

Zmluva č. 62NVSC000123

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: Ing. Richard Strapko, predseda predstavenstva
MUDr. Beata Havelková, MPH, MBA, podpredsedníčka predstavenstva
IČO: 35937874
IČ DPH: SK2022027040
banka:
číslo účtu:
zápis: Obchodný register Okresného súdu Bratislava I, odd.: Sa, vložka č. 3602/B

(ďalej len „poisťovňa“)

1.2. Národný ústav srdcových a cievnych chorôb, a.s.

sídlo: Pod Krásnou hôrkou 1, 833 48 Bratislava
zastúpená: Ing. Mongi Msolly, MBA, predseda predstavenstva
doc. MUDr. Juraj Maďarič, PhD, MPH, podpredseda predstavenstva
prof. MUDr. Viktor Hraška, PhD, člen predstavenstva
IČO: 35971126
banka:
banka:
zápis: Obchodný register Okresného súdu Bratislava I, odd. Sa, vl. č.: 3774/B
identifikátor poskytovateľa: P70249

(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 materiálno-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 (ďalej len zákon č. 578/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov), v súlade so zákonom č. 579/2004 Z. z. o záchranej zdravotnej službe v znení neskorších predpisov, v súlade so zákonom č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 580/2004 Z. z.“), 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 1.7.2022“ (ďalej aj len „VZP“) a tvoria Prílohu č. 5 tejto zmluvy. Odchylné dojednania zmluvy majú prednosť pred znením VZP.
- 2.2. Poskytovateľ poskytuje poisťovcom poisťovne, poisťovcom 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. 2a, 2d, 2g, 2j, 2o, 2p 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 poisťovcom a poisťovcom 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 poisťovcom poisťovne a ostatným osobám podľa bodu 3.1. zdravotnú starostlivosť v súlade s touto zmluvou, jej prílohami a VZP;
 - 3.2.2. poskytovať poisťovcom poisťovne a ostatným osobám podľa bodu 3.1. zdravotnú starostlivosť aj v prípade, že tieto osoby nie sú dispenzarizované poskytovateľom;
 - 3.2.3. zabezpečiť poskytovanie zdravotnej starostlivosti definovanej v Čl. 2 zmluvy;
 - 3.2.4. spĺňať kritériá na uzatvorenie zmluvy počas celej doby trvania zmluvy, pokiaľ sa tieto na poskytovateľa vzťahujú; kritériá 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. 2a, 2d, 2g, 2j, 2o, 2p tejto zmluvy.
- 5.2. Rozsah zdravotnej starostlivosti poskytovanej poskytovateľom sa dohoduje v členení a štruktúre uvedenej v Prílohe č. 2a, 2d, 2g, 2j, 2o, 2p tejto zmluvy.

