I71.9, Q21.0, Q21.1, Q21.2, Q21.3, Q21.4, Q21.80, Q21.88, Q21.9, Q23.0, Q23.1, Q23.2, Q23.3, Q23.4, Q23.8, Q23.9, Q25.0, Q25.3, Q25.4, Q25.6, Q25.7, Q25.8, Q25.9	vrodenej stenózy alebo atrézie aorty alebo v. pulmonalis WL0204 – operácia získanej stenózy alebo insuficiencie aortálnej alebo mitrálnnej chlopne WL0205 – operácia aneurizmy aorty WL0206 – operácia na koronárnych artériách WL0207 – PTCA koronárnych artérií WL0209 – rekonštrukčný výkon na periférnych artériách WL0210 – implantácia ICD	
3.	Choroby svalovej a kostrovej sústavy a spojivového tkaniva vyžadujúce implantáciu zdravotníč kej pomôcky	M16.0, M16.1, M16.2, M16.3, M16.4, M16.5, M16.6, M16.7, M16.8, M16.9, M17.0, M17.1, M17.2, M17.3, M17.4, M17.5, M17.9, M40.00, M40.01, M40.02, M40.03, M40.04, M40.05, M40.06, M40.07, M40.08, M40.09, M40.10, M40.11, M40.12, M40.13, M40.14, M40.15, M40.16, M40.17, M40.18, M40.19, M40.20, M40.21, M40.22, M40.23, M40.24, M40.25, M40.26, M40.27, M40.28, M40.29, M40.30, M40.31, M40.32, M40.33, M40.34, M40.35, M40.36, M40.37, M40.38, M40.39, M40.40, M40.41, M40.42, M40.43, M40.44, M40.45, M40.46, M40.47, M40.48, M40.49, M40.50, M40.51, M40.52, M40.53, M40.54, M40.55, M40.56, M40.57, M40.58, M40.59, M41.00, M41.01, M41.02, M41.03, M41.04, M41.05, M41.06, M41.07, M41.08, M41.09, M41.10, M41.11, M41.12, M41.13, M41.14, M41.15, M41.16, M41.17, M41.18, M41.19, M41.20, M41.21, M41.22, M41.23, M41.24, M41.25, M41.26, M41.27, M41.28, M41.29, M41.30, M41.31, M41.32, M41.33, M41.34, M41.35, M41.36, M41.37, M41.38, M41.39, M41.40, M41.41, M41.42, M41.43, M41.44, M41.45, M41.46, M41.47, M41.48, M41.49, M41.50, M41.51, M41.52, M41.53, M41.54, M41.55, M41.56, M41.57, M41.58, M41.59, M41.80, M41.81, M41.82, M41.83, M41.84, M41.85, M41.86, M41.87, M41.88, M41.89, M41.90, M41.91, M41.92, M41.93, M41.94, M41.95, M41.96, M41.97, M41.98, M41.99, M42.00, M42.01, M42.02, M42.03, M42.04, M42.05, M42.06, M42.07, M42.08, M42.09, M42.10, M42.11, M42.12, M42.13, M42.14, M42.15, M42.16, M42.17, M42.18, M42.19, M42.90, M42.91, M42.92, M42.93, M42.94, M42.95, M42.96, M42.97, M42.98, M42.99, M43.00, M43.01, M43.02, M43.03, M43.04, M43.05, M43.06, M43.07, M43.08, M43.09, M43.10, M43.11, M43.12, M43.13, M43.14,	WL0301 – implantácia TEP bedrového kľbu WL0302 – implantácia TEP kolenného kľbu WL0303 – operácia artrózy vrátane implantácie endoprotézy iných kľbov WL0304 – operácie instabilit a deformít na chrbtici vrátane použitia externých a interných fixátorov chrbtice WL0305 – operácie instabilit a deformít na chrbtici vrátane použitia spondyloplastických metód	150 dní

		M43.15, M43.16, M43.17, M43.18, M43.19, M43.20, M43.21, M43.22, M43.23, M43.24, M43.25, M43.26, M43.27, M43.28, M43.29, M43.3, M43.4, M43.50, M43.52, M43.53, M43.54, M43.55, M43.56, M43.57, M43.58, M43.59, M43.6, M43.81, M43.82, M43.83, M43.84, M43.85, M43.86, M43.87, M43.88, M43.89		
--	--	--	--	--

V. Termíny vyhodnocovania prospektívneho rozpočtu

Poistovňa vykoná hodnotenie prospektívneho rozpočtu v nasledovných termínoch.

por. č. hodnotenia	hodnotené obdobie (mesiac/rok)	priebeh hodnotenia (mesiac/rok)	obdobie uplatňovania prípadnej zmeny (od – mesiac/rok)
1.	01/2018 – 06/2018	08/2018	10/2018
2.	04/2018 – 09/2018	11/2018	01/2019
3.	07/2018 – 12/2018	02/2019	04/2019

Príloha č. 6
k Zmluve č. 62NFAS000818

Všeobecné zmluvné podmienky účinné od 1.10.2016

Čl. 1
Úvodné ustanovenia

1. Všeobecné zmluvné podmienky (ďalej len „VZP“) upravujú niektoré práva a povinnosti medzi Všeobecnou zdravotnou poisťovňou, a.s. so sídlom, Panónska cesta 2, 851 04 Bratislava, IČO: 35937874, zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I., oddiel Sa, vložka číslo: 3602/B (ďalej len „poisťovňa“) a poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, poskytovateľom lekárenskej starostlivosti a poskytovateľom služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti (ďalej len „poskytovateľ“) vyplývajúce zo zmluvy o poskytovaní a úhrade zdravotnej starostlivosti, lekárenskej starostlivosti a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti.
2. Zmluvu o poskytovaní a úhrade zdravotnej starostlivosti, lekárenskej starostlivosti a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti (ďalej len „zdravotná starostlivosť“) uzatvára poisťovňa s poskytovateľom v zmysle § 7 zákona č. 581/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov (ďalej len „Zmluva“). Zmluva je dvojstranný právny úkon, ktorý uzatvára poisťovňa s poskytovateľom a jej predmetom je zabezpečovanie poskytovania a úhrada zdravotnej starostlivosti, ktorá je plne alebo čiastočne hraďená na základe verejného zdravotného poistenia, a to v cene, rozsahu a za podmienok dohodnutých v Zmluve.
3. Zmluva sa riadi príslušnými ustanoveniami všeobecne záväzných právnych predpisov uvedenými v Čl. 1 Zmluvy, zmluvne dohodnutými podmienkami vrátane všetkých jej príloh. Všetky súčasti zmluvy sú pre zmluvné strany záväzné. Odlišné ustanovenia Zmluvy majú prednosť pred VZP.

