

**Zmluva č. 1003OPLK000212
o poskytovaní zdravotnej starostlivosti**

uzatvorená podľa § 7 zákona č. 581/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov

**Článok I
Zmluvné strany**

Union zdravotná poisťovňa, a. s.

zastúpená: Ing. Elena Májeková, riaditeľka sekcie nákupu zdravotnej starostlivosti, revízií a programov zdravia
so sídlom: Bajkalská 29/A, 821 08 Bratislava
IČO: 36 284 831
DIČ: 2022152517
bankové spojenie: Štátna pokladnica
číslo účtu:
označenie registra: Okresný súd Bratislava I, oddiel: Sa, vložka číslo: 3832/B
kód Union zdravotnej poisťovne, a. s.: 27

(ďalej len „zdravotná poisťovňa“)

a

Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave

zastúpený: Dr. h. c. prof. PhDr. Dana Farkašová, CSc., rektor
so sídlom: Limbová 12, 833 03 Bratislava
IČO: 00 165 361
identifikátor poskytovateľa (prvých šesť znakov kódu poskytovateľa): P43079
označenie registra:

(ďalej len "poskytovateľ" alebo spoločne aj „zmluvné strany“)

**Článok II
Preambula**

Zdravotná poisťovňa na základe § 7 ods. 4 zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov stanovila a uverejnila na úradnej tabuli a na svojej internetovej stránke kritériá na uzatváranie zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (ďalej len „zmluva“) vzťahujúce sa na personálne a materiálno-technické vybavenie poskytovateľa a indikátory kvality. Zdravotná poisťovňa po vyhodnotení splnenia jednotlivých kritérií konštatuje, že poskytovateľ zverejnené kritériá v stanovenom rozsahu splnil, na základe čoho s ním uzatvára túto zmluvu.

**Článok III
Predmet (rozsah) zmluvy**

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

3.2. Poskytovateľ sa zaväzuje poskytovať zdravotnú starostlivosť poistencom zdravotnej poisťovne na základe platného povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia vydaného príslušným orgánom (ďalej len „povolenie“) v dohodnutom rozsahu zdravotnou poisťovňou objednanej zdravotnej starostlivosti podľa prílohy č. 1, ktorá tvorí neoddeliteľnú prílohu tejto zmluvy. Poskytovateľ je zdravotnej poisťovni povinný doručiť:

- a) každé ďalšie povolenie (kópiu povolenia) vydané poskytovateľovi z dôvodu zmeny údajov v povolení, ktoré si vyžadujú vydanie nového povolenia a to v lehote desiatich kalendárnych dní odo dňa vykonateľnosti povolenia,
- b) každé vyznačenie zmeny údajov v povolení, ktorých zmena si nevyžaduje vydanie nového povolenia a to v lehote desiatich kalendárnych dní odo dňa doručenia (prevzatia) dokladu o vyznačení zmeny údajov v platnom povolení.

Predložením nového rozhodnutia podľa písmena a) tohto bodu nedochádza k zmene rozsahu zdravotnou poisťovňou objednanej zdravotnej starostlivosti.¹ Zmena rozsahu zdravotnou poisťovňou objednanej zdravotnej starostlivosti podľa prílohy č. 1 je možná len písomným dodatkom k tejto zmluve podľa článku IX, bodu 9.5. zmluvy.

3.3. Zmluvné strany sa dohodli, že výška úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť a finančný rozsah je dohodnutý v prílohe č. 2, ktorá tvorí neoddeliteľnú prílohu tejto zmluvy.

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

Článok IV Práva a povinnosti zmluvných strán

- 4.1. Zmluvné strany sa pri plnení predmetu zmluvy a poskytovateľa pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti riadia
- a) príslušnými všeobecne záväznými právnymi predpismi v platnom znení,
 - b) nariadeniami vlády, vyhláškami a ostatnými vykonávacími predpismi, ktoré sú vydávané na základe všeobecne záväzných právnych predpisov a ktoré sa vzťahujú na poskytovanie zdravotnej starostlivosti vždy v platnom znení,
 - c) opatreniami a výnosmi Ministerstva zdravotníctva SR, ktoré sa vzťahujú na poskytovanie zdravotnej starostlivosti vždy v platnom znení,
 - d) odbornými usmerneniami, smernicami, metodikami, koncepciami a inými obdobnými predpismi, ktoré na základe všeobecne záväzných právnych predpisov v medziach svojich právomocí vydáva Ministerstvo zdravotníctva SR, Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou a iné ústredné orgány štátnej správy, ktoré sa obvykle zvereňujú vo Vestníkoch a ktoré sa vzťahujú na poskytovanie zdravotnej starostlivosti vždy v platnom znení a
 - e) nariadeniami Rady (EHS) č. 1408/71 a č. 574/72 v znení neskorších predpisov.
- 4.2. Každá zo zmluvných strán, spravidla do ôsmich dní, najneskôr však v termíne fakturácie poskytnutej zdravotnej starostlivosti, písomne informuje druhú zmluvnú stranu o zmene základných identifikačných údajov, napr. o zmene štatutárneho orgánu, bankového spojenia, identifikačného čísla organizácie, čísla telefónu a čísla faxu, ako aj o zmenách v zozname číselných kódov lekárov (sestier) a číselných kódov ambulancií, o zmenách vo veľkosti úväzkov lekárov (sestier) a ďalších skutočnostiach, ktoré môžu mať vplyv na riadne plnenie tejto zmluvy, a to najmä o zmenách v personálnom a materiálno-technickom vybavení zdravotníckeho zariadenia.
- 4.3. Zmluvné strany sú povinné zachovávať mlčanlivosť o skutočnostiach, s ktorými prídu do styku pri plnení zmluvy. Za uvedené skutočnosti sa považujú informácie, ktoré jedna alebo druhá zmluvná strana považuje za dôverné, ktoré zodpovedajú definícii obchodného tajomstva podľa príslušných ustanovení Obchodného zákonníka, ako aj osobné údaje alebo údaje chránené podľa osobitných predpisov. Táto povinnosť trvá aj po ukončení platnosti zmluvy; netýka sa plnenia oznamovacích povinností vyplývajúcich zo všeobecne záväzných právnych predpisov. Zmluvné strany sa zaväzujú pri spracovávaní osobných údajov postupovať v súlade so zákonom o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov.
- 4.4. Zmluvné strany sa dohodli, že svoje vzájomné pohľadávky, ktoré im vzniknú v súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, sú oprávnené postúpiť iným osobám najskôr 90 dní po uplynutí lehoty splatnosti pohľadávky.
- 4.5. Poskytovateľ má právo na úhradu zdravotnej starostlivosti poskytnutej v súlade s touto zmluvou a s právnymi predpismi podľa bodu 4.1. zmluvy v zmluvne dohodnutej lehote splatnosti. Poskytovateľ zodpovedá za správnosť a pravdivosť vykazovaných údajov o poskytnutej zdravotnej starostlivosti.
- 4.6. Poskytovateľ je povinný:
- a) overiť si pred poskytnutím zdravotnej starostlivosti pri priamom kontakte s poistencom podľa preukazu poistenca jeho poistný vzťah k zdravotnej poisťovni. Ak poistenec nemá preukaz poistenca, alebo ak existuje dôvodná pochybnosť o jeho poistnom vzťahu, má možnosť overiť si poistný vzťah na telefónnom čísle Call centra zdravotnej poisťovne 0850 00 33 33 alebo na webovej stránke zdravotnej poisťovne www.unionzp.sk (ďalej len „webová stránka zdravotnej poisťovne“),
 - b) pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti zdravotníckymi pomôckami, ktoré sú vybavením zdravotníckeho zariadenia poskytovateľa nad rámec stanoveného minimálneho materiálno-technického vybavenia, predložiť zdravotnej poisťovni kópiu dokladu o ich vlastníctve alebo prenájme a požiadať o písomné schválenie poskytovania zdravotných výkonov uvedenými zdravotníckymi pomôckami. Zoznam zdravotníckych pomôcok podľa tohto bodu spolu so zdravotnou poisťovňou schválenými zdravotnými výkonmi, na uhrádzaní ktorých sa zmluvné strany dohodli tvorí prílohu č. 4 tejto zmluvy,
 - c) vykazovať poskytnutú zdravotnú starostlivosť v súlade s nariadením vlády SR č. 777/2004 Z. z., ktorým sa vydáva Zoznam chorôb, pri ktorých sa zdravotné výkony čiastočne uhrádzajú alebo sa neuhrádzajú na základe verejného zdravotného poistenia, v súlade s nariadením vlády SR č. 776/2004 Z. z., ktorým sa vydáva Katalóg zdravotných výkonov v znení neskorších predpisov, v súlade s touto zmluvou a choroby podľa 10. revízie Medzinárodnej klasifikácie chorôb; choroby vykazuje štvormiestnym kódom choroby bez bodky. Trojmiestny kód použije len vtedy, ak nie je štvormiestny kód choroby pridelený,
 - d) nevykazovať zdravotnej poisťovni na úhradu také zdravotné výkony a s nimi súvisiace vyšetrenia poistenca, ktoré sú indikované v súvislosti s poskytovanou zdravotnou starostlivosťou, ktorá nie je uhrádzaná na základe verejného zdravotného poistenia.
- 4.7. Poskytovateľ v medicínsky odôvodnených prípadoch odosiela poistencov prednostne do zdravotníckych zariadení, ktoré sú v zmluvnom vzťahu so zdravotnou poisťovňou, ktorých zoznam je zverejnený na webovej stránke zdravotnej poisťovne.
- 4.8. Indikovať a predpisovať humánne lieky, diätetické potraviny a zdravotnícke pomôcky v súlade s preskripčnými a indikačnými obmedzeniami, množstvovými a finančnými limitmi uvedenými v platnom zozname kategorizovaných liekov, v platnom zozname kategorizovaných zdravotníckych pomôcok a v platnom zozname kategorizovaných diätetických potravín podľa zákona č. 362/2011 Z.z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „zákon o liekoch a zdravotníckych pomôckach“). Ak ide o liečivo uvedené v prílohe č. 1 k zákonu o liekoch a zdravotníckych pomôckach, predpisujúci lekár je povinný predpísať humánny liek s obsahom tohto liečiva uvedením

názvu liečiva za dodržania podmienok ustanovených v § 119 ods. 5 tohto zákona. Pri predpisovaní humánneho lieku spôsobom podľa predchádzajúcej vety a zdravotníckej pomôcky a dietetickej potraviny je predpisujúci lekár povinný postupovať účelne a hospodárne podľa súčasných poznatkov farmakoterapie a plniť ostatné povinnosti podľa § 119 ods. 12 zákona o liekoch a zdravotníckych pomôckach.

4.9. Lieky a zdravotnícke pomôcky, ktoré poskytovateľovi obstarala a dodala zdravotná poisťovňa, je poskytovateľ povinný zdravotnej poisťovni vykazovať s nulovou hodnotou, súčasne s vykázaním výkonu podania lieku, alebo zdravotníckej pomôcky.

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

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

4.12. Zdravotná poisťovňa sa zaväzuje, že bude poskytovateľovi zasielať analýzy o preskripcii liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín (ďalej spolu „lieky“), ktoré poskytovateľ využije na sebakontrolu účelného vynakladania prostriedkov verejného zdravotného poistenia na lieky.

4.13. Zmluvné strany riešia prípadné rozpory pri uplatňovaní podmienok ustanovených touto zmluvou dohodovacím rokovaním štatutárnych orgánov alebo splnomocnených zástupcov. Až po bezvýslednom dohodovacom rokovaní, o čom sa spíše záznam, sa môžu zmluvné strany obrátiť na súd, aby v spore rozhodol. Dohodovacie rokovanie sa uskutoční spravidla do ôsmich dní po doručení písomného návrhu na jeho konanie druhej zmluvnej strane. Dohodovacie konanie možno uskutočniť aj písomne.

4.14. Poskytovanie zdravotnej starostlivosti poisťencom EÚ

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

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

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

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

e) cena výkonov záchranej zdravotnej služby poskytnutých poisťencovi z iného členského štátu Európskej únie, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu a Švajčiarska a cudzincom zo štátov, s ktorými má Slovenská republika uzatvorené medzinárodné dohody o poskytnutí zdravotnej starostlivosti podľa nariadení Rady (EHS) č. 1408/71 a č. 574/72 v znení neskorších predpisov (ďalej len „cudzinec“) je 44,81 EUR za výjazd. K cene výkonov podľa predchádzajúcej vety sa pripočítava cena dopravy, ktorej pevná cena za jeden kilometer jazdy vozidlom záchranej zdravotnej služby je 0,70 EUR.