Čl. 6 Úhrada zdravotnej starostlivosti

- 6.1. S cieľom stabilizácie a efektívneho vynakladania finančných prostriedkov zo zdrojov verejného zdravotného poistenia na úhradu zdravotnej starostlivosti sa zmluvné strany vo vzťahu k poskytnutej a uznanej zdravotnej starostlivosti špecifikovanej v Prílohe č. 2o tejto zmluvy, bod II. Maximálny rozsah úhrady zdravotnej starostlivosti, dohodli na úhrade poskytnutej a uznanej zdravotnej starostlivosti aj prostredníctvom prospektívneho rozpočtu (ďalej len „PRUZZ“).
- 6.2. Zdravotná starostlivosť, ktorá nie je zahrnutá do úhrady zdravotnej starostlivosti prostredníctvom prospektívneho rozpočtu je uhrádzaná spôsobom v zmysle Prílohy č. 1a, 1d, 1g, 1j, 1o, 1p a Prílohy č. 2a, 2d, 2g, 2j, 2o, 2p tejto zmluvy.
- 6.3. Výška prospektívneho rozpočtu sa stanovuje na jeden kalendárny mesiac s platnosťou viazanou v Prílohe č. 2o tejto zmluvy. Stanovenie prospektívneho rozpočtu je viazané na percentuálne hranice pre zmenu PRUZZ podľa Prílohy č. 2o tejto zmluvy, pričom poisťovňa po ukončení každého kalendárneho štvrťroka na základe vyhodnotenia plnenia PRUZZ za dva bezprostredne predchádzajúce kalendárne štvrťroky vykoná jeho prehodnotenie.
- 6.4. Výška prospektívneho rozpočtu na jeden kalendárny mesiac je uvedená v Prílohe č. 2o tejto zmluvy.
- 6.5. Spôsob vyhodnocovania plnenia PRUZZ je uvedený v Prílohe č. 2o tejto zmluvy.
- 6.6. 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 PRUZZ na jeden kalendárny mesiac, ak:
 - 6.6.1. poskytovateľ plánuje pristúpiť k zmene alebo dôjde k zmene rozsahu alebo druhu zdravotnej starostlivosti podľa Prílohy č. 2o tejto zmluvy, ktorú poskytovateľ poskytuje,
 - 6.6.2. tak bude vyžadovať neskôr prijatá legislatívna úprava,
 - 6.6.3. 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 podľa bodu 6.6 tohto článku 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. 2o 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:

 - 6.6.4. mimo prospektívneho rozpočtu ceny a rozsah výkonov zdravotnej starostlivosti naposledy dohodnuté zmluvnými stranami,
 - 6.6.5. prostredníctvom prospektívneho rozpočtu naposledy dohodnutá výška prospektívneho rozpočtu na jeden kalendárny mesiac.
- 6.7. V prípade vzniku dôvodov na zmenu výšky prospektívneho rozpočtu na jeden kalendárny mesiac v zmysle bodu 6.6. 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 platnosti zmluvy. Povinnosť zachovávať mlčanlivosť sa nevzťahuje na štatistický zber dát v zmysle príslušných právnych predpisov alebo na žiadosť orgánov verejnej moci, najmä Národného centra zdravotníckych informácií a Ministerstva financií Slovenskej republiky.
- 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 doučtovanie výkonov zdravotnej starostlivosti uhrádzanej mimo prospektívny rozpočet za kalendárny štvrtrok do výšky súčtu mesačných zmluvných rozsahov samostatne podľa jednotlivých typov zdravotnej starostlivosti spolu so zúčtovaním poskytnutej zdravotnej starostlivosti za posledný mesiac príslušného štvrtroka. Poisťovňa vykoná doučtovanie 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 zmluvnej 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 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.
- 7.7. Zmluvné strany sa dohodli, že špecializovaná ambulatná zdravotná starostlivosť (ďalej len „ŠAS“) môže byť zazmluvnená, len ak budú splnené podmienky uvedené v bode 7.8.
- 7.8. Poskytovateľ sa zaväzuje, že
 - 7.8.1. ambulancia ŠAS spĺňa materiálno-technické vybavenie a personálne zabezpečenie podľa všeobecne záväzných právnych predpisov,
 - 7.8.2. ambulancia ŠAS poskytuje zdravotnú starostlivosť minimálne v čase zverejnených ordinačných hodín. Pri zníženom úväzku je minimálny rozsah ordinačných hodín v trvaní minimálne 7 hodín v rámci jedného dňa.
 - 7.8.3. poskytnutá zdravotná starostlivosť sa vykazuje na platný kód ambulancie ŠAS a kód lekára, ktorý zdravotnú starostlivosť poskytol,
 - 7.8.4. 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,
 - 7.8.5. 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,
 - 7.8.6. pri odbornostiach ŠAS, ktoré sú špecifické (odbornosti pri ochoreniach s nízkym výskytom alebo vysokošpecializované odbory) a pri odbornostiach ŠAS, ktoré sú v príslušnom regióne nedostatkové, sa bude splnenie podmienok podľa bodu 7.8.2., 7.8.4, 7.8.5. posudzovať samostatne, pričom môžu byť zazmluvnené aj keď nebudú spĺňať podmienky.