Čl. 2
Povinnosti pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti

1. Poskytovateľ je povinný:
 - a. pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti plniť všetky povinnosti uložené všeobecne záväznými právnymi predpismi, odbornými usmerneniami Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky (ďalej len „MZ SR“), metodickými usmerneniami a odporúčaniami Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej len „Úrad“), Zmluvou, VZP a platnou legislatívou EÚ upravujúcou poskytovanie a úhradu zdravotnej starostlivosti,
 - b. poskytovať zdravotnú starostlivosť tak, aby prostriedky verejného zdravotného poistenia boli vynakladané účelne, efektívne, hospodárne a správne,
 - c. poskytovať zdravotnú starostlivosť v súlade s rozhodnutím príslušného orgánu, predložiť poisťovní rozhodnutie príslušného orgánu, na základe ktorého je oprávnený poskytovať zdravotnú starostlivosť, lekárenskú starostlivosť alebo služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a oznamovať poisťovní písomne a bez zbytočného odkladu rozhodnutie o dočasnom pozastavení povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia, rozhodnutie o zrušení povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia, najneskôr však do 7 dní od nadobudnutia právoplatnosti rozhodnutia o pozastavení alebo zrušení povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia,
 - d. oznamovať poisťovní zmeny v materiálo-technickom vybavení zdravotníckeho zariadenia zdravotníckou technikou používanou pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, pokiaľ sú poskytované výkony zdravotnej starostlivosti vykazované k úhrade poisťovní, ktoré v podstatnej miere ovplyvnia rozsah poskytovanej zdravotnej starostlivosti,
 - e. poskytovať zdravotnú starostlivosť s materiálo-technickým vybavením, s použitím zdravotníckej techniky a personálnym zabezpečením, ktoré spĺňajú požiadavky všeobecne záväzných právnych predpisov a technických noriem,
 - f. oznamovať poisťovní kódy lekárov, iných zdravotníckych pracovníkov, výšku úväzku, kódy poskytovateľa a každú ich zmenu. Oznámenie nového kódu poskytovateľa nie je dôvodom na rozšírenie predmetu Zmluvy,
 - g. oznamovať poisťovní zmenu ordinačných hodín ako aj akékoľvek ďalšie zmeny týkajúce sa zmluvného vzťahu medzi poskytovateľom a poisťovňou,
 - h. zistiť pred poskytnutím zdravotnej starostlivosti pri priamom kontakte s poistencom poistný vzťah poistenca k poisťovní z preukazu poistenca,
 - i. poskytovať zdravotnú starostlivosť osobne alebo prostredníctvom osôb, ktoré spĺňajú podmienky na výkon zdravotníckeho povolania v príslušnom odbore,
 - j. oznamovať poisťovní k poslednému dňu v kalendárnom mesiaci na tlačive predpísanom Úradom každé poskytnutie zdravotnej starostlivosti osobe v dôsledku preukázaného porušenia liečebného režimu, užitia alkoholu alebo inej návykovej látky, ako aj úraz alebo iné poškodenie zdravia, v súvislosti s ktorým poskytol osobe zdravotnú starostlivosť, pri dôvodnom podozrení, že k úrazu