4.15. V prípade, že poisťovňa požiada, poskytovateľ zdravotnej starostlivosti (indikujúci lekár a iný zdravotnícky odborník oprávnený indikovať zdravotné výkony s lekárske ožiarovaním) predloží doklad preukazujúci absolvovanie odbornej prípravy v radiačnej ochrane pre lekárske ožiarovanie, ktoré je poskytovateľ povinný získať v súlade s príslušnou právnou úpravou.

4.16. Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti, ktorý poskytuje zdravotnú starostlivosť v zariadeniach spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek v odboroch klinická biochémia, patologická anatómia, hematológia a transfuziológia, klinická mikrobiológia, klinická imunológia a alergológia, nukleárna medicína, lekárska genetika alebo laboratórna medicína je povinný predkladať zdravotnej poisťovni raz ročne výsledky externej kontroly kvality vo forme ako ich dostáva od spoločnosti, s ktorou má uzatvorenú zmluvu o vykonávaní externej kontroly kvality (prehľad získaných certifikátov, výsledkové listy, zaradenie do systému a absolvovanie systému externej kontroly kvality, doklad o výške Target skóre, doklad o medzilaboratórných porovnávaníach jednotlivých laboratórných parametrov).

4.17. V prípade, že poisťovňa požiada, poskytovateľ zdravotnej starostlivosti, ktorý pracuje so zdrojmi ionizujúceho žiarenia, predloží písomnú informáciu o spôsobe sledovania a vedení záznamov o veľkosti lekárskeho ožiarovania pacientov a o porovnávaní so štandardnými diagnostickými referenčnými hodnotami a doklad preukazujúci plnenie povinnosti poskytovateľa raz ročne odosielať v písomnej forme záznamy o sledovaní veľkosti lekárskeho ožiarovania pacientov na Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky.

Článok V

Splatnosť úhrady zdravotnej starostlivosti a platobné podmienky

- 5.1. Poskytovateľ je oprávnený fakturovať poskytnutú zdravotnú starostlivosť po uplynutí zúčtovacieho obdobia a zdravotnej poisťovni predkladá faktúru do 10-tich kalendárnych dní po uplynutí zúčtovacieho obdobia. Zúčtovacím obdobím je kalendárny mesiac.
- 5.2. Povinnou prílohou faktúry za poskytovanie zdravotnej starostlivosti sú elektronicky spracované dávky obsahujúce údaje uvedené na dátových médiách v dátovom rozhraní určenom metodickým usmernením vydaným Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou a sprievodný protokol k zúčtovacím dokladom, ktorého vzor je uvedený v prílohe č. 3 tejto zmluvy.
- 5.3. Zdravotná poisťovňa vykoná kontrolu formálnej správnosti doručenej faktúry a jej príloh; pod kontrolou formálnej správnosti zmluvné strany rozumejú kontrolu formálnych náležitostí doručenej faktúry ako účtovného dokladu, kontrolu formálnych náležitostí sprievodného protokolu a skontrolovanie, či prílohou faktúry je dátové médium podľa bodu 5.2. zmluvy. Ak zdravotná poisťovňa zistí, že faktúra nie je v zmysle predchádzajúcej vety formálne správna, vráti ju poskytovateľovi najneskôr do 5-tich pracovných dní odo dňa jej doručenia do zdravotnej poisťovne na jej doplnenie alebo opravu spolu s uvedením dôvodu vrátenia. V prípade vrátenia formálne nesprávnej faktúry poskytovateľovi plynie lehota stanovená na vecnú kontrolu uvedenú v bode 5.4. zmluvy a lehota splatnosti dohodnutá v bode 5.7. zmluvy odo dňa doručenia formálne správnej faktúry do zdravotnej poisťovne.
- 5.4. U formálne správnej faktúry vykoná zdravotná poisťovňa najneskôr do 25-tich dní odo dňa doručenia formálne správnej faktúry vecnú kontrolu vykázaných zdravotných výkonov.
- 5.5. Ak zdravotná poisťovňa pri vecnej kontrole zistí zdravotné výkony fakturované v rozpore so všeobecne záväznými právnymi predpismi alebo v rozpore s touto zmluvou, spracuje tieto zistenia do protokolu sporných dokladov, ktorý obsahuje neuznané zdravotné výkony s uvedením dôvodu zamietnutia. Tento doklad zašle poskytovateľovi najneskôr do 25-tich dní odo dňa doručenia formálne správnej faktúry. Spolu s protokolom sporných dokladov zdravotná poisťovňa zasiela poskytovateľovi aj súhrnný prehľad výsledku spracovania zdravotných výkonov (lekársky protokol) v členení na fakturované zdravotné výkony, uznané - uhradené a neuznané zdravotné výkony a opravný účtovný doklad (dobropis alebo ľarchopis) na sumu vo výške rozdielu medzi poskytovateľom fakturovanou sumou a sumou hradenou (uznanou) zdravotnou poisťovňou podľa lekárskeho protokolu. Zdravotnou poisťovňou vystavený opravný účtovný doklad podľa tohto bodu poskytovateľ opatrí pečiatkou a svojim podpisom a zašle ho zdravotnej poisťovni. Tým nie je dotknutý nárok poskytovateľa uvedený v bode 5.6. zmluvy. Doručením formálne správneho opravného účtovného dokladu potvrdeného poskytovateľom podľa tohto bodu sa považuje faktúra za vecne správnu.
- 5.6. Ak poskytovateľ nesúhlasí so skutočnosťami uvedenými v protokole sporných dokladov, má právo ich reklamovať a písomne odôvodniť vykázanie neuznaných zdravotných výkonov zdravotnej poisťovni do 10-ich dní od doručenia lekárskeho protokolu. Zdravotná poisťovňa zašle poskytovateľovi písomné stanovisko k podanej reklamácií do 10-ich dní od jej doručenia. V prípade, že nedôjde k dohode, poskytovateľ požiada zdravotnú poisťovňu o rokovanie do 10-tich dní od doručenia písomného stanoviska k podanej reklamácií. Rozpor obidve zmluvné strany prerokujú v zdravotnej poisťovni do 40-tich dní od doručenia lekárskeho protokolu. O výsledku rokovania sa vyhotoví písomný záznam. Podľa výsledkov rokovania vystaví poskytovateľ faktúru na zdravotné výkony, ktoré neboli zdravotnou poisťovňou uhradené a boli akceptované v priebehu rokovania. Prílohou tejto faktúry sú podklady vykázané na dátových médiách (obsah dávok tvorí len reklamovaná zdravotná starostlivosť) podľa platných dátových rozhraní a sprievodný protokol k dávkam. Faktúra je vystavená za obdobie, v ktorom bola poskytnutá reklamovaná zdravotná starostlivosť. Toto nemá vplyv na skutočnosti uvedené v bode 5.7. zmluvy.
- 5.7. Zmluvné strany sa dohodli, že splatnosť formálne a vecne správnej faktúry je 30 dní odo dňa jej doručenia do zdravotnej poisťovne. V prípade doručenia vecne nesprávnej faktúry, podľa bodu 5.5. zmluvy sa táto faktúra považuje za formálne a vecne správnu až doručením formálne a vecne správneho opravného účtovného dokladu. V prípade, že formálne a vecne správny opravný účtovný doklad je doručený do 25-tich dní od doručenia vecne nesprávnej faktúry, splatnosť takto opravenej faktúry je 30 dní od doručenia vecne nesprávnej faktúry do zdravotnej poisťovne. V prípade, že formálne a vecne správny opravný účtovný doklad je doručený po 25-tom dni od doručenia vecne nesprávnej faktúry, splatnosť takto opravenej faktúry je 5 pracovných dní odo dňa doručenia formálne a vecne správneho opravného účtovného dokladu do zdravotnej poisťovne.
- 5.8. K splneniu záväzku zdravotnej poisťovne dôjde dňom pripísania finančných prostriedkov za poskytnutú zdravotnú starostlivosť na účet poskytovateľa.
- 5.9. Faktúry, ako aj opravné účtovné doklady sa považujú za doručené do zdravotnej poisťovne, ak sú doručené priamo na adresu sídla zdravotnej poisťovne: Bajkalská 29/A, 821 08 Bratislava. Faktúru je poskytovateľ povinný predložiť v členení podľa druhu zmluvne dohodnutých druhov zdravotnej starostlivosti.
- 5.10. Ak z dôvodu nepredvídateľných alebo mimoriadnych okolností za ktoré sa podľa tejto zmluvy rozumejú najmä zmeny v právnych predpisoch majúciach zásadný vplyv na spracovanie poskytovateľom vykázaných zdravotných starostlivostí na strane zdravotnej poisťovne, o ktorých zdravotná poisťovňa poskytovateľa informuje najneskôr v lehote uvedenej v bode 5.5. tejto zmluvy, je zdravotná poisťovňa oprávnená uhradiť ním doručenú formálne správnu faktúru (bod 5.3. zmluvy) bez kontroly vecnej správnosti faktúry (bod 5.4. zmluvy) formou preddavku vo výške 100% poskytovateľom fakturovanej čiastky.

5.11. Zdravotná poisťovňa v nasledujúcich zúčtovacích obdobiach najneskôr však do troch mesiacov od úhrady faktúry podľa bodu 5.10. zmluvy vykoná vecnú kontrolu faktúr uhradených podľa bodu 5.10. zmluvy. Následne obe zmluvné strany postupujú podľa bodov 5.5. a nasledujúcich tejto zmluvy.

Článok VI Kontrolná činnosť

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

6.2. Zdravotná poisťovňa vykonáva kontrolnú činnosť podľa bodu 6.1. revíznymi lekármi a revíznymi farmaceutmi; ak ide o kontrolu hospodárenia vynakladania prostriedkov verejného zdravotného poistenia, aj inými zamestnancami poverenými výkonom kontroly. Kontrola sa vykonáva najmä posúdením zdravotnej dokumentácie revíznym lekárom alebo revíznym farmaceutom povereným na výkon kontroly (ďalej len „poverená osoba“).

6.3. Zdravotná poisťovňa vykonáva kontrolu spravidla kontrolnou skupinou v zložení najmenej dvoch poverených osôb (ďalej len „kontrolná skupina“). V odôvodnených prípadoch, najmä ak kontrola neznesie odklad, môže zdravotná poisťovňa vykonať kontrolu aj prostredníctvom jednej poverenej osoby, ktorá vykoná kontrolu samostatne.

6.4. kontrolu spravidla v pracovných dňoch počas schválených ordinačných hodín poskytovateľa, pokiaľ sa v jednotlivých prípadoch s poskytovateľom nedohodnú inak. Kontrola nesmie podstatným spôsobom narušiť bežnú prevádzku pracovísk poskytovateľa.

6.5. Poverené osoby sú pri výkone kontroly oprávnené

- a) vykonať kontrolu len za prítomnosti poskytovateľa alebo ním poverenej osoby,
- b) vstupovať do zariadení a prevádzok kontrolovaného poskytovateľa, ktoré súvisia s predmetom kontroly,
- c) za prítomnosti poskytovateľa alebo ním poverenej osoby vyhotoviť si výpisy, odpisy alebo kópie dokladov potrebných k preukázateľnosti kontrolných zistení, ktorých pravosť s originálom potvrdí podpisom a odtlačkom pečiatky poskytovateľ alebo ním poverená osoba.

6.6. Poskytovateľ je povinný umožniť povereným osobám vykonanie kontroly a poskytnúť im požadované informácie, listiny a potrebnú súčinnosť pri výkone kontroly a zdržať sa konania, ktoré by mohlo mariť výkon kontrolnej činnosti.

6.7. Záverom kontroly je:

- a) záznam o kontrole, ak kontrolou zdravotná poisťovňa nezistí porušenie všeobecne záväzných právnych predpisov alebo porušenie podmienok tejto zmluvy; doručením záznamu o kontrole sa kontrola považuje za ukončenú,
- b) protokol o kontrole, ak kontrolou zdravotná poisťovňa zistí porušenie všeobecne záväzných právnych predpisov alebo porušenie podmienok tejto zmluvy.