- 7.9. Zmluvné strany sa dohodli na odchylných podmienkach od VZP nasledovne:
- 7.9.1. Zmluvné strany sa dohodli, že poskytovateľ je oprávnený vykázat' poskytnutú zdravotnú starostlivosť a fakturovať ju najskôr po uplynutí príslušného účtovacieho obdobia. Poskytovateľ doručí poisťovní faktúru s prílohami najneskôr do 10 dní po uplynutí účtovacieho obdobia, v ktorej uvedená celková fakturovaná suma bude predstavovať súčet úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť uhrádzanú podľa Prílohy č. 1a, 1d, 1g, 1j, 1o, 1p, a 2a, 2d, 2g, 2j, 2o, 2p tejto zmluvy. Odchylné od predchádzajúcej vety tohto článku je poskytovateľ oprávnený (nie však povinný) vystaviť osobitnú faktúru za poskytnutú zdravotnú starostlivosť uhrádzanú podľa Prílohy č. 2p, a to v lehote podľa druhej vety tohto článku. Celková fakturovaná suma musí byť zaokrúhľená na dve desiatinné miesta nahor. V prípade doručenia faktúry pred uplynutím príslušného účtovacieho obdobia sa za deň doručenia faktúry považuje prvý kalendárny deň nasledujúceho mesiaca.
- 7.9.2. Zmluvné strany sa dohodli, že ak je vykonanou kontrolnou činnosťou podľa Čl. 6 VZP zistená nesprávne alebo nepravdivo vykázaná zdravotná starostlivosť, ktorá bola poisťovňou uhradená, poskytovateľ je povinný vrátiť takto uhradenú sumu poisťovni.
- 7.9.3. Ak je vykonanou kontrolnou činnosťou podľa Čl. 6 VZP zistená nesprávne alebo nepravdivo vykázaná zdravotná starostlivosť, ktorá bola poisťovňou uhradená a kontrolná činnosť poisťovne bola uzavretá v zmysle Čl. 6 VZP, suma nesprávne alebo nepravdivo vykázananej zdravotnej starostlivosti uvedená v protokole o kontrole predstavuje splatnú pohľadávku poisťovne, ktorú je poskytovateľ povinný poisťovni do 30 dní od uzavretia kontroly vrátiť, inak je poisťovňa oprávnená pohľadávku podľa tohto bodu započítať voči pohľadávke poskytovateľa podľa tejto zmluvy.
- 7.9.4. Ustanovenia Čl. 7 VZP nie sú bodmi 7.9.2. a 7.9.3. dotknuté.
- 7.9.5. Ak je vykonanou kontrolnou činnosťou podľa Čl. 6 VZP zistená nesprávne alebo nepravdivo vykázaná zdravotná starostlivosť, pri revidovaní faktúry pred úhradou, je poisťovňa oprávnená znížiť sumu úhrady o čiastku rovnajúcu sa sume kontrolných zistení, ktoré predstavujú pohľadávku poisťovne, ktorú je poisťovňa oprávnená započítať voči pohľadávke poskytovateľa podľa tejto zmluvy. Uvedený postup sa uplatňuje po predchádzajúcom zohľadnení celkovej sumy poskytovateľom vykázananej zdravotnej starostlivosti, vo vzťahu ku ktorej sa revízne zistenia prednostne započítavajú. Pri postupe podľa tohto bodu sa ustanovenia Čl. 6 body 3 až 9 VZP neuplatňujú. Podmienkou postupu podľa tohto bodu je písomné oznámenie poisťovne, voči ktorému môže poskytovateľ podať písomné výhrady v lehote do 30 dní. Podanie výhrad