- alebo inému poškodeniu zdravia došlo zavineným protiprávnym konaním tretej osoby; smrteľné úrazy, ťažké úrazy, hromadné úrazy a choroby z povolania je poskytovateľ povinný oznamovať všetky bez výnimky,
- k. zabezpečiť zastupovanie v rozsahu povolenia počas svojej dočasnej neprítomnosti a súčasne na viditeľnom mieste označiť poskytovateľa, ktorý ho bude zastupovať. Ak dočasná neplánovaná neprítomnosť poskytovateľa trvá dlhšie ako 3 pracovné dni a poskytovateľ nemá zabezpečené zastupovanie, uvedenú skutočnosť oznámi poskytovateľ poisťovni bezodkladne,
 - l. poskytnúť preventívnu prehliadku, resp. zabezpečiť poskytnutie všetkých výkonov v rozsahu stanovenom všeobecne záväzným právnym predpisom. V prípade, ak nemá poskytovateľ potrebné materiálo-technické vybavenie v ambulancii, odošle poistenca k inému poskytovateľovi na poskytnutie zdravotnej starostlivosti súvisiacej s náplňou preventívnej prehliadky, v žiadosti uvedie aké výkony majú byť poskytnuté a skutočnosť, že ide o preventívnu prehliadku. Poskytnutie preventívnej prehliadky, rozsah výkonov a závery vyplývajúce z preventívnej prehliadky zaznamená poskytovateľ v zdravotnej dokumentácii. Poskytnutie preventívnej prehliadky potvrdí v zdravotnej dokumentácii svojím podpisom poistenec alebo jeho zákonný zástupca,
 - m. viesť zdravotnú dokumentáciu v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi tak, aby údaje v zdravotnej dokumentácii poskytovateli pravdivý a komplexný prehľad o zdravotnom stave poistenca a zdravotnej starostlivosti poskytnutej poistencovi. V prípade odoslania poistenca na ďalšie poskytovanie zdravotnej starostlivosti je povinný vyhotoviť výpis zo zdravotnej dokumentácie s uvedením výsledkov všetkých vykonaných vyšetrení. Po poskytnutí zdravotnej starostlivosti je poskytovateľ povinný zaznamenať všetky výkony a vyšetrenia v zdravotnej dokumentácii tak, aby mohli byť poskytnuté ostatným poskytovateľom (najmä poskytovateľovi, na odporúčanie ktorého bola poskytnutá zdravotná starostlivosť a poskytovateľovi všeobecnej ambulantnej starostlivosti, s ktorým má poistenec uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti),
 - n. postupovať v súlade s platným odborným usmernením MZ SR pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v oblasti poskytovania a úhrady vecných dávok podľa platnej legislatívy EÚ pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti poistencom EÚ v SR,
 - o. pri predpisovaní a odporúčaní liekov, zdravotníckych pomôcok, dietetických potravín postupovať podľa súčasných poznatkov farmakoterapie účelne a hospodárne, dodržiavať všetky indikačné obmedzenia, preskripčné obmedzenia, množstvom, finančné a časové limity stanovené v záväzných opatreniach MZ SR; pri poskytovaní liekov dodržiavať terapeutické indikácie vrátane ostatných klinických informácií, ktoré vyplývajú zo súhrnu charakteristických vlastností lieku schváleného pri registrácii, pri poskytovaní zdravotníckych pomôcok dodržiavať účel ich použitia schválený pri posudzovaní zhody. Predpísanie liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín je poskytovateľ povinný zaznamenať v zdravotnej dokumentácii,
 - p. pri predpisovaní liekov, zdravotníckych pomôcok, dietetických potravín používať len tlačivá lekárske predpisov a lekárske poukazy vyhotovených v súlade so všeobecne záväzným právnym predpisom. Poskytovateľ je povinný na lekárskom predpise a lekárskom poukaze vyplniť všetky náležitosti v súlade so zákonom č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov a Odborným usmernením Úradu o spracovaní a vykazovaní lekárske predpisov a lekárske poukazy,
 - q. požiadať poisťovňu o dodanie liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín, pri ktorých poisťovňa vopred v písomnej alebo elektronickej forme oznámi poskytovateľovi, že ich zabezpečuje pre poskytovateľov od ich výrobcu, alebo veľkodistribútora.
2. Poskytovateľ zodpovedá za účelnosť, efektívnosť a hospodárnosť indikovania zdravotnej starostlivosti, lekárenskej starostlivosti a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti.
 3. Poskytovateľ zodpovedá za to, že navrhne zabezpečenie poskytnutia plánovanej zdravotnej starostlivosti poistencom poisťovne v krajinách EÚ iba za podmienok stanovených v zákone č. 580/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov. Postup a príslušné tlačivá sú uverejnené na webovom sídle poisťovne www.vszip.sk.
 4. Poskytovateľ všeobecnej ambulantnej starostlivosti, ktorý predpisuje lieky, zdravotnícke pomôcky alebo dietetické potraviny na základe odporúčania odborného lekára zmluvného poskytovateľa, uvedie na druhej strane lekárske predpisov (poukazov) poznámku: „na odporúčanie odborného lekára“ s uvedením mena a priezviska, názvu a sídla poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, jeho kódu a dátumu lekárskej správy, v ktorej odporúčal predpísanie humánneho lieku, zdravotníckej pomôcky a dietetickej potraviny, odtlačok pečiatky predpisujúceho lekára, dátum a jeho vlastnoručný podpis. Odporúčanie odborného lekára nesmie byť staršie ako 6 mesiacov.
 5. Podanie vzorky lieku (§ 8 ods. 19 zákona č. 147/2001 Z. z. o reklame v znení neskorších predpisov), ktorú poskytovateľovi doručil zástupca výrobcu alebo veľkodistribútora, musí byť zaznamenané v zdravotnej dokumentácii poistenca.
 6. Poskytovateľ môže poistencovi predpísať individuálne zhotovovanú zdravotnícku pomôcku len vtedy, pokiaľ použitie sériovo vyrábanej zdravotníckej pomôcky je pre poistenca nevhodné. Poskytovateľ je povinný v zdravotnej dokumentácii medicínsky odôvodniť nevhodnosť použitia sériovo vyrábanej zdravotníckej pomôcky a nevyhnutnosť predpísania individuálne zhotovovanej zdravotníckej pomôcky.
 7. Ak poskytovateľ plánuje predpísať alebo poskytnúť poistencovi liek, zdravotnícku pomôcku alebo dietetickú potravinu, ktorých úhrada vyžaduje v súlade s platnými právnymi predpismi a Zmluvou vydanie súhlasu revízieho lekára zdravotnej poisťovne, požiada o vydanie súhlasu s úhradou na tlačive, ktoré je zverejnené na internetovej stránke poisťovne. Vyplnené tlačivo poskytovateľ písomne alebo elektronicke doručí poisťovni