6.8. Poverené osoby do 20 kalendárnych dní odo dňa skončenia kontroly na mieste u poskytovateľa vypracujú protokol o kontrole a doručia ho poskytovateľovi.

6.9. Poskytovateľ má právo podať písomne námietky proti kontrolným zisteniam a záverom uvedeným v protokole o kontrole do 20 kalendárnych dní odo dňa doručenia protokolu o kontrole. Zdravotná poisťovňa prerokuje protokol o kontrole a podané námietky s poskytovateľom v termíne s ním dohodnutým, spíše zápisnicu o výsledku prerokovania námietok k protokolu o kontrole. Poskytovateľ má právo na uvedenie svojho vyjadrenia v zápisnici o výsledku prerokovania námietok k protokolu o kontrole; predmetná zápisnica sa považuje za dodatok k protokolu o kontrole.

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

6.11. Pokiaľ poskytovateľ odmietne podpísať zápisnicu o výsledku prerokovania námietok k protokolu o kontrole, uvedie sa táto skutočnosť v zápisnici.

6.12. Kontrola je ukončená dňom prerokovania námietok k protokolu o kontrole s poskytovateľom a spísaním zápisnice o výsledku prerokovania protokolu o kontrole; ustanovenie bodu 6.10. zmluvy tým nie je dotknuté.

Článok VII Sankcie

7.1. Poskytovateľ aj zdravotná poisťovňa sú povinní riadne a včas plniť všetky povinnosti, ktoré pre nich vyplývajú z tejto zmluvy.

7.2. V prípade, že zdravotná poisťovňa na základe vykonanej kontroly (článok VI zmluvy) zistí neoprávnenosť poskytovateľom fakturovaného už realizovaného a uhradeného plnenia, poskytovateľ sa zaväzuje, že zdravotnej poisťovni vráti takúto neoprávnenú úhradu v lehote do 30-tich kalendárnych dní odo dňa ukončenia kontroly (bod 6.12. zmluvy). Márnym uplynutím tejto lehoty zdravotná poisťovňa vykoná jednostranný zápočet alebo navrhne uzatvoriť dohodu o započítaní svojej pohľadávky voči najbližšiemu splatnému vyúčtovaniu poskytovateľa.

7.3. Ak zdravotná poisťovňa pri výkone kontroly (článok VI zmluvy) zistí porušenie povinností upravených v článku IV tejto zmluvy s výnimkou skutočností uvedených v bode 7.2. zmluvy poskytovateľom, môže zdravotná poisťovňa uplatniť podľa miery závažnosti porušenia povinnosti poskytovateľom zmluvnú pokutu vo výške 1% zo sumy neoprávnenej úhrady podľa bodu 7.2. zmluvy za zistené porušenie povinnosti, avšak najmenej 17 EUR a najviac 330 EUR. Zaplatením zmluvnej pokuty sa táto zmluvná strana nezabavuje povinnosti splniť povinnosť, ktorú porušila. Týmto nie je dotknutý nárok zdravotnej poisťovne na náhradu škody vo výške presahujúcej zmluvnú pokutu.

7.4. Ak zdravotná poisťovňa pri výkone kontroly (článok VI zmluvy) zistí porušenie povinností upravených v bode 4.8 článku IV tejto zmluvy, môže zdravotná poisťovňa uplatniť podľa miery závažnosti porušenia povinnosti poskytovateľom zmluvnú pokutu do výšky 50 % z ceny poskytovateľom neoprávnene predpísaného lieku, dietetickej potraviny alebo zdravotníckej pomôcky, ktorú zdravotná poisťovňa uhradila. Týmto nie je dotknutý nárok zdravotnej poisťovne na náhradu škody.

7.5. Zdravotná poisťovňa, ak je v omeškaní s plnením svojho peňažného záväzku voči poskytovateľovi, má poskytovateľ právo uplatniť voči nej úrok z omeškania vo výške 0,02 % z dlžnej omeškanej sumy za každý deň omeškania.

Článok VIII Doručovanie

8.1. Zmluvné strany doručujú písomnosti a oznámenia, s doručovaním ktorých zmluva počíta, (ďalej „zásielka“ alebo „bežná korešpondencia“) poštou, kuriérom alebo osobne priamo na adresu určenú v článku I. tejto zmluvy. Zmluvné strany sa dohodli, že pri bežnej korešpondencii sú oprávnené doručovať zásielky aj e-mailom. Za bežnú korešpondenciu sa nepovažuje doručovanie upravené v článku V zmluvy ako aj všetka korešpondencia, na základe ktorej dochádza najmä k zmene zmluvy dodatkom, oznámenie o zmene povolenia, zmene kódov poskytovateľa, ambulancie, lekára (sestry), korešpondencia doručovaná pri výkone kontroly podľa článku VI zmluvy ako aj oznámenia o zmene v prístrojovom vybavení poskytovateľa.

8.2. Poskytovateľ môže zasielať faktúry spolu s prílohami podľa článku V zmluvy aj elektronicky. Elektronické zasielanie (rozsah a spôsob využívania služby) je predmetom osobitného zmluvného vzťahu.

8.3. Na základe osobitného zmluvného vzťahu podľa bodu 8.2. tejto zmluvy môže zdravotná poisťovňa tie dokumenty, so zasielaním ktorých táto zmluva počíta, zasielať poskytovateľovi aj elektronicky.

Článok IX Trvanie, zmena a zánik zmluvy

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

9.2. Zmluva nadobúda účinnosť prvým dňom nasledujúceho kalendárneho mesiaca po jej podpísaní (s výnimkou bodov 8.2. a 8.3. zmluvy, ktoré nadobudnú účinnosť dňom nadobudnutia účinnosti osobitnej zmluvy podľa uvedených bodov) za podmienky, že najneskôr deň pred nadobudnutím účinnosti bola zverejnená na webovom sídle zdravotnej poisťovne.

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

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

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

9.6. Zmluva

a) zaniká dohodou zmluvných strán;

b) zaniká výpoveďou (podľa § 7 ods. 11 a ods. 15 zákona č. 581/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov); výpovedná lehota je trojmesačná a začína plynúť od prvého dňa kalendárneho mesiaca nasledujúceho po mesiaci, v ktorom bola výpoveď doručená druhej strane,

c) zaniká okamžitým skončením v prípade zrušenia povolenia alebo zániku zdravotnej poisťovne alebo v prípade zrušenia alebo zániku povolenia poskytovateľa na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia;

d) zaniká uplynutím posledného dňa účinnosti prílohy č. 2 tejto zmluvy podľa bodu 9.4. tohto článku,

e) sa prerušuje v prípade dočasného pozastavenia povolenia poskytovateľa; k prerušeniu zmluvy dôjde prvým dňom nasledujúcim po dni nadobudnutia právoplatnosti rozhodnutia o dočasnom pozastavení povolenia.

Článok X
Závěrečné ustanovenia

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

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

10.3. Neoddeliteľnou súčasťou tejto zmluvy sú nasledovné prílohy

Príloha č. 1 Dohodnutý rozsah poskytovanej zdravotnej starostlivosti

Príloha č. 2 Dohodnutá výška úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť a finančný rozsah

Príloha č. 3 Sprievodný protokol k zúčtovacím dokladom

Príloha č. 4 Zoznam používanej zdravotníckej techniky, prístrojov a pomôcok nad rámec povinného vybavenia

10.4. Dňom nadobudnutia účinnosti tejto zmluvy sa ruší platnosť zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti č. 1003OPLS000106 v plnom rozsahu.

Bratislava dňa 30.12.2011

Bratislava dňa 19.12.2011

Zdravotná poisťovňa

Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave

.....
Ing. Elena Májeková
riaditeľka sekcie nákupu zdravotnej starostlivosti,
revízných činností a programov zdravia
na základe plnej moci
Union zdravotná poisťovňa, a. s.

.....
Dr. h. c. prof. PhDr. Dana Farkašová, CSc.
rektor

Príloha č. 1
k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

Dohodnutý rozsah poskytovanej zdravotnej starostlivosti

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

Názov PZS : Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave

Identifikátor PZS : P43079

Kód poskytovateľa	Kód odbornosti útvaru*	Názov odbornosti útvaru	Druh odborného útvaru**
P43079001201	001	vnútorné lekárstvo	2
P43079012201	012	urológia	2
P43079016201	016	stomatológia	2
P43079020201	020	všeobecné lekárstvo	2
P43079024201	024	klinická biochémia	2
P43079040201	040	klinická imunológia a alergológia	2
P43079040202	040	klinická imunológia a alergológia	2
P43079048201	048	gastroenterológia	2
P43079049201	049	kardiológia	2
P43079050201	050	diabetológia, poruchy látkovej premeny a výživy	2
P43079053201	053	čelustná ortopédia	2
P43079063201	063	nefrológia	2
P43079065201	065	klinická farmakológia	2
P43079141201	141	klinická logopédia	2
P43079216201	216	hepatológia	2
P43079024501	024	klinická biochémia	5
P43079034501	034	klinická mikrobiológia	5
P43079040501	040	klinická imunológia a alergológia	5

Vysvetlivky:

* kód odbornosti útvaru v tvare „spp“ z kódu poskytovateľa (kód poskytovateľa má tvar „p99999sppyzz“),

** kód druhu odborného útvaru v tvare „y“ z kódu poskytovateľa:

- 2 – ambulancia
- 3 – pracovisko
- 4 – útvar jednodňovej zdravotnej starostlivosti
- 5 – útvar spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek
- 6 – stacionár

Príloha č. 2
k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

Dohodnutá výška úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť a finančný rozsah

2/ Všeobecná ambulantná zdravotná starostlivosť pre dospelých

1. Poskytovateľ

- a) zasiela kópiu prvopisu dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s poistencom zdravotnej poisťovni (ďalej len „kapitovaný poistenec“) na jej vyžiadanie v prípade, ak v jednom kalendárnom mesiaci budú fakturovať kapitačnú platbu na tohto istého poistenca dvaja a viacerí poskytovatelia. Zdravotná poisťovňa je oprávnená vyžiadať kópie prvopisu dohody podľa tohto bodu písomne, telefonicky, faxom alebo e-mailom. Za účelom prípadného doriešenia kolízie podľa tohto bodu je zdravotná poisťovňa oprávnená vyžiadať aj preukázanie odstúpenia od dohody poistencom a vyžiadanie (odovzdanie) zdravotnej dokumentácie poistenca zo strany toho poskytovateľa, ktorý uzavrel s poistencom novú dohodu,
- b) zasiela k termínu 30. jún a 31. december príslušného kalendárneho roka hlásenie o počte kapitovaných poistencov zdravotnej poisťovni v elektronickej podobe v dátovom rozhraní určenom metodickým usmernením vydaným Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou,
- c) má nárok na úhradu kapitačnej platby aj spätne, ak poistenec alebo jeho zákonný zástupca neohlásil poskytovateľovi zmenu zdravotnej poisťovne,
- d) má nárok, aby zdravotná poisťovňa vykonala porovnanie kapitačného stavu poistencov poskytovateľa a oznámila výsledok poskytovateľovi na základe údajov poskytnutých poskytovateľom podľa písm. b) tohto bodu a informovala poskytovateľa o skutočnom počte kapitovaných poistencov u poskytovateľa, evidovaných v informačnom systéme zdravotnej poisťovne,
- e) je oprávnený na úhradu kapitačnej platby spätne za kapitovaného poistenca, ktorého opomenul vykázat iba v tom prípade, ak zdravotná poisťovňa v období, za ktoré si tohto poistenca spätne vykazuje, neuhradila kapitačnú platbu inému poskytovateľovi,
- f) je oprávnený vykázat preventívnu prehliadku (bod 3 písm. b) tejto časti prílohy) s vykázaním výkonu 25 u imobilných poistencov alebo z dôvodu iného závažného dlhodobého zdravotného postihnutia poistenca. O uvedenej skutočnosti vykoná poskytovateľ záznam v zdravotnej dokumentácii poistenca,
- g) je oprávnený vykázat vykonanie povinného očkovania a vykonanie očkovania na základe rozhodnutia regionálneho úradu verejného zdravotníctva alebo Úradu verejného zdravotníctva SR (bod 3 písm. d) tejto časti prílohy) s vykázaním kombinácie výkonov 25 a 4 u poistencov, ktorí dlhodobo odmietajú dostaviť sa do ambulancie poskytovateľa za účelom vykonania očkovania. O uvedenej skutočnosti vykoná poskytovateľ záznam v zdravotnej dokumentácii poistenca,
- h) predpisuje očkovaciu látku pri výkone očkovania proti chrípke uvedenú v opatrení Ministerstva zdravotníctva SR, ktorým sa vydáva Zoznam liečiv a liekov plne uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia v znení platnom v čase predpisania očkovacej látky poistencom zdravotnej poisťovne, ktorí nie sú uvedení v zozname indikačných obmedzení tohto opatrenia na ich žiadosť alebo na základe žiadosti ich zákonných zástupcov, na lekárske predpis s uvedením „hradí poisťovňa“,
- i) môže sledovať zdravotný stav kapitovaného poistenca aj počas hospitalizácie poistenca, prípadne sleduje jeho zdravotný stav aj vykonaním návštevy u kapitovaného poistenca v prípade poskytnutia plánovanej ústavnej starostlivosti,
- j) pri vystavovaní odporúčania na poskytnutie špecializovanej zdravotnej starostlivosti a ústavnej starostlivosti uhrádzanej zo zdrojov verejného zdravotného poistenia v odporúčaní uvádza epikrízu, priebeh ochorenia, výsledky doteraz vykonaných vyšetrení, ktoré súvisia s ochorením (ak boli vykonané), odôvodnenie odoslania poistenca a požiadavku na vyšetrenie poistenca. Pri vystavovaní žiadanky na poskytnutie zdravotných výkonov SVLZ uvádza na žiadanke aj diagnózu; ak poskytovateľ žiada o vykonanie zdravotných výkonov SVLZ v rámci preventívnej zdravotnej starostlivosti, uvedie aj uvedenú skutočnosť výslovné na žiadanke,
- k) pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti môže aktívne využívať softvér na sledovanie bezpečnosti farmakoterapie pri polypragmázii u poistencov; o jeho nadobudnutí poskytovateľ písomne informuje zdravotnú poisťovňu.