- pred poskytnutím lieku, zdravotníckej pomôcky, dietickej potraviny. Poisťovňa po skompletizovaní žiadosti vydá stanovisko k úhrade lieku, zdravotníckej pomôcky, dietickej potraviny a doručí ho poskytovateľovi.
8. Poskytovateľ v prípade súhlasného stanoviska s úhradou podľa ods. 7 vypíše samostatný lekársky predpis, resp. poukaz a uvedie evidenčné číslo vydaného súhlasu, dátum vydania súhlasu s úhradou, dobu trvania vydaného súhlasu, eventúálne množstvo bal./ks, na ktorý je vydaný súhlas s úhradou, meno a priezvisko revízného lekára, ktorý súhlas vydal a výšku úhrady zdravotnou poisťovňou.
 9. Poskytovateľ všeobecnej ambulantnej starostlivosti alebo iný ošetrojúci lekár, ktorý navrhol alebo schválil poskytovanie domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ďalej len „DOS“), zabezpečí potrebné lieky, zdravotnícke pomôcky a dietickej potraviny predpisom na lekársky predpis, alebo lekársky poukaz. Lieky so symbolom úhrady „A“ zaradené do Zoznamu liečiv a liekov plne uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia zabezpečí a podáva lekár všeobecnej ambulantnej starostlivosti v rámci návštevnej služby alebo ambulantne. Poskytovateľ všeobecnej ambulantnej starostlivosti alebo iný ošetrojúci lekár:
 - a. spolupracuje pri poskytovaní DOS s agentúrami domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ďalej len „ADOS“), ktoré sú v zmluvnom vzťahu s poisťovňou,
 - b. navrhuje poskytovanie DOS poisťencom, s ktorými má uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti,
 - c. poskytovateľom ADOS schvaľuje plán ošetrovateľskej starostlivosti a rozsah poskytovania DOS,
 - d. Návrh na poskytovanie DOS, ktorého vzor je zverejnený na internetovej stránke poisťovne, potvrdí svojím podpisom a odtlačkom pečiatky. Do zdravotnej dokumentácie poisťenca zaznamená údaj o potvrdení návrhu na poskytovanie DOS a rozsah navrhutej DOS. V zdravotnej dokumentácii osobitne zdôvodní návrh na poskytnutie jednorazových výkonov prostredníctvom ADOS, ako je podanie očkovacej látky, vykonanie odoberov, kontrola tlaku krvi u imobilných hypertonikov a pod.
 10. Poskytovateľ všeobecnej ambulantnej starostlivosti alebo iný ošetrojúci lekár poskytuje v prípade potreby pracovníkom ADOS konzultácie týkajúce sa u neho kapitovaných poisťencov. Poskytovateľ všeobecnej ambulantnej starostlivosti, ktorý navrhol dlhodobé poskytovanie DOS, vykoná u poisťenca minimálne raz mesačne návštevu a do zdravotnej dokumentácie uvedie epikrízu o rozsahu a efektívnosti poskytovanej DOS, zdôvodní ďalšie poskytovanie DOS, prípadne upraví rozsah výkonov DOS podľa aktuálneho stavu poisťenca.
 11. Poskytovateľ indikuje vykonanie výkonov spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek (ďalej len „SVLZ“) uhrádzaných z verejného zdravotného poistenia, ak ich poskytnutie je potrebné zo zdravotných dôvodov.
 12. Poskytovateľ, ktorý indikuje výkony SVLZ, na žiadanke o vykonanie výkonov SVLZ uvedie:
 - a. meno, priezvisko, rodné číslo poisťenca (resp. evidenčné číslo poisťenca),
 - b. kód poisťovne poisťenca,
 - c. diagnózu ochorenia poisťenca podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb (MKCH 10),
 - d. druh a počet požadovaných vyšetrení,
 - e. kód odosielaajúceho lekára,
 - f. v osobitných prípadoch (podľa charakteru výkonu) aj dátum a čas odberu biologického materiálu, epikrízu ochorenia, dôležité údaje pre správnu a efektívnu realizáciu výkonu,
 - g. ak ide o výkon nehradený na základe verejného zdravotného poistenia, uvedie túto informáciu zreteľne na žiadanke.
 13. Záznam o indikovaných SVLZ vyšetreniach a ich výsledky musia byť súčasťou zdravotnej dokumentácie pacienta.
 14. Poskytovateľ SVLZ zodpovedá za správnosť výsledkov vykonaných vyšetrení vrátane ich popisu.
 15. Poskytovateľ, ktorý indikuje SVLZ vyšetrenia musí dbať na ich účelnosť, a to najmä:
 - a. zdravotné výkony uvedené v Katalógu výkonov v kapitole Genetika môže indikovať len lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore lekárska genetika alebo hematológia a transfuziológia,
 - b. lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore všeobecné lekárstvo pre dospelých a všeobecný lekár pre deti a dorast nemôže indikovať vyšetrenia onkomarkerov, vyšetrenia amplifikačnými metódami, stanovenie špecifického IFN-gama, výkony CT a MR diagnostiky,
 - c. poskytovateľ indikuje vyšetrenia SVLZ spravidla u jedného poskytovateľa SVLZ. To neplatí v prípade, ak poskytovateľ SVLZ nemôže vzhľadom na materiálno-technické vybavenie a personálne zabezpečenie takéto vyšetrenia realizovať.
 16. Poskytovateľ môže v priamej súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti poisťencovi objednať u poskytovateľa, ktorý má uzatvorenú s poisťovňou zmluvu o doprave ako službe súvisiacej s poskytovaním zdravotnej starostlivosti dopravu z miesta bydliska poisťenca do miesta poskytovania zdravotnej starostlivosti poisťencovi a späť alebo medzi dvomi miestami poskytovania zdravotnej starostlivosti.
 17. Poskytovateľ je povinný v zdravotnej dokumentácii odôvodniť objednanie dopravy. Dopravu poskytovateľ objednáva na tlačíve „Prikaz na dopravu zo zdravotných dôvodov“, ktorého vzor je uvedený na internetovej stránke. Za objednanie dopravy je zodpovedný objednávajúci lekár, ktorý môže dopravu objednať iba za účelom prevozu:
 - a. poisťenca do zdravotníckeho zariadenia alebo zo zdravotníckeho zariadenia v cudzine alebo štátoch EÚ na vopred schválenú liečbu príslušnou pobočkou poisťovne,
 - b. poisťenca na vyššie odborné alebo špecializované pracovisko ako pokračovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti,
 - c. poisťenca, ak jeho zdravotný stav vyžaduje počas prepravy protiepidemický režim, ktorý sa nedá zabezpečiť iným spôsobom prepravy,

- d. poistenca, ktorý je zaradený do dlhodobého dialyzačného programu alebo do transplantáčného programu (pred transplantáciou) a preprava sa týka zdravotnej starostlivosti poskytovanej v súvislosti s týmito programami,
- e. poistenca, ktorému je poskytovaná ambulantná chemoterapia, aktinoterapia alebo dispenzárna kontrola u onkológa, ak vzhľadom na zdravotný stav nie je schopný samostatného pohybu a dopravy prostriedkami verejnej dopravy,
- f. poistenca, ktorý nie je schopný samostatného pohybu a dopravy prostriedkami verejnej dopravy,
- g. poistenca na kúpeľnú starostlivosť, ktorá bezprostredne nadväzuje na ústavnú starostlivosť osoby, ktorej preprava vzhľadom na jej zdravotný stav nie je možná prostriedkami verejnej hromadnej dopravy alebo iným spôsobom,
- h. lekára návštevnjej lekárskej služby prvej pomoci na výkon neodkladnej návštevy v mieste bydliska poistenca,
- i. transfúzií prípravkov a liekov v osobitne naliehavých prípadoch.

Čl. 3

Kritériá na uzatváranie zmlúv

1. Poistovňa v zmysle zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 581/2004 Z. z.“) stanovuje a uverejňuje na úradnej tabuli v mieste sídla poisťovne a na webovom sídle poisťovne www.vsyp.sk kritériá na uzatváranie zmlúv s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti vzťahujúce sa na personálne a materiálno-technické vybavenie poskytovateľa a na indikátory kvality.
2. Poskytovateľ je povinný poskytovať poisťovní údaje potrebné na vyhodnotenie indikátorov kvality uverejnených v rámci kritérií na uzatváranie zmlúv podľa ods. 1 tohto článku.
3. V prípade, ak poskytovateľ zdravotnej starostlivosti prestal spĺňať kritériá, ktoré poisťovňa riadne stanovila a uverejnila v súlade so zákonom č. 581/2004 Z. z., pokiaľ o ich nesplnení má poskytovateľ vedomosť, je povinný bez zbytočného odkladu oznámiť túto skutočnosť poisťovni a v lehote 30 kalendárnych dní vykonať všetky potrebné opatrenia, aby kritériá opätovne spĺňal.
4. Ustanovenia tohto článku sa nevzťahujú na poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti ani na poskytovateľov záchranej zdravotnej služby; povinnosť poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti poskytovať poisťovní údaje potrebné na vyhodnocovanie indikátorov kvality, tým nie je dotknutá.