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

Spôsob úhrady	Špecifikácia podmienok úhrady	Výška kapitácie
cena kapitácie	poistenec vo veku od 18 rokov do 50 rokov života vrátane	1,83 EUR
cena kapitácie	poistenec vo veku od 51 rokov do 60 rokov života vrátane	1,89 EUR
cena kapitácie	poistenec vo veku od 61 rokov do 80 rokov života vrátane	2,22 EUR
cena kapitácie	poistenec vo veku od 81 rokov života	2,52 EUR

3. Cena kapitácie podľa bodu 2 tejto časti prílohy zahŕňa všetky náklady okrem

- a) nákladov na lieky uvedené v opatrení Ministerstva zdravotníctva SR, ktorým sa vydáva Zoznam liečiv a liekov plne uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia vždy v platnom znení označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom A a AS,
- b) nákladov za vykonané zdravotné výkony preventívnych prehliadok

Spôsob úhrady	Špecifikácia podmienok úhrady	Výška úhrady v EUR	Dohodnutý rozsah úhrady
cena bodu	za vykonané zdravotné výkony preventívnych prehliadok hrazených z verejného zdravotného poistenia uvedených nižšie	0,028215	súčin ceny bodu a počtu bodov uvedených v prílohe č. 4 časť C opatrenia Ministerstva zdravotníctva SR č. 07045/2003 – OAP z 30. decembra 2003, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva v znení neskorších predpisov (ďalej len „časť C“) za každý medicínsky indikovaný, správne vykázaný a uznaný zdravotný výkon

uhrádzajú sa tieto zdravotné výkony preventívnych prehliadok

Kód výkonu	Obsah zdravotného výkonu a preventívnych vyšetrení	Vek/frekvencia	Vykazovanie
159a	preventívne vyšetrenie krvi v stolici u poistenca vo veku nad 40 rokov	nad 40 rokov života / ďalej raz za dva roky, u darcov krvi raz za 12 mesiacov	vykazuje sa s kódom choroby Z000 alebo Z520 u darcov krvi podľa MKCH - 10, môže sa vykázat' s výkonom 160, nie je podmienkou
159a	preventívne vyšetrenie krvi v stolici u poistenca staršieho ako 18 rokov s pozitívnou rodinnou anamnézou karcinómu hrubého čreva alebo konečníka, vyžaduje sa uvedenie odôvodnenia v zdravotnej dokumentácii	raz za dva roky, u darcov krvi raz za 12 mesiacov	vykazuje sa s kódom choroby Z000 alebo Z520 u darcov krvi podľa MKCH - 10, môže sa vykázat' s výkonom 160, nie je podmienkou
159b	pri preventívnom zisťovaní celkového cholesterolu a triacylglycerolov v krvi	vo veku 17 alebo 18 rokov a vo veku 40 alebo 41 rokov života	vykazuje sa s kódom choroby Z001 alebo Z000 podľa MKCH - 10, môže sa vykázat' s výkonom 160
160	základná preventívna prehliadka	vo veku od 19 rokov života raz za dva roky, u darcov krvi raz za 12 mesiacov	vykazuje sa s kódom choroby Z000 alebo Z520 u darcov krvi podľa MKCH - 10, môže sa vykazovať s výkonom 5702 u poistencov, ktorí dovŕšili 40 rokov veku, ak ho poskytovateľ sám urobil a vyhodnotil
3671	preventívne zisťovanie cukru v krvi	raz za dva roky, u darcov krvi raz za 12 mesiacov	vykazuje sa s kódom choroby Z001, Z000 alebo Z520 u darcov krvi podľa MKCH - 10, môže sa vykázat' s výkonom 160

c) nákladov na jednorazové zdravotnícke pomôcky použité pri poskytnutí zdravotného výkonu 159a v nadobúdacej cene, najviac však v maximálnej cene za jeden použitý test podľa nasledujúcej tabuľky

Kód ŠUKLu	Názov	Maximálna cena za 1 ks s DPH v EUR
P58601	Immo Care	3,07
P58604	Hemo Care	0,89
P72456	Hemoglobin Test (3 v 1)	2,01
P59667	Hemdetect 50x3	0,35
P68818	Hemdetect Immo 25	2,00
A78021	FOB test	2,56
P65717	Haemocult	1,66
P68819	Hemdetect Immo	2,00
P74386	FEKA test	6,64
P59349	Hemoplus	1,07
P81930	SureScreen FOB	0,85

d) nákladov za výkon očkovania u poistencov zdravotnej poisťovne

Spôsob úhrady	Špecifikácia podmienok úhrady	Výška úhrady v EUR	Dohodnutý rozsah úhrady
cena bodu	zdravotný výkon 252b v súvislosti s očkovaním proti chrípke (vykazuje sa s kódom choroby Z251 podľa	0,048131	súčin ceny bodu a počtu bodov uvedených v časti C za každý medicínsky indikovaný, správne vykázaný a uznaný

	MKCH-10)		zdravotný výkon
cena bodu	zdravotný výkon 252b v súvislosti s očkovaním proti vírusovej hepatitíde typu A ¹⁾ (vykazuje sa s kódom choroby Z205 podľa MKCH-10, môže sa vykazovať s kombináciou výkonov 4 a 25 počas návštevy u poistenca)	0,026555	súčin ceny bodu a počtu bodov uvedených v časti C za každý medicínsky indikovaný, správne vykázaný a uznaný výkon na základe rozhodnutia regionálneho úradu verejného zdravotníctva alebo Úradu verejného zdravotníctva SR, ak si to vyžiada mimoriadna epidemiologická udalosť
cena bodu	zdravotný výkon 252b v súvislosti s očkovaním proti meningokokovej meningitíde ¹⁾ (vykazuje sa s kódom choroby Z208 podľa MKCH-10, môže sa vykazovať s kombináciou výkonov 4 a 25 počas návštevy u poistenca)	0,026555	súčin ceny bodu a počtu bodov uvedených v časti C za každý medicínsky indikovaný, správne vykázaný a uznaný výkon na základe rozhodnutia regionálneho úradu verejného zdravotníctva alebo Úradu verejného zdravotníctva SR, ak si to vyžiada mimoriadna epidemiologická udalosť
cena bodu	zdravotný výkon 252b v súvislosti s povinným očkovaním proti diftérii a tetanu (vykazuje sa s kódom choroby Z278 podľa MKCH-10, môže sa vykazovať s kombináciou výkonov 4 a 25 počas návštevy u poistenca)	0,026555	súčin ceny bodu a počtu bodov uvedených v časti C za každý medicínsky indikovaný, správne vykázaný a uznaný zdravotný výkon

¹⁾ V súlade s § 12 zákona č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

e) nákladov za vykonané zdravotné výkony č.: 4, 5, 6, 25, 26, 29, 30, 40, 41, 64 podľa podmienok uvedených v tabuľke nižšie. S uvedenými výkonmi v rámci návštevy poistenca je možné vykazovať aj zdravotné výkony č.: 200, 204, 206, 207, 210, 212, 250a, 250b, 250c, 252, 253, 261, 265, 271, 272, 289, 294, 295, 298, 299a, 299b, 320, 321, 323, 326, 332, 1275, 1402, 2000, 2003, 2011, 2011a v súlade s časťou C, pokiaľ ich neposkytuje agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti alebo sestra s licenciou na výkon samostatnej zdravotníckej praxe alebo iný poskytovateľ zdravotnej starostlivosti poskytujúci ambulantnú starostlivosť. Podmienkou úhrady výkonov uvedených v tomto bode je, že neodkladná zdravotná starostlivosť nebude v rovnakom čase v jeden deň vykázaná zdravotnej poisťovni lekárskou službou prvej pomoci

Kód výkonu	Poznámka
4	Štandardné vyšetrenie jedného orgánového systému. Môže sa vykázat pri návšteve poistenca, ktorý sa nemôže dostaviť do ambulancie poskytovateľa, najmä v súvislosti s potrebou poskytnutia neodkladnej zdravotnej starostlivosti u imobilného poistenca, u poistenca s podozrením na vysoko infekčné ochorenie a pod. Vykazuje sa s výkonom 25 alebo s výkonom 26. Vyžaduje sa záznam v zdravotnej dokumentácii poistenca. Môže sa vykázat pri povinnom očkovaní a pri očkovaní proti vírusovej hepatitíde typu A a proti meningokokovej meningitíde, ak je očkovanie nariadené regionálnym úradom verejného zdravotníctva alebo Úradom verejného zdravotníctva SR. Vykazuje sa s výkonom 25, s výkonom 252b a s kódom choroby podľa MKCH - 10. Vyžaduje sa záznam v zdravotnej dokumentácii poistenca.
5	Štandardné vyšetrenie jedného orgánového systému cez deň v sobotu, v nedeľu a v deň pracovného pokoja. Môže sa vykázat pri návšteve poistenca, ktorý sa nemôže dostaviť do ambulancie poskytovateľa, najmä v súvislosti s potrebou poskytnutia neodkladnej zdravotnej starostlivosti u imobilného poistenca, u poistenca s podozrením na vysoko infekčné ochorenie a pod. Môže sa vykázat s výkonom 26 a s výkonom 30. Vyžaduje sa záznam v zdravotnej dokumentácii poistenca.
6	Štandardné vyšetrenie jedného orgánového systému medzi 19.00 hod. a 7.00 hod. Môže sa vykázat pri návšteve poistenca, ktorý sa nemôže dostaviť do ambulancie poskytovateľa, najmä v súvislosti s potrebou poskytnutia neodkladnej zdravotnej starostlivosti u imobilného poistenca, u poistenca s podozrením na vysoko infekčné ochorenie a pod. Môže sa vykázat s výkonom 26, 29 a s výkonom 30. Vyžaduje sa záznam v zdravotnej dokumentácii poistenca.
25	Návšteva poistenca v pracovnom čase poskytovateľa. Môže sa vykázat pri návšteve poistenca, ktorý sa nemôže dostaviť do ambulancie poskytovateľa, v súvislosti s potrebou poskytnutia neodkladnej zdravotnej starostlivosti u imobilného poistenca, u poistenca s podozrením na vysoko infekčné ochorenie. Vyžaduje sa časový údaj a záznam v zdravotnej dokumentácii poistenca. Môže sa vykazovať s výkonmi preventívnych prehliadok u poistenca, ktorý sa nemôže dostaviť do ambulancie lekára z dôvodu imobility alebo z dôvodu iného závažného dlhodobého zdravotného