Čl. 4

Vykazovanie poskytnutej zdravotnej starostlivosti

1. Poskytovateľ vykazuje poskytnutú zdravotnú starostlivosť a uplatňuje si úhradu od poisťovne za zúčtovacie obdobie, ktorým je jeden kalendárny mesiac.
2. Poskytovateľ je povinný na základe údajov uvedených v zdravotnej dokumentácii vykazovať zdravotnú starostlivosť poskytnutú v zúčtovacom období správne, pravdivo, úplne, bez formálnych nedostatkov:
 - a. zdravotná starostlivosť je vykázaná správne, pokiaľ ju poskytovateľ vykázal v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi, zmluvou a všeobecnými zmluvnými podmienkami. Zdravotná starostlivosť, ktorú poskytovateľ poskytol, avšak chybné ju vykázal, t.j. nevykázal ju v súlade so všeobecnými záväznými právnymi predpismi, zmluvou a všeobecnými zmluvnými podmienkami, sa považuje za nesprávne vykázanú,
 - b. zdravotná starostlivosť je vykázaná pravdivo, pokiaľ poskytovateľ vykáže zdravotnú starostlivosť, ktorú v skutočnosti poskytol. Zdravotná starostlivosť, ktorú poskytovateľ pri objektívnom posúdení všetkých okolností reálne nemohol poskytnúť a neposkytol, sa považuje za zdravotnú starostlivosť vykázanú nepravdivo. Za zdravotnú starostlivosť vykázanú nepravdivo sa považuje aj zdravotná starostlivosť, ktorej poskytnutie nie je uvedené v zdravotnej dokumentácii vedenej poskytovateľom,
 - c. zdravotná starostlivosť je vykázaná úplne a bez formálnych nedostatkov, pokiaľ poskytovateľ vykázal poskytnutú zdravotnú starostlivosť správne a pravdivo, a kontrolou vykonanou podľa Čl. 6 nie sú u poskytovateľa zistené žiadne iné formálne nedostatky a pochybenia. Pokiaľ kontrolou vykonanou podľa Čl. 6 boli u poskytovateľa zistené formálne nedostatky a pochybenia, zdravotná starostlivosť je považovaná za vykazovanú správne a pravdivo, no neúplne a s formálnymi nedostatkami.
3. Poskytovateľ vykazuje choroby podľa 10. revízie Medzinárodnej klasifikácie chorôb (MKCH 10).
4. Poskytovateľ je povinný pri vykazovaní zdravotnej starostlivosti používať kódy lekárov a iných zdravotníckych pracovníkov a kódy poskytovateľa pridelené Úradom.
5. Poskytovateľ je oprávnený vykázat zdravotnú starostlivosť poskytnutú pomocou zdravotníckej techniky, ktorá netvorí povinné materiálno-technické vybavenie len v prípade, ak s jej použitím poisťovňa súhlasila.
6. Poisťovňa preplatí liek vo výške za akú poskytovateľ liek obstaral maximálne však v cene uvedenej v kategorizácii MZ SR. V prípade, že by obstarávacia cena lieku bola vyššia, ako stanovená maximálna úhrada poisťovne za liek, poisťovňa uhradí liek vo výške stanovenej maximálnej úhrady zdravotnej poisťovne za liek. Poisťovňa preplatí liek vo výške za akú poskytovateľ liek obstaral, najviac však vo výške maximálnej úhrady zdravotnej poisťovne za liek platnej v čase obstarania lieku poskytovateľom. Uvedené platí po dobu 3 kalendárnych mesiacov nasledujúcich po kalendárnom mesiaci, v ktorom poskytovateľ liek preukázateľne obstaral.

7. Poskytnutú zdravotnú starostlivosť vykazuje poskytovateľ zúčtovacími dokladmi. Zúčtovacím dokladom sú súbory v elektronickej forme obsahujúce zoznam poskytnutej zdravotnej starostlivosti, ktorú poskytovateľ poskytol počas zúčtovacieho obdobia, prírastky a úbytky kapítovaných poistencov (ďalej len „dávka“). Poskytovateľ je povinný vykazovať poskytnutú zdravotnú starostlivosť v súlade s platným Metodickým usmernením Úradu o spracovaní a vykazovaní zdravotných výkonov poskytovateľov zdravotnej starostlivosti elektronickou formou a usmernením Úradu o spracovaní a vykazovaní lekárskeho predpisov a lekárskeho poukazov elektronickou formou (ďalej len „dátové rozhranie“). Pokiaľ Úrad rozhodne o zmene dátového rozhrania, poskytovateľ bude odo dňa účinnosti zmeny vykazovať poskytnutú zdravotnú starostlivosť podľa zmeneného dátového rozhrania.
8. Zdravotnú starostlivosť poskytnutú osobám z členských štátov EÚ, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu a Švajčiarska vykazuje poskytovateľ poisťovni v súlade s platným Odborným usmernením MZ SR pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v oblasti poskytovania a úhrady vecných dávok podľa platnej legislatívy EÚ.
9. Zdravotnú starostlivosť poskytnutú cudzincom tých štátov, s ktorými má Slovenská republika uzatvorené dohody o poskytnutí zdravotnej starostlivosti z prostriedkov štátneho rozpočtu na základe medzinárodných zmlúv a bezdomovcom (okrem členských štátov EÚ, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu a Švajčiarska) zdržujúcim sa na území SR, ak nemôžu preukázať poistný vzťah preukazom poistenca, vykazuje poskytovateľ osobitne na samostatných zúčtovacích dokladoch podľa platného metodického usmernenia Úradu.