	postihnutia. V prípade preventívnej prehliadky sa vykazuje s výkonom preventívnej prehliadky. Vyžaduje sa záznam v zdravotnej dokumentácii poistenca. Môže sa vykazať pri povinnom očkovaní a pri očkovaní proti vírusovej hepatitíde typu A a proti meningokokovej meningitíde, ak je očkovanie nariadené regionálnym úradom verejného zdravotníctva alebo Úradom verejného zdravotníctva SR. Vykazuje sa s výkonom 4, s výkonom 252b a s kódom choroby podľa MKCH – 10. Vyžaduje sa záznam v zdravotnej dokumentácii poistenca.
26	Návšteva poistenca mimo riadneho pracovného času poskytovateľa. Vykazuje sa pri návšteve poistenca, ktorý sa nemôže dostať do ambulancie poskytovateľa, v súvislosti s potrebou poskytnutia neodkladnej zdravotnej starostlivosti u imobilného poistenca a u poistenca s podozrením na vysoko infekčné ochorenie. Vyžaduje sa časový údaj a záznam v zdravotnej dokumentácii poistenca.
29	Návšteva poistenca v noci vyžiadaná a vykonaná medzi 22.00 a 7.00 hodinou. Vykazuje sa pri návšteve poistenca, ktorý sa nemôže dostať do ambulancie poskytovateľa, v súvislosti s potrebou poskytnutia neodkladnej zdravotnej starostlivosti u imobilného poistenca a u poistenca s podozrením na vysoko infekčné ochorenie. Vyžaduje sa časový údaj o vyžiadaní a vykonaní návštevy a záznam v zdravotnej dokumentácii poistenca.
30	Príplatok k výkonu 26 a 29 za vyžiadajú a vykonanú návštevu v sobotu, nedeľu a v deň pracovného pokoja.
40	Zotrúvanie poskytovateľa pri poistencovi mimo ambulancie cez deň (za každú začatú polhodinu), najmä v súvislosti s potrebou jeho zotrúvania do príchodu záchranej zdravotnej služby zabezpečujúcej prevoz poistenca do ústavnej zdravotnej starostlivosti, vyžaduje sa odôvodnenie v zdravotnej dokumentácii poistenca.
41	Zotrúvanie poskytovateľa pri poistencovi mimo ambulancie v noci medzi 20.00 a 7.00 hodinou (za každú začatú polhodinu), najmä v súvislosti s potrebou jeho zotrúvania do príchodu záchranej zdravotnej služby zabezpečujúcej prevoz poistenca do ústavnej zdravotnej starostlivosti, vyžaduje sa odôvodnenie v zdravotnej dokumentácii poistenca.
64	Pri sťaženom výkone vyšetrenia/ošetrenia ťažko mobilného, imobilného, mentálne postihnutého, dementného, zrakového alebo sluchovo postihnutého poistenca.

Spôsob úhrady	Špecifikácia podmienok úhrady	Výška úhrady v EUR	Dohodnutý rozsah úhrady
cena bodu	zdravotné výkony uvedené v písm. e) v prípade, že boli vykonané počas návštevy poistenca (vykázané súčasne s kódom 25, 26 alebo 29) pri splnení podmienok uvedených v tabuľke	0,014937	súčin ceny bodu a počtu bodov uvedených v časti C za každý medicínsky indikovaný, správne vykázaný a uznaný zdravotný výkon

f) nákladov za výkony spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek (ďalej len „SVLZ“)

Spôsob úhrady	Špecifikácia podmienok úhrady	Výška úhrady v EUR	Dohodnutý rozsah úhrady
cena bodu	výkon SVLZ prístrojový za EKG vyšetrenie (kód 5702), ak ho poskytovateľ sám vykonal a vyhodnotil	0,007635	súčin ceny bodu a počtu bodov uvedených v časti C za každý medicínsky indikovaný, správne vykázaný a uznaný zdravotný výkon
cena bodu	výkon 4571a C - reaktívny proteín, ak ho poskytovateľ sám urobil a vyhodnotil (380 bodov)	0,011531	súčin ceny bodu a počtu bodov uvedených v časti C za každý medicínsky indikovaný, správne vykázaný a uznaný zdravotný výkon
cena bodu	výkon SVLZ (iný ako prístrojový) v prípade poskytnutia neodkladnej zdravotnej starostlivosti poistencovi zdravotnej poisťovne	0,007303	súčin ceny bodu a počtu bodov uvedených v časti C za každý medicínsky indikovaný, správne vykázaný a uznaný zdravotný výkon

4. Náklady za zdravotné výkony pri poskytnutí neodkladnej zdravotnej starostlivosti poistencovi zdravotnej poisťovne sa uhrádzajú takto

Spôsob úhrady	Špecifikácia podmienok úhrady	Výška úhrady v EUR	Dohodnutý rozsah úhrady
cena bodu	zdravotné výkony pri poskytnutí neodkladnej zdravotnej starostlivosti poistencovi zdravotnej poisťovne	0,014937	súčin ceny bodu a počtu bodov uvedených v časti C za každý medicínsky indikovaný, správne vykázaný a uznaný zdravotný výkon

SVLZ výkony sa uhrádzajú podľa bodu 3 písm. f) tejto časti prílohy.

5. Cena bodu za výkony podľa bodu 3 písm. e) a bodu 4 tejto časti prílohy vo výške **0,014937** EUR okrem výkonov SVLZ platí za splnenia podmienky, že poskytovateľ poskytne vo svojich priestoroch poistencom zdravotnej poisťovne alebo ich zákonným zástupcom tlačivá zdravotnej poisťovne o preventívnej prehliadke, resp. ďalšie vopred dohodnuté tlačivá a za splnenia podmienky, že poskytovateľ bude výsledky preventívnych prehliadok poistencov zdravotnej poisťovne zaznamenávať do tlačiva zdravotnej poisťovne v písomnej alebo elektronickej forme. Tlačivá v elektronickej alebo písomnej forme dodá zdravotná poisťovňa; poskytovateľ môže využívať aj svoje tlačivá, ak ich má vytvorené. V prípade, že poskytovateľ tieto tlačivá neposkytne poistencom zdravotnej poisťovne alebo ich zákonným zástupcom alebo ich nebude používať, platí cena bodu za výkony podľa bodu 3 písm. e) a bodu 4 tejto časti prílohy, okrem výkonov SVLZ, vo výške **0,013278** EUR.

2/ Špecializovaná ambulantná zdravotná starostlivosť

1. Zdravotné výkony poskytovanej zdravotnej starostlivosti sa uhrádzajú takto

a) zdravotné výkony poskytovanej zdravotnej starostlivosti vykázané poskytovateľom v súlade s nariadením vlády SR č. 776/2004 Z. z., ktorým sa vydáva Katalóg zdravotných výkonov v znení neskorších predpisov sa ohodnocujú počtom bodov, ktoré sú uvedené v prílohe č. 4 časť C opatrenia Ministerstva zdravotníctva SR č. 07045/2003 – OAP z 30. decembra 2003, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva v znení neskorších predpisov (ďalej len „časť C“),

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

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

d) do rozsahu podľa písm. b) a c) tohto bodu sa nezapočítavajú náklady na lieky uvedené v opatrení Ministerstva zdravotníctva SR, ktorým sa vydáva Zoznam liečiv a liekov plne uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia vždy v platnom znení, označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom A a AS.

2. Úhrada zdravotných výkonov špecializovanej zdravotnej starostlivosti s výnimkou zdravotnej starostlivosti uvedenej v bode 3 tejto časti prílohy

Spôsob úhrady	Špecifikácia podmienok úhrady	Výška úhrady
cena bodu	zdravotné výkony pri poskytnutí špecializovanej zdravotnej starostlivosti	0,018257 EUR

3. Osobitne sa uhrádzajú náklady za výkony spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek (ďalej len „SVLZ“)

Spôsob úhrady	Špecifikácia podmienok úhrady	Výška úhrady
cena bodu	výkon SVLZ	0,007303 EUR
cena bodu	výkon SVLZ prístrojový*	0,007303 EUR

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

2/ Špecializovaná ambulantná zdravotná starostlivosť v špecializačnom odbore urológia

1. Zdravotné výkony poskytovanej zdravotnej starostlivosti sa uhrádzajú takto

a) zdravotné výkony poskytovanej zdravotnej starostlivosti vykázané poskytovateľom v súlade s nariadením vlády SR č. 776/2004 Z. z., ktorým sa vydáva Katalóg zdravotných výkonov v znení neskorších predpisov sa ohodnocujú počtom bodov, ktoré sú uvedené v prílohe č. 4 časť C opatrenia Ministerstva zdravotníctva SR č. 07045/2003 – OAP z 30. decembra 2003, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva v znení neskorších predpisov (ďalej len „časť C“),

b) rozsah úhrady, ktorý uhradí zdravotná poisťovňa poskytovateľovi, predstavuje súčin počtu bodov za zdravotný výkon podľa písm. a) tohto bodu a dohodnutej ceny bodu uvedenej v bode 2 až 4 tejto časti prílohy za všetky medicínsky indikované zdravotné výkony vykázané zdravotnej poisťovni a zdravotnou poisťovňou uznané,

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

d) do rozsahu podľa písm. b) a c) tohto bodu sa nezapočítavajú náklady na lieky uvedené v opatrení Ministerstva zdravotníctva SR, ktorým sa vydáva Zoznam liečiv a liekov plne uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia vždy v platnom znení označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom A a AS.

2. Úhrada zdravotných výkonov špecializovanej zdravotnej starostlivosti s výnimkou zdravotnej starostlivosti uvedenej v bode 3 až 5 tejto časti prílohy.

Spôsob úhrady	Špecifikácia podmienok úhrady	Výška úhrady v EUR
cena bodu	zdravotné výkony pri poskytnutí špecializovanej zdravotnej starostlivosti	0,018257

3. Osobitne sa uhrádzajú náklady za vykonané zdravotné výkony preventívnych prehliadok

Spôsob úhrady	Špecifikácia podmienok úhrady	Výška úhrady v EUR	Dohodnutý rozsah úhrady
cena bodu	za vykonané zdravotné výkony preventívnych prehliadok hrazených z verejného zdravotného poistenia uvedených nižšie	0,026555	súčin ceny bodu a počtu bodov uvedených časti C

uhrádzajú sa tieto zdravotné výkony preventívnych prehliadok

Kód výkonu	Obsah zdravotného výkonu a preventívnych vyšetrení	Vek / frekvencia	Vykazovanie
158	vyšetrenie na včasné rozpoznanie ochorenia na rakovinu u muža vrátane rád	poistencom vo veku od 40 rokov života / raz za dva roky	vykazuje sa s kódom choroby Z018 podľa MKCH – 10, môže sa vykázat' s výkonom 5302

4. Osobitne sa uhrádzajú náklady za výkony spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek (ďalej len „SVLZ“)

Spôsob úhrady	Špecifikácia podmienok úhrady	Výška úhrady v EUR
cena bodu	výkon SVLZ	0,007303
cena bodu	výkon SVLZ prístrojový*	0,007303

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

5. Osobitne sa uhrádzajú jednorazové zdravotnícke pomôcky použité pri poskytnutí uvedených zdravotných výkonoch v nadobúdacej cene, najviac však v uvedenej maximálnej cene

Kód výkonu	Kód JZP	Označenie JZP	Úhrada JZP v EUR	Schválenie RL
5153a	160005	punkčná ihla	66,39	
1795, 5158b, 1822	160006	SET -epicystostomický, nefrostomický, cystostomický	76,35	
1791, 1792, 1793, 1794	160009	cievka	51,45	
5158a	160007	stent	1991,64	RL
5158	160008	double pigtail	16,60	
1722, 1723	160010	permanentný katéter (na 3 – 6 mesiacov)	16,60	

Vysvetlivky: JZP – jednorazová zdravotnícka pomôcka, RL – revízny lekár zdravotnej poisťovne

a) zdravotná poisťovňa uhradí náklady na jednorazové zdravotnícke pomôcky uvedené vyššie len za toho poistenca, ktorý je v čase ich poskytnutia jej poistencom,

b) podmienkou úhrady jednorazovej zdravotníckej pomôcky uvedenej vyššie, u ktorej je uvedené označenie „RL“, je predchádzajúci písomný súhlas revízneho lekára zdravotnej poisťovne; v prípade, že ide o poskytnutie neodkladnej

zdravotnej starostlivosti poistencovi, poskytovateľ žiada o súhlas revízneho lekára zdravotnej poisťovne dodatočne, najneskôr však v prvý pracovný deň po poskytnutí neodkladnej zdravotnej starostlivosti,

c) súhlas revízneho lekára zdravotnej poisťovne na úhradu zdravotníckej pomôcky je platný jeden rok; po uplynutí tohto súhlasu poskytovateľ požíada písomne zdravotnú poisťovňu o nový súhlas,

d) pri jednorazovej zdravotníckej pomôcke schválenej revíznym lekárom zdravotnej poisťovne prikladá poskytovateľ k faktúre kópiu nadobúdacieho dokladu zdravotníckej pomôcky a výpis zo zdravotnej dokumentácie poistenca týkajúcej sa poskytnutej zdravotnej starostlivosti.

2/ Špecializovaná ambulatná zdravotná starostlivosť v špecializačnom odbore gastroenterológia

1. Zdravotné výkony poskytovanej zdravotnej starostlivosti sa uhrádzajú takto

a) zdravotné výkony poskytovanej zdravotnej starostlivosti vykázané poskytovateľom v súlade s nariadením vlády SR č. 776/2004 Z. z., ktorým sa vydáva Katalóg zdravotných výkonov v znení neskorších predpisov sa ohodnocujú počtom bodov, ktoré sú uvedené v prílohe č. 4 časť C opatrenia Ministerstva zdravotníctva SR č. 07045/2003 – OAP z 30. decembra 2003, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva v znení neskorších predpisov (ďalej len „časť C“),

b) rozsah úhrady, ktorý uhradí zdravotná poisťovňa poskytovateľovi, predstavuje súčin počtu bodov za zdravotný výkon podľa písm. a) tohto bodu a dohodnutej ceny bodu uvedenej v bode 2 až 4 tejto časti prílohy za všetky medicínsky indikované zdravotné výkony vykázané zdravotnej poisťovni a zdravotnou poisťovňou uznané,

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

d) do rozsahu podľa písm. b) a c) tohto bodu sa nezapočítavajú náklady na lieky uvedené v opatrení Ministerstva zdravotníctva SR, ktorým sa vydáva Zoznam liečiv a liekov plne uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia vždy v platnom znení označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom A a AS.

2. Úhrada zdravotných výkonov špecializovanej zdravotnej starostlivosti s výnimkou zdravotnej starostlivosti uvedenej v bode 3 a 4 tejto časti prílohy

Spôsob úhrady	Špecifikácia podmienok úhrady	Výška úhrady v EUR
cena bodu	zdravotné výkony pri poskytnutí špecializovanej zdravotnej starostlivosti	0,018257

3. Osobitne sa uhrádzajú náklady za vykonané zdravotné výkony preventívnych prehliadok

Spôsob úhrady	Špecifikácia podmienok úhrady	Výška úhrady v EUR	Dohodnutý rozsah úhrady
cena bodu	za vykonané zdravotné výkony preventívnych prehliadok hrađených z verejného zdravotného poistenia uvedených nižšie	0,026555	súčin ceny bodu a počtu bodov uvedených časti C

uhrádzajú sa tieto zdravotné výkony preventívnych prehliadok

Kód výkonu	Obsah zdravotného výkonu a preventívnych vyšetrení	Vek / frekvencia	Vykazovanie
763p	vykonanie preventívnej prehliadky konečníka a hrubého čreva kolonoskopom	vo veku nad 50 rokov raz za 10 rokov, u osôb so zvýšeným rizikom ochorenia na rakovinu hrubého čreva a konečníka bez vekového obmedzenia, pri negatívite pri prvej kolonoskopickej prehliadke raz za 5 rokov	vykazuje sa s kódom choroby Z121 podľa MKCH-10 (2.369 bodov)

4. Osobitne sa uhrádzajú náklady za výkony spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek (ďalej len „SVLZ“)

Spôsob úhrady	Špecifikácia podmienok úhrady	Výška úhrady v EUR
cena bodu	výkon SVLZ	0,007303
cena bodu	výkon SVLZ prístrojový*	0,007303

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

2/ Finančný rozsah

1. Zmluvné strany sa na dobu účinnosti prílohy č. 2 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti podľa bodu 9.3. tejto zmluvy u špecializovanej zdravotnej starostlivosti (ďalej len „ŠAS“) dohodli na finančnom objeme vo výške
 - a) **1.177 EUR** na kalendárny štvrťrok od 1.1.2012 do 31.3.2012,
 - b) **1.177 EUR** na kalendárny štvrťrok od 1.4.2012 do 30.6.2012,
 - c) **1.177 EUR** na kalendárny štvrťrok od 1.7.2012 do 30.9.2012,
 - d) **1.177 EUR** na kalendárny štvrťrok od 1.10.2012 do 31.12.2012.
2. Zmluvné strany sa pre prípad predĺženej dvojmesačnej účinnosti prílohy č. 2 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, podľa bodu 9.4. tejto zmluvy u špecializovanej zdravotnej starostlivosti dohodli na finančnom objeme vo výške
 - a) 392 EUR na kalendárny mesiac od 1.1.2013 do 31.1.2013,
 - b) 392 EUR na kalendárny mesiac od 1.2.2013 do 28.2.2013.
3. Do finančného objemu podľa tejto časti prílohy sa zahŕňajú všetky výkony ŠAS vrátane výkonov spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek (ďalej len „SVLZ“) na špecializovaných ambulanciách podľa prílohy č. 2 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, okrem zdravotnej starostlivosti uvedenej v bode 4.
4. Do finančného objemu podľa tejto časti prílohy sa nezahŕňa výkon 763p - vykonanie preventívnej prehliadky konečníka a hrubého čreva kolonoskopom v špecializačnom odbore gastroenterológia, výkon 158 – preventívne vyšetrenie na včasné rozpoznanie ochorenia na rakovinu u muža vrátane rád v špecializačnom odbore urológia a v kategórii zubný lekár.
5. Poskytovateľom vykázané a zdravotnou poisťovňou uznané výkony ŠAS vrátane výkonov SVLZ budú uhradené nasledovne
 - a) výkony do výšky dohodnutého finančného objemu podľa tejto časti prílohy na kalendárny štvrťrok (mesiac) v cene bodu poskytnutej ŠAS podľa prílohy č. 2 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti,
 - b) výkony po prekročení dohodnutého finančného objemu podľa tejto časti prílohy na kalendárny štvrťrok (mesiac) v cene bodu poskytnutej ŠAS podľa prílohy č. 2 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, vynásobenej koeficientom **0,10**.
6. V prípade nevyčerpania dohodnutého finančného objemu podľa tejto časti prílohy sa nevyčerpaná časť finančného objemu neprenáša do nasledujúceho kalendárneho obdobia.

2/ Špecializovaná ambulatná starostlivosť v špecializačnom odbore stomatológia/ zubné lekárstvo, čeľusťná ortopédia (ďalej len kategória „zubný lekár“)

1. Zdravotné výkony poskytovanej zdravotnej starostlivosti sa uhrádzajú takto

a) zdravotné výkony poskytovanej zdravotnej starostlivosti vykázané poskytovateľom v súlade s nariadením vlády SR č. 776/2004 Z. z., ktorým sa vydáva Katalóg zdravotných výkonov v znení neskorších predpisov sa ohodnocujú počtom bodov, ktoré sú uvedené v prílohe č. 4 časť C opatrenia Ministerstva zdravotníctva SR č. 07045/2003 – OAP z 30. decembra 2003, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva v znení neskorších predpisov (ďalej len „časť C“),

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

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

d) do rozsahu podľa písm. b) a c) tohto bodu sa nezapočítavajú náklady na lieky uvedené v opatrení Ministerstva zdravotníctva SR, ktorým sa vydáva Zoznam liečiv a liekov plne uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia vždy v platnom znení označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom A a AS,

e) do finančného rozsahu podľa písm. b) a c) tohto bodu sa nezapočítavajú náklady na zdravotnícke pomôcky skupiny Z uvedené v opatrení Ministerstva zdravotníctva SR, ktorým sa vydáva Zoznam zdravotníckych pomôcok plne uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia vždy v platnom znení.

2. Úhrada zdravotných výkonov špecializovanej zdravotnej starostlivosti s výnimkou zdravotnej starostlivosti uvedenej v bodoch 3 až 4 tejto časti prílohy je nasledovná

a)

Spôsob úhrady	Špecifikácia podmienok úhrady	Výška úhrady v EUR
cena bodu	zdravotné výkony pri poskytnutí špecializovanej zdravotnej starostlivosti v kategórii zubný lekár	0,066388

b) pre náročnosť ošetrovania poistencov s vrodenou vývojovou chybou čeľustí a tváre sa hodnota výkonu O06 do dosiahnutia šiesteho roku veku a výkonov O21 až O37 bez obmedzenia veku násobí koeficientom H 1,3.

3. Osobitne sa uhrádzajú náklady za vykonané zdravotné výkony preventívnych prehliadok

Spôsob úhrady	Špecifikácia podmienok úhrady	Výška úhrady v EUR
cena bodu	za vykonané zdravotné výkony preventívnych prehliadok hrazených z verejného zdravotného poistenia (D01, D02, D02a, D05 a D06), vykazujú sa s kódom choroby Z012 podľa MKCH - 10	0,066388

4. Osobitne sa uhrádza materiál pri výkone RTG snímok

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

* výkon RTG snímok sa uhrádza u poskytovateľa, ktorý spĺňa odborné predpoklady na vykonávanie a vyhodnocovanie príslušných vyšetrovaní (špecializácia alebo certifikát), vlastní alebo má prenajatý príslušný prístroj

2/ Zariadenia spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek

Zdravotné výkony poskytovanej zdravotnej starostlivosti sa uhrádzajú takto

a) zdravotné výkony poskytovanej zdravotnej starostlivosti vykázané poskytovateľom v súlade s nariadením vlády SR č. 776/2004 Z. z., ktorým sa vydáva Katalóg zdravotných výkonov v znení neskorších predpisov sa ohodnocujú počtom bodov, ktoré sú uvedené v prílohe č. 4 časť C opatrenia Ministerstva zdravotníctva SR č. 07045/2003 – OAP z 30. decembra 2003, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva v znení neskorších predpisov (ďalej len „časť C“),

b) finančný rozsah, ktorý uhradí zdravotná poisťovňa poskytovateľovi poskytujúcemu zdravotnú starostlivosť v zariadení spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek (ďalej len „SVLZ“), s výnimkou špecializačných odborov podľa písm. c), e) a f) tejto časti prílohy, predstavuje súčin počtu bodov za zdravotný výkon podľa písmena a) tejto časti prílohy a ceny bodu vo výške **0,007303** EUR za všetky medicínsky indikované, zdravotnej poisťovni správne vykázané a zdravotnou poisťovňou uznané zdravotné výkony,

c) finančný rozsah, ktorý uhradí zdravotná poisťovňa poskytovateľovi poskytujúcemu zdravotnú starostlivosť v zariadení SVLZ v špecializačnom odbore **fyziatra, balneológia a liečebná rehabilitácia**, predstavuje súčin počtu bodov za zdravotný výkon podľa písmena a) tejto časti prílohy okrem výkonov s kódmi 509a, 512, 513, 514a, 516, 518, 522, 523a, 530, 531, 532, 533a, 540, 541, 542 a ceny bodu vo výške **0,007303** EUR za všetky medicínsky indikované, zdravotnej poisťovni správne vykázané a zdravotnou poisťovňou uznané zdravotné výkony,

d) finančný rozsah, ktorý uhradí zdravotná poisťovňa poskytovateľovi poskytujúcemu zdravotnú starostlivosť v zariadení SVLZ v špecializačnom odbore podľa písmena c) tejto časti prílohy predstavuje súčin počtu bodov za zdravotný výkon podľa písmena a) tejto časti prílohy u výkonov s kódmi 509a, 512, 513, 514a, 516, 518, 522, 523a, 530, 531, 532, 533a, 540, 541, 542 a ceny bodu vo výške **0,010954** EUR za všetky medicínsky indikované, zdravotnej poisťovni správne vykázané a zdravotnou poisťovňou uznané zdravotné výkony,

e) finančný rozsah, ktorý uhradí zdravotná poisťovňa poskytovateľovi poskytujúcemu zdravotnú starostlivosť v zariadení SVLZ v špecializačných odboroch **laboratórnej medicíny**, predstavuje súčin počtu bodov za zdravotný výkon podľa písmena a) tejto časti prílohy a ceny bodu vo výške v rozmedzí od **0,006307** EUR do **0,007635** EUR za všetky medicínsky indikované, zdravotnej poisťovni správne vykázané a zdravotnou poisťovňou uznané zdravotné výkony; výška ceny bodu závisí od splnenia motivačných kritérií uvedených nižšie;