Čl. 5 Platobné podmienky

1. Poskytovateľ je oprávnený vykázať poskytnutú zdravotnú starostlivosť a fakturovať ju najskôr po uplynutí zúčtovacieho obdobia. Poskytovateľ doručí poisťovni faktúru s prílohami najneskôr do 10 dní po uplynutí zúčtovacieho obdobia, v ktorej uvedená celková suma bude zaokrúhlená na dve desiatinné miesta nahor. V prípade doručenia faktúry pred uplynutím zúčtovacieho obdobia sa za deň doručenia faktúry považuje prvý kalendárny deň nasledujúceho mesiaca.
2. Povinnou prílohou faktúry za poskytnutú zdravotnú starostlivosť sú:
 - a. dávky vykázané podľa platného dátového rozhrania,
 - b. pri lekárskej starostlivosti poskytovateľ zasiela samostatnú dávku za každý zväzok podľa písm. c),
 - c. originály riadne vyplnených, otaxovaných lekárskeho predpisov, výpisov z lekárskeho predpisov a lekárskeho poukazov rozdelené v zmysle tohto bodu písm. ca) až ce) a rozdelené do zväzkov maximálne po 200 ks. V rámci každého zväzku budú lekárske predpisy, výpisy z lekárskeho predpisov a lekárske poukazy označené poradovými číslami. Na jednotlivých zväzkoch bude uvedené číslo faktúry, poradové číslo zväzku, počet lekárskeho predpisov, výpisov z lekárskeho predpisov, počet lekárskeho poukazov v ňom a zodpovedajúca suma zväzku. Zväzok bude tiež označený názvom poskytovateľa a bude uvedené aj jeho IČO. Prechodné obdobie na uvádzanie IČO je do 31.12.2016. Lekárske predpisy a výpisy z lekárskeho predpisov budú triedené nasledovne:
 - i. lekárske predpisy na omamné látky,
 - ii. lekárske predpisy a výpisy na lieky vydané na základe súhlasu revízneho lekára,
 - iii. lekárske predpisy a výpisy, na základe ktorých bol realizovaný výdaj dôležitého lieku,
 - iv. lekárske predpisy a výpisy ostatné,
 - v. lekárske poukazy,
 - d. podpísaná a opečiatkovaná sumarizácia k faktúre vecne príslušných zväzkov lekárskeho predpisov, výpisov z lekárskeho predpisov a lekárskeho poukazov. Poradové čísla predložených zväzkov lekárskeho predpisov, výpisov z lekárskeho predpisov a lekárskeho poukazov musia súhlasiť s údajmi na tejto sumarizácii zväzkov danej faktúry,
 - e. podpísaná a opečiatkovaná sumarizácia zväzkov lekárskeho poukazov. Pri vydaní zdravotníckej pomôcky, ktorá je majetkom poisťovne, k danému lekárskeму poukazu bude priložená v jednom vyhotovení dohoda o výpožičke medzi poistencom a poisťovňou, v ktorej poskytovateľ vyznačí výrobné číslo vydaného ZP a výšku úhrady poisťovňou a poistencom. Poradové čísla zväzkov lekárskeho poukazov musia súhlasiť s údajmi na sumarizácii zväzkov danej faktúry,
 - f. pri vydaní zdravotníckej pomôcky, ktorá je zaradená v skupine so zvláštnym režimom výdaja bude prílohu k lekárskeму poukazu tvoriť v dvoch vyhotoveniach riadne vyplnená a poistencom podpísaná dohoda o používaní zdravotníckej pomôcky, v ktorej poskytovateľ lekárskej zdravotnej starostlivosti vyznačí výrobné číslo vydaného zdravotníckej pomôcky, dátum výdaja, výšku úhrady poisťovňou a poistencom, údaje o zákonnom zástupcovi poistenca (meno, priezvisko, adresa, telefónne číslo). Jedno vyhotovenie poskytovateľ odovzdá poistencovi a jedno zašle poisťovni.
3. Poisťovňa vykoná kontrolu formálnej správnosti doručenej faktúry a ak zistí, že faktúra nie je formálne správna, vráti ju poskytovateľovi najneskôr do 5 pracovných dní odo dňa jej doručenia do poisťovne na jej doplnenie alebo opravu spolu s uvedením dôvodu vrátenia. Lehota stanovená na vecnú kontrolu uvedenú v ods. 5 tohto článku a lehota splatnosti dohodnutá v ods. 7 tohto článku plynú odo dňa doručenia formálnej správnej faktúry do poisťovne.

4. Poisťovňa u formálne správnej faktúry vykoná vecnú kontrolu vykázananej zdravotnej starostlivosti, zameranú najmä na správnosť a úplnosť vykázaných údajov s prihliadnutím na účelné, efektívne a hospodárne vynakladanie prostriedkov z verejného zdravotného poistenia.
5. Ak poisťovňa pri vecnej kontrole zistí výkony fakturované v rozpore so všeobecne záväznými právnymi predpismi alebo v rozpore so Zmluvou a VZP, spracuje tieto zistenia do chybových protokolov, v ktorých budú uvedené neakceptované výkony s uvedením dôvodu ich zamietnutia. Neakceptovanie výkonov revíznym lekárom, revíznym farmaceutom alebo revíznou sestrou poisťovne, bude stručne slovne odôvodnené. Tieto doklady budú odoslané poskytovateľovi najneskôr do 25 kalendárnych dní odo dňa doručenia formálne správnej faktúry spolu so "Žiadosťou o vystavenie opravného dokladu k faktúre". Poskytovateľ vystaví opravný doklad k predloženej faktúre, a to vo výške uvedenej v doklade „Žiadosť o vystavenie opravného dokladu k faktúre“. Doručením opravného dokladu zodpovedajúceho sume uvedenej na doklade „Žiadosť o vystavenie opravného dokladu k faktúre“ sa považuje faktúra za vecne správnu. Vystavenie opravného dokladu, ktorý je účtovným dokladom, nevylučuje postup podľa ods. 6 tohto článku.
6. Ak poskytovateľ nesúhlasí so skutočnosťami uvedenými v chybovom protokole, doručí poisťovni námietky voči skutočnostiam uvedeným v chybovom protokole do 10 kalendárnych dní odo dňa doručenia chybového protokolu. Námietky poisťovňa posúdi do 25 kalendárnych dní odo dňa ich doručenia. Uvedené ustanovenie sa netýka opravných a aditívnych dávok predkladaných poskytovateľom za predchádzajúce obdobie z titulu opomenutia fakturácie výkonov skutočne poskytnutých v predchádzajúcom období, resp. po odstránení formálnych nedostatkov, na základe ktorých poskytovateľovi nebola uznaná poskytnutá zdravotná starostlivosť (napr. nesprávne uvedené rodné číslo, nesprávne vykázaný kód výkonu.) Opakované námietky v tej istej veci budú Zmluvné strany riešiť dohodovacím konaním. Výzva na dohodovacie konanie musí byť písomná.
7. Splatnosť formálne a vecne správnej faktúry je 30 kalendárnych dní odo dňa jej doručenia do poisťovne. Ak posledný deň lehoty pripadne na sobotu, nedeľu, sviatok alebo deň pracovného pokoja, posledným dňom lehoty je najbližší pracovný deň. V prípade predloženia vecne nesprávnej faktúry, t.j. v prípade potreby vystavenia opravného dokladu k pôvodne predloženej faktúre v zmysle ods. 5 tohto článku, je splatnosť takto opravenej faktúry 5 pracovných dní odo dňa doručenia opravného dokladu, najmenej však 30 kalendárnych dní odo dňa doručenia pôvodnej, formálne správnej faktúry.
8. K splneniu záväzku poisťovne dôjde dňom pripísania finančných prostriedkov za poskytnutú zdravotnú starostlivosť na účet poskytovateľa.
9. Poskytovateľ alebo poverená osoba poskytovateľa môže uzatvoriť s poisťovňou samostatnú zmluvu o využívaní elektronických služieb v ePobočke poisťovne, a to „PZS Podacie miesto“, „PZS Prehľad“ a „PZS Komplet“, ktorých predmetom je využívanie elektronickej podateľne a zasielanie zúčtovacích dokladov a faktúry elektronicou formou prostredníctvom internetu. Pri zasielaní dokladov v elektronickej forme nie sú zmluvné strany povinné zasielať doklady písomne. Obe formy zasielania dokladov t.j. elektronickej a písomnej sú si rovnocenné.

Čl. 6 Kontrolná činnosť

1. Poisťovňa v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi, Zmluvou a VZP vykonáva kontrolnú činnosť u poskytovateľa zameranú na účelnosť, efektívnosť a hospodárnosť vynakladania prostriedkov verejného zdravotného poistenia, na rozsah a kvalitu vykázananej zdravotnej starostlivosti, na dodržiavanie všeobecne záväzných právnych predpisov, Zmluvy a VZP. Zamestnanci poisťovne (kontrolná skupina) sú povinní preukázať sa pri kontrole služobným preukazom a písomným poverením na výkon kontroly. Kontrolná činnosť sa vykonáva za prítomnosti poskytovateľa, alebo ním poverenej osoby tak, aby nebola závažne narušená prevádzka zdravotníckeho zariadenia.
2. Poisťovňa vykonáva kontrolu aj na základe informácií, podkladov, dokumentov, ktoré poskytol poskytovateľ poisťovni a údajov obsiahnutých v informačnom systéme poisťovne.
3. Poskytovateľ, alebo osoba ním poverená, je pri výkone kontroly povinný najmä:
 - a. umožniť vykonanie kontroly, umožniť vstup do objektov, zariadení a prevádzok, na pozemky a do iných priestorov kontrolovaného poskytovateľa ak bezprostredne súvisia s predmetom kontroly, poskytnúť súčinnosť a požadované informácie a vysvetlenia pri výkone kontroly,
 - b. poskytnúť účtovné a iné doklady a dokumenty, vrátane technických nosičov údajov, ktoré súvisia s nákladmi uhrádzanými z verejného zdravotného poistenia za účelom kontroly účelnosti, efektívnosti a hospodárnosti vynakladania prostriedkov z verejného zdravotného poistenia,
 - c. umožniť vyhotovenie výpisu, alebo kópie kontrolovaných dokumentov,
 - d. predložiť na vyžiadanie zdravotnej poisťovni dokumenty, na základe ktorých poskytol zdravotnú starostlivosť (najmä žiadanky na vykonanie SVLZ výkonov, príkazy na dopravu, odporúčajúce listky).
4. Kontrolu u poskytovateľa vykonáva kontrolná skupina, ktorá o výsledku kontroly vypracuje:
 - a. „Záznam o kontrole“, ak sa nezistí porušenie všeobecne záväzných právnych predpisov alebo porušenie podmienok Zmluvy; podpísaním záznamu poskytovateľom a vedúcim kontrolnej skupiny je kontrola uzavretá,
 - b. „Protokol o kontrole“, ak sa kontrolou zistí porušenie všeobecne záväzných právnych predpisov alebo porušenie podmienok dohodnutých v Zmluve,

- c. „Chybový protokol“, ak sa pri kontrole zistia porušenia Zmluvy resp. príslušných právnych predpisov, a to v prípade kontroly vykonávanej u poskytovateľa počas lehoty na kontrolu vecnej správnosti faktúry v súlade s Čl. 5 ods. 6 VZP. V tomto prípade sa záznam resp. protokol o kontrole nevystavuje.
5. Protokol alebo záznam o kontrole zašle poisťovňa poskytovateľovi najneskôr do 15 kalendárnych dní od ukončenia kontroly. Ukončenie kontroly je vykonanie všetkých úkonov potrebných na posúdenie kontrolovaných skutočností.
6. Protokol bude obsahovať konkrétne porušenie zmluvných povinností a upozornenie poskytovateľa na možnosť uloženia zmluvnej pokuty a na možnosť vypovedania zmluvy v prípade opakovaného porušenia povinností.
7. Poskytovateľ má právo podať písomné námietky proti opodstatnenosti a preukázateľnosti kontrolných zistení a záverov uvedených v protokole do 15 kalendárnych dní od doručenia protokolu. Pokiaľ poskytovateľ o prerokovaní námietok k protokolu o kontrole, kontrola sa považuje za uzavretú dňom nasledujúcim po uplynutí lehoty na podanie námietok. Podávanie námietok voči Chybovému protokolu je upravené v Čl. 5 ods. 6 VZP.
8. Pokiaľ poskytovateľ v stanovenej lehote podá námietky k protokolu o kontrole, zmluvné strany prerokujú námietky k protokolu do 30 kalendárnych dní odo dňa ich doručenia poisťovni. Poisťovňa vyhotoví zápisnicu o prerokovaní námietok k protokolu, ktorú podpíše vedúci kontrolnej skupiny a zodpovedný zástupca poskytovateľa. Zápisnica o prerokovaní námietok k protokolu bude obsahovať konkrétne porušenie zmluvných povinností a upozornenie poskytovateľa na možnosť uloženia zmluvnej pokuty a na možnosť vypovedania zmluvy v prípade opakovaného porušenia povinností.
9. Kontrola je uzavretá v deň prerokovania protokolu a podpisania zápisnice o prerokovaní protokolu, resp. dňom odmietnutia podpisania zápisnice o prerokovaní protokolu.
10. Ak je vykonanou kontrolou zistená nesprávne alebo neoprávnene vykázaná zdravotná starostlivosť, ktorá bola poisťovňou uhradená, poskytovateľ je povinný vrátiť takto uhradenú sumu poisťovni. Ustanovenia Čl. 7 tým nie sú dotknuté.
11. Poisťovňa môže vykonávať kontrolnú činnosť u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti len revíznymi lekármi, revíznymi farmaceutmi a revíznymi sestrami; ak ide o kontrolu hospodárnosti vynakladania prostriedkov verejného zdravotného poistenia, aj inými zamestnancami poverenými výkonom kontroly.
12. Revízni lekári, revízne farmaceuti, revízne sestry a iní zamestnanci poverení výkonom kontroly (ďalej len „poverená osoba“) sú pri výkone kontroly povinní preukázať sa služobným preukazom a písomným poverením na výkon kontroly.
13. Poverená osoba je vylúčená z výkonu kontrolnej činnosti, ak so zreteľom na jej vzťah k veci, ku kontrolovanému subjektu alebo k jeho zamestnancom alebo ak jej zaujatosť namietne kontrolovaný subjekt a možno mať pochybnosť o jej nezáujatosti. O zaujatosti poverenej osoby a o námietke zaujatosti kontrolovaného subjektu voči poverenej osobe rozhoduje ten, kto poverenú osobu výkonom kontroly poveril. Ak je poverená osoba vylúčená z výkonu kontrolnej činnosti, nesmie vykonávať kontrolnú činnosť ani úkony súvisiace s kontrolnou činnosťou; svoje vylúčenie z výkonu kontrolnej činnosti a skutočnosť, pre ktoré je vylúčená z výkonu kontrolnej činnosti, je povinná bezodkladne oznámiť zdravotnej poisťovni.
14. Poskytovateľ je oprávnený prizvať si k výkonu kontroly tretiu osobu.