- základná cena bodu: 0,006307€ (podmienkou je interný a externý systém kontroly kvality)

Kritérium	Navýšenie základnej ceny bodu v EUR	Zmluvná cena bodu v EUR
ordinačné hodiny - nepretržitá prevádzka	+ 0,000332	0,007303
vykonávanie manuálne náročných zdravotných výkonov		
preprava biologického materiálu na vlastné náklady	+ 0,000332	
laboratórny informačný systém	+ 0,000332	
akreditácia	+ 0,000332	

e.1.) poskytovateľ zdravotnej starostlivosti poskytujúci zdravotnú starostlivosť v zariadení SVLZ v špecializačnom odbore patologická anatómia vykazuje zdravotné výkony súvisiace s cytologickým vyšetrením cervikálneho steru výlučne pod kódom 9980 za podmienok uvedených v tabuľke tohto bodu v maximálnom počte 1x na jednu poistenku; finančný rozsah, ktorý uhradí zdravotná poisťovňa poskytovateľovi za zdravotný výkon 9980 predstavuje súčin počtu bodov podľa tabuľky uvedenej nižšie a výšky ceny bodu v rozmedzí od 0,006307 EUR do 0,007635 EUR v závislosti od splnenia motivačných kritérií uvedených v tabuľke pod písmenom e) tejto časti prílohy,

Kód výkonu	Názov výkonu	Počet bodov	Rozsah	Poznámka
9980	cytologické vyšetrenie realizované konvenčnou metódou	1 000	Za každý poskytovateľom zdravotnej starostlivosti správne vykázaný a Union zdravotnou poisťovňou, a. s. uznaný výkon	Vykazuje sa s kódmi choroby Z01.4, Z12.4, N72, N86, N87.0, N87.1, N87.2, N87.9, N88.9 podľa MKCH – 10 ⁴

e.2.) poskytovateľ zdravotnej starostlivosti v špecializačnom odbore klinická biochémia pri vyšetrení onkomarkerov vykazuje len laboratórne zdravotné výkony, ktoré boli indikované za podmienok uvedených v tabuľke tohto bodu

Oblasť	názov	kód	odbornosť
Hlava, krk a pažerák	SCCA	4481	001,010,107,014,019,037,043,047,060,319,329,350,591
	CYFRA 21-1	4480	001,010,107,014,019,037,043,047,060,319,329,350,591
	CEA	4353	001,010,107,014,019,031,037,043,047,060,319,329,350,591
Žalúdok	CEA	4353	001,007,010,107,019,031,043,047,048,154,060,222,319,350,591
	CA 19-9	4446	001,007,010,107,019,031,043,047,048,154,060,222,319,350,591
	CA 72-4	4470	001,007,010,107,019,043,047,048,154,060,222,319,350,591

Črevo	CEA	4353	001,007,,010,107,019,031,043,047,048,154,060,222,319,350,591
	CA 19-9	4446	001,007,010,107,019,031,043,047,048,154,060,222,319,350,591
	chromogranin	4466	001,007,010,107,019,043,047,048,154,060,222,319,350,591
Pečeň a žilčové cesty	AFP	4361	001,007,002,010,107,019,031,043,047,048,051,154,060,216,222,319,350,591
	CEA	4353	001,007,010,107,019,031,043,047,048,154,060,216,222,319,350,591
	CA 19-9	4446	001,007,010,107,019,031,043,047,048,154,060,216,222,319,350,591
Pankreas	CA 19-9	4446	001,007,010,107,019,031,043,047,048,154,060,222,319,350,591
	CEA	4353	001,007,010,107,019,031,043,047,048,154,060,222,319,350,591
	chromogranin	4466	001,007,010,107,019,043,047,048,154,060,222,319,350,591
	NSE	4451	001,007,010,107,019,043,047,048,154,060,222,319,350,591
Pľúca a pleura	CEA	4353	001,003,156,019,031,043,047,060,319,350,591,025
	CYFRA 21-1	4480	001,003,156,019,043,047,060,319,350,591,025
	NSE	4451	001,003,156,153,019,043,047,060,319,350,591,025
	chromogranin	4466	001,003,156,019,043,047,060,319,350,591,025
	CA 125	4444	001,003,156,019,031,043,047,060,319,350,591,025
Hrtan	SCCA	4481	014,019,043,047,319,591
	CYFRA 21-1	4480	014,019,043,047,319,591
	CEA	4353	014,019,031,043,047,319,591
Prsník	CA 15-3	4445	009,017,019,043,047,229,271,591
	CEA	4353	0090,17,019,031,043,047,229,271,591
Krčok maternice a vonkajší gentiál	SCCA	4481	009,017,019,043,047,229,591
	CEA	4353	009,017,019,031,043,047,229,591
	CYFRA 21-1	4480	009,017,019,043,047,229,591
Maternica	HE- 4	4464	009,017,019,043,047,229,591
	CA 125	4444	009,017,019,043,047,229,591
	HCG	4440	009,017,019,031,043,047,229,591
Ováriá	CA 125	4444	009,017,019,043,047,048,229,591
	HE- 4	4464	009,017,019,043,047,229,591
	CA 72-4	4470	009,017,019,043,047,229,591
	CA 19-9	4446	009,017,019,031,043,047,229,591
	AFP	4361	009,017,019,031,043,047,048,051,229,591
	HCG	4440	009,017,019,031,043,047,229,591
Testes	AFP	4361	012,109,019,031,043,047,051,319,322,591
	HCG	4440	012,109,019,031,043,047,319,322,591
Prostata	PSA	4355	012,109,019,043,047,319,322,591
	f - PSA	4355	012,109,019,043,047,319,322,591
	chromogranin	4466	012,109,019,043,047,319,322,591
Obličky a močové cesty	CEA	4353	001,012,109,019,031,043,047,060,063,163,322,591
	chromogranin	4466	001,012,109,019,043,047,060,063,163,322,591
	NSE	4350	001,012,109,019,043,047,060,063,163,322,591
	CYFRA 21-1	4470	001,012,109,019,043,047,060,063,163,322,591
Nadobličky	chromogranin	4466	007,012,109,019,043,047,060,063,163,064,153,322,591
	NSE	4451	007,012,109,019,043,047,060,063,163,064,153,322,591
Koža	protein S - 100	4466	018,019,043,047,319,591
	SCCA	4481	018,019,043,047,319,591
	tymidín kináza	4358	018,019,040,043,047,319,591
Periférne nervy	NSE	4451	004,104,019,037,043,047,545,591
Hematologické nádory	tymidín kináza	4358	007,019,031,043,047,329,591
Hypofýza	chromogranin	4466	007,019,037,043,047,064,153,591
Príštitne telieska	chromogranin	4466	007,019,043,047,064,153,591
Štítna žľaza	kalcitonin	4371	001,007,019,043,047,064,153,350,591
	CEA	4353	001,007,019,031,043,047,064,153,350,591
	chromogranin	4466	001,007,019,043,047,064,153,350,591

f) finančný rozsah, ktorý uhradí zdravotná poisťovňa poskytovateľovi poskytujúcemu zdravotnú starostlivosť v zariadení SVLZ v špecializačnom odbore **rádiológia**, predstavuje súčin počtu bodov za zdravotný výkon podľa písmena a) tejto časti prílohy a ceny bodu vo výške v rozmedzí od **0,005643** EUR do **0,007303** EUR za všetky medicínsky indikované, zdravotnej poisťovni správne vykázané a zdravotnou poisťovňou uznané zdravotné výkony; výška ceny bodu

závisí od technických parametrov prístrojového vybavenia pracoviska poskytovateľa a od splnenia kritérií uvedených v tabuľke nižšie,

Zobrazovacia modalita	Kritérium	Cenové úrovne podľa splnenia kritérií	Zmluvná cena bodu v EUR
konvenčné rtg	-	0,007303	x
ultrasonografia	-	0,007303	x
mamografia	PZS poskytne menej ako 3.000 vyšetrení/1 rok, preukáže MTV a personálne obsadenie pracoviska v zmysle platného OU MZ SR pre vykonávanie preventívnych mamografických vyšetrení (č. 28222/2005 z 9.11.2005)	0,006971	x
	PZS poskytne minimálne 3.000 vyšetrení/1 rok, preukáže MTV a personálne obsadenie pracoviska v zmysle platného OU MZ SR pre vykonávanie preventívnych mamografických vyšetrení (č. 28222/2005 z 9.11.2005)	0,007303	
počítačová tomografia	CT prístroj do 16 MSCT	0,006639	x
	CT prístroj 20 - 40 MSCT	0,006971	
	CT prístroj 64 MSCT a viac	0,007303	
magnetická rezonancia	MR prístroj 0,2 T až 0,25 T pre vyšetrenie jedného orgánového systému - kĺbov	0,005643	x
	MR prístroj 0,25 T pre viac orgánovú diagnostiku	0,006307	
	MR prístroj 0,3 T - 1,0 T	0,006971	
	MR prístroj od 1,5 T vyššie	0,007303	

Vysvetlivky: PZS – poskytovateľ
 OU MZ SR odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva SR
 MTV – materiálne technické vybavenie

g) zdravotný výkon, ktorý nie je uvedený v časti C (nemá určenú bodovú hodnotu) zdravotná poisťovňa môže uhradiť poskytovateľovi len s predchádzajúcim písomným súhlasom revízného lekára zdravotnej poisťovne a to najviac vo výške preukázateľných nákladov spojených s jeho poskytnutím,

h) do finančného rozsahu podľa písmen b) až g) tejto časti prílohy sa nezapočítavajú náklady na lieky uvedené v opatrení Ministerstva zdravotníctva SR, ktorým sa vydáva Zoznam liečiv a liekov plne uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia vždy v platnom znení označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom A a AS,

i) do finančného rozsahu podľa písmen b) až g) tejto časti prílohy sa nezapočítavajú náklady na ďalšie pripočítateľné položky k zdravotným výkonom vykázané v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi,

j) do finančného rozsahu podľa písmena f), prípadne g) tejto časti prílohy sa nezapočítavajú náklady na pripočítateľné položky k zdravotným výkonom v špecializačnom odbore rádiológia – náklady na jednorazové zdravotnícke pomôcky; zoznam jednorazových zdravotníckych pomôcok, ktoré je poskytovateľ oprávnený vykazovať zdravotnej poisťovni k úhrade a podmienky vykazovania je zverejnený a bude priebežne aktualizovaný na webovej stránke zdravotnej poisťovne www.unionzp.sk. Poskytovateľ je oprávnený požiadať zdravotnú poisťovňu o zaradenie a schválenie aj iných, ako v zozname podľa tohto bodu zverejnených jednorazových zdravotníckych pomôcok. V takom prípade predloží zdravotnej poisťovni osvedčenie o registrácii zdravotníckej pomôcky a požadovanú výšku úhrady dokumentovanú dokladmi o nadobúdacej cene zdravotníckej pomôcky. Zoznam podľa tohto bodu obsahuje zároveň číselné kódy jednotlivých jednorazových zdravotníckych pomôcok, pod ktorými poskytovateľ tieto zdravotnícke pomôcky vyказuje zdravotnej poisťovni v súlade s metodickým usmernením Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou ako pripočítateľnú položku k poskytnutým zdravotným výkonom uvedeným v časti C pre špecializačný odbor rádiologie,

j.1.) poskytovateľ vykáže k úhrade zdravotnej poisťovni použitý filmový materiál k poskytnutému zdravotnému výkonu s označením podľa formátu použitého filmového materiálu (FOTO1 – FOTO18) v nákupnej cene, maximálne však v cene uvedenej v tabuľke uvedenej nižšie,