Čl. 7 Následky porušenia povinností

1. Poskytovateľ aj poisťovňa sú povinní riadne a včas plniť všetky povinnosti, ktoré pre nich v súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, vykonávaním verejného zdravotného poistenia vyplývajú zo všeobecne záväzných právnych predpisov, zmluvy a VZP (ďalej pre účely tohto článku len ako „povinnosti“).
2. Pri porušení povinností poskytovateľa si poisťovňa môže uplatniť:
 - a. za porušenie povinností uvedenej
 - i. v článku 4 ods. 2 písm. a) VZP zmluvnú pokutu vo výške 10% zo sumy nesprávne vykázananej zdravotnej starostlivosti, ktorú poskytovateľ nesprávne vykázal a poisťovňa mu ju uhradila;
 - ii. v článku 4 ods. 2 písm. b) VZP zmluvnú pokutu vo výške 200% úhrady za zdravotnú starostlivosť, ktorú poskytovateľ vykázal, no neposkytol;
 - iii. v článku 4 ods. 2 písm. c) VZP zmluvnú pokutu vo výške 15 EUR za každý prípad, avšak maximálne 250 EUR za jedno kontrolované obdobie;
 - b. okrem zákonného nároku na náhradu plnenia i zmluvnú pokutu voči poskytovateľovi, ak lekár alebo výdajňa zdravotníckych pomôcok vydala liek, zdravotnícku pomôcku alebo dietetickú potravinu na základe lekárskeho predpisu alebo lekárskeho poukazu, ktorého predpísaním poskytovateľ porušil povinnosť podľa zákona alebo zmluvy a poisťovňa ju uhradila:
 - i. vo výške 25% realizovanej úhrady poisťovňou, ak predpisujúci lekár porušil povinnosti podľa Čl. 2 ods. 1. písm. o) VZP;
 - ii. vo výške 50 EUR za každý prípad porušenia povinností podľa Čl. 2 ods. 1 písm. p) a Čl. 2 ods. 7 VZP,
 - iii. vo výške 100% realizovanej úhrady poisťovňou, ak predpisujúci lekár predpísal lekársky predpis alebo lekársky poukaz, pričom správnosť, opodstatnenosť a účelnosť ich predpisania nevie preukázať;

- c. u poskytovateľa zmluvnú pokutu vo výške 25% priemernej mesačnej úhrady za poskytnutú ZS za posledné 3 kalendárne mesiace predchádzajúce mesiacu, v ktorom bola začatá kontrola, maximálne však do výšky 3 000 EUR za každý prípad, ak poskytovateľ poruší povinnosť podľa Čl. 2 ods. 1 písm. c), i) VZP;
 - d. u poskytovateľa zmluvnú pokutu vo výške 500 EUR za každý prípad, ak poskytovateľ poruší povinnosť podľa Čl. 6 ods. 3 VZP;
 - e. u poskytovateľa zmluvnú pokutu vo výške 20 EUR za každý prípad iného porušenia akejkoľvek z povinností uvedenej v Čl. 2, 4 a 5 VZP, avšak maximálne 250 EUR za jedno kontrolované obdobie, ak tieto VZP neupravujú inak.
- 3. V prípade zisteného opakovaného alebo následných opakovaných porušení rovnakej zmluvnej povinnosti je poisťovňa oprávnená uplatniť si voči poskytovateľovi zmluvnú pokutu vo výške dvojnásobku sadzby zmluvnej pokuty uvedenej v ods. 2 tohto článku za porušenie predmetnej povinnosti.
 - 4. Poisťovňa si zmluvnú pokutu uplatní na základe výzvy na úhradu. Poskytovateľ má právo podať voči výzve na úhradu námietky voči uplatnenej zmluvnej pokute do 30 kalendárnych dní od jej doručenia. Po uplynutí tejto lehoty toto právo poskytovateľa zaniká.
 - 5. Uplatnením zmluvnej pokuty alebo úroku z omeškania v zmysle týchto VZP, nie je dotknuté právo poškodenej strany na náhradu škody.
 - 6. Poisťovňa si môže uplatniť zmluvnú pokutu, aj keď porušením povinnosti nevznikne žiadna škoda.
 - 7. Zmluvnú pokutu uplatnenú zdravotnou poisťovňou je možné jednostranne započítať s pohľadávkou poskytovateľa za neuhradené zmluvne dohodnuté výkony zdravotnej starostlivosti, to neplatí na pohľadávku štátu v správe poskytovateľa zdravotnej starostlivosti.
 - 8. Poisťovňa, ak je v omeškaní s plnením svojho peňažného záväzku voči poskytovateľovi, je povinná zaplatiť poskytovateľovi úrok z omeškania vo výške podľa Obchodného zákonníka, a to na základe faktúry vyhotovenej poskytovateľom, s lehotou splatnosti 30 kalendárnych dní od jej doručenia poisťovni.

Čl. 8

Záverečné ustanovenia

- 1. Poisťovňa je povinná:
 - a. dodržiavať Zmluvu, VZP a všeobecne záväzné právne predpisy,
 - b. uhrádzať poskytovateľovi zdravotnú starostlivosť hradenú na základe verejného zdravotného poistenia v cene, rozsahu a v lehotách dohodnutých v Zmluve a VZP.
- 2. Súčasťou VZP je príloha č. 1 - Pravidlá uznávania laboratórnych výkonov.
- 3. Jednotlivé ustanovenia VZP sú záväzné pre poskytovateľa, ak sa vzťahujú na ten druh zdravotnej starostlivosti, ktorý je predmetom Zmluvy.
- 4. Všeobecné zmluvné podmienky nadobúdajú účinnosť 1.10.2016.