Označenie filmu	Formát	Max. cena/Euro	Označenie PACS	Max. cena /Euro
FOTO01	3 x 4	0,33	PACS01	0,33
FOTO02	15 x 30	0,50	PACS02	0,50
FOTO03	18 x 24	0,40	PACS03	0,40
FOTO04	24 x 30	0,66	PACS04	0,66

FOTO05	35 x 35	1,49	PACS05	1,49
FOTO06	30 x 40	1,16	PACS06	1,16
FOTO07	35 x 43	1,39	PACS07	1,39
FOTO08	24 x 30 pre mamografie	1,84	PACS08	1,84
FOTO09	18 x 24 pre mamografie	1,15	PACS09	1,15
FOTO10	A4	2,12	PACS10	2,12
FOTO11	14 x 17 inch laser	5,81	PACS11	5,81
FOTO12	8 x 10 inch laser	1,94	PACS12	1,94
FOTO13	A3	4,17	PACS13	4,17
FOTO14	13 x 18	0,33	PACS14	0,33
FOTO15	15 x 40	0,76	PACS15	0,76
FOTO16	5 x 7	0,27	PACS16	0,27
FOTO17	18 x 43	0,86	PACS17	0,86
FOTO18	20 x 40	0,93	PACS18	0,93

j.2.) v prípade, že poskytovateľ dokumentuje a archivuje poskytnuté vyšetrenia v systéme PACS, čo preukáže zdravotnej poisťovni dokumentmi podľa tabuľky technických požiadaviek na prevádzku PACS uvedenej na webovej stránke zdravotnej poisťovne www.unionzp.sk, vykáže k úhrade zdravotnej poisťovni dokumentáciu a archiváciu poskytnutého zdravotného výkonu označením PACS1 – PACS18 v takom počte, ktoré zodpovedá počtu filmového materiálu, ktorý by bol použitý pri štandardnej dokumentácii a archivácii,

j.3.) zdravotná poisťovňa uhradí za dokumentáciu a archiváciu poskytnutého zdravotného výkonu v systéme PACS pri zdravotných výkonoch s kódmi číslo 5000 – 5095 (vrátane) 100% cenu filmového materiálu a pri zdravotných výkonoch s kódmi č. 5101 – 5613 (vrátane) 80% ceny filmového materiálu, ktorý by bol použitý pri štandardnej dokumentácii a archivácii.

2/ Priamo hradené zdravotné výkony pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti

Cena priamo hradených zdravotných výkonov poskytovateľovi sa uhrádza takto:

Kód výkonu	Názov výkonu	Cena (v EUR)	Rozsah	Poznámka
9552	Vyšetrenie PCR na stanovenie RNA HCV kvalitatívne	60,41	Za každý medicínsky indikovaný, poskytovateľom správne vykázaný a zdravotnou poisťovňou uznaný výkon.	Vyказuje sa s kódom choroby B182 podľa MKCH – 10.
9503	Vyšetrenie PCR na stanovenie RNA HCV kvantitatívne	106,22	Za každý medicínsky indikovaný, poskytovateľom správne vykázaný a zdravotnou poisťovňou uznaný výkon.	Vyказuje sa s kódom choroby B182 podľa MKCH – 10.
9504	Genotypizácia RNA	202,48	Za každý medicínsky indikovaný, poskytovateľom správne vykázaný a zdravotnou poisťovňou uznaný výkon.	Vyказuje sa s kódom choroby B182 podľa MKCH – 10.
9506	Konfirmácia anti HCV s použitím western blot ELISA	76,35	Za každý medicínsky indikovaný, poskytovateľom správne vykázaný a zdravotnou poisťovňou uznaný výkon.	Vyказuje sa s kódom choroby B182 podľa MKCH – 10.
9507	Vyšetrenie HBV DNA (hybridizácia)	59,75	Za každý medicínsky indikovaný, poskytovateľom správne vykázaný a zdravotnou poisťovňou uznaný výkon.	Vyказuje sa s kódom choroby B182 podľa MKCH – 10.
9650	Kapsulová enteroskopia vrátane nákladov na kapsulu	829,85	Za každý medicínsky indikovaný, poskytovateľom správne vykázaný a zdravotnou poisťovňou uznaný výkon.	Podmienkou úhrady výkonu z verejného zdravotného poistenia je dodržanie zdravotných indikácií. Výkon podlieha schvaľovaniu revíznym lekárom zdravotnej poisťovne na základe predloženého protokolu vypracovaného odbornou spoločnosťou a zdravotnými poisťovňami.

Zdravotnou indikáciou, ktorá je podmienkou úhrady výkonu č. **9650** - kapsulová enteroskopia, z verejného zdravotného poistenia je krvácanie z tráviaceho traktu z neznámeho zdroja:

- hemodynamicky významné - pri negativite gastrofibroskopie a kolonoskopie a s nutnosťou pobytu na JIS a podávaním transfúzií,
- hemodynamicky nevýznamné - opakovaná anemizácia s nutnosťou jej liečby bez zistenia zdroja krvácania dostupnými vyšetrovacími postupmi.

Poznámka: vyšetrenie možno vykonať u detí vo veku od 10 rokov, výnimočne aj u mladších.

2/ Finančný rozsah – Zariadenia spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek a Priamo hrazené zdravotné výkony pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti

1. Zmluvné strany sa na dobu účinnosti prílohy č. 2 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti podľa bodu 9.3. tejto zmluvy u zdravotnej starostlivosti poskytovanej v zariadeniach spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek (ďalej len „SVLZ“) a pri poskytovaní priamo hrazených výkonov (ďalej len „PHV“) dohodli na finančnom objeme vo výške

- a) **23.220 EUR** na kalendárny polrok od 1.1.2012 do 30.6.2012,
- b) **23.220 EUR** na kalendárny polrok od 1.7.2012 do 31.12.2012.

2. Zmluvné strany sa pre prípad predĺženej dvojmesačnej účinnosti prílohy č. 2 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti podľa bodu 9.4. tejto zmluvy u zdravotnej starostlivosti poskytovanej v SVLZ a pri poskytovaní PHV dohodli na finančnom objeme vo výške

- a) 3.870 EUR na kalendárny mesiac od 1.1.2013 do 31.1.2013,
- b) 3.870 EUR na kalendárny mesiac od 1.2.2013 do 28.2.2013.

3. Do finančného objemu podľa tejto časti prílohy sa zahŕňajú všetky výkony poskytnutej zdravotnej starostlivosti v SVLZ a PHV podľa prílohy č. 2 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, časť 2/ Zariadenia spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek, písm. b) až g) a časť 2/ Priamo hrazené zdravotné výkony pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

4. Poskytovateľom vykazané a zdravotnou poisťovňou uznané výkony budú uhradené nasledovne:

- a) výkony do výšky dohodnutého finančného objemu podľa tejto časti prílohy v SVLZ a PHV na kalendárny polrok (mesiac) v cene bodu pre SVLZ a v cene PHV podľa prílohy č. 2 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, časť 2/ Zariadenia spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek, písm. b) až g) a časť 2/ Priamo hrazené zdravotné výkony pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti,
- b) výkony po prekročení dohodnutého finančného objemu podľa tejto časti prílohy v SVLZ a PHV na kalendárny polrok (mesiac) v cene bodu pre SVLZ a v cene PHV podľa prílohy č. 2 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, časť 2/ uvedených v písm. a) tohto bodu, vynásobenej koeficientom **0,10**.

5. V prípade nevyčerpania dohodnutého finančného objemu podľa tejto časti prílohy sa nevyčerpaná časť finančného objemu neprenáša do nasledujúceho kalendárneho obdobia.

Príloha č. 3
k Zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

Sprievodný protokol k zúčtovacím dokladom

List č. /

Kód poisťovne :

Identifikátor PZS:

Názov PZS: _____

IČO PZS:

Zúčtovacie obdobie (MM RRRR):

disketa č. / počet dávok:
 /
 /

Názov ambulancie	Disketa č.	Adresár	Dávka	Kód poskytovateľa	Typ dávky	Počet riadkov v dávke
			dávka.			
			dávka.			
			dávka.			
			dávka.			
			dávka.			
			dávka.			
			dávka.			
			dávka.			
			dávka.			
			dávka.			
			dávka.			
			dávka.			
			dávka.			
			dávka.			
			dávka.			

Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti prehlasuje, že na dodaných dátových médiách sa nachádzajú len dávky určené k zúčtovaniu zdravotnej starostlivosti.

Dátum vyhotovenia

Pečiatka a podpis

Pokyny k vyplňovaniu sprievodného protokolu:

Hlavička: údaje v rámciku, t.j. "list č. / ", označujú poradové číslo listu ("list č. ") z celkového počtu listov (" / ") zasielaného sprievodného protokolu.

Ak poskytovateľ zasiela sprievodný protokol len na jednom liste, vyplní : " list č. .1../1...".

Ak poskytovateľ zasiela sprievodný protokol na viacerých listoch, na prvom liste vyplní : "list č. ..1/2...", na druhom vyplní " list č. .2../2.." v prípade, že sprievodný protokol zasiela na dvoch listoch.

Na prvom liste vyplní : "list č. ..1/3...", na druhom vyplní " list č. .2../3..", na treťom liste vyplní "list č. ..3/3.. v prípade, že sprievodný protokol zasiela na troch listoch, atď.

Kód poisťovne: uvádza sa kód poisťovne, pre ktorú je protokol určený.

Identifikátor PZS: vyplňuje sa v tvare pxxxxx, ide o jednoznačný kód, ktorý identifikuje poskytovateľa zdravotnej starostlivosti (ďalej len „poskytovateľ“) ako fyzickú alebo právnickú osobu.

Názov PZS, IČO PZS: poskytovateľ vyplnía obvyklým spôsobom.

Zúčtovacie obdobie (MMRRRR):

poskytovateľ vyplnía dvojčíslicie kalendárneho mesiaca a roku, za ktoré zasiela zúčtovanie - napr.: 012007 - ak zúčtovanie zasiela za mesiac január 2007.

V prípade zasielania zmluvne dohodnutého zúčtovania za štvrťrok, resp. polrok, poskytovateľ ako mesiac uvádza mesiac, v ktorom končí zúčtovacie obdobie - napr.: 032007 - ak zúčtovanie zasiela za I. štvrťrok 2007.

Disketa č. / počet dávok:

poskytovateľ vyplnía číslo diskety a počet dávok, ktoré sú na diskete nahrané. Ak poskytovateľ zasiela naraz viac ako tri diskety, pre diskety 4,5 a ďalšie použije ďalší list sprievodného protokolu.

Ďalší list sprievodného protokolu poskytovateľ použije aj v prípade, ak v tabuľkovej časti prvého listu nie je možné vyznačiť všetky dávky, ktoré sa na zasielaných disketách nachádzajú.

Tabuľková časť:

Názov ambulancie, oddelenia, pracoviska (ak sú u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti zriadené): poskytovateľ vyplnía obvyklým spôsobom.

Disketa č. : uviesť č. diskety , napr. 1.

Adresár: v prípade, že dávky sú nahrané v koreňovom adresári, údaj nemusí poskytovateľ vyplňovať.

Inak uvedie názov adresára, v ktorom sú dávky nahrané.

Dávka : uviesť názov dávky v požadovanom tvare.

Kód poskytovateľa zdravotnej starostlivosti: uviesť kód poskytovateľa zdravotnej starostlivosti v tvare

pxxxxxspppyzz,	kde je pxxxxx	jednoznačný identifikátor poskytovateľa zdravotnej starostlivosti,
	spp	trojmiestne číslo označujúce odbornú špecializáciu útvaru,
	y	číslo označujúce druh špecializovaného útvaru,
	zz	poradové číslo odborného útvaru.

Typ dávky: uviesť číselné označenie dávky, napr.: 847.

Počet riadkov v dávke: uviesť počet riadkov tela dávky.

Pečiatka a podpis: ak nie je na pečiatke uvedené meno účtovateľa, poskytovateľ zdravotnej starostlivosti uvedie meno účtovateľa čitateľne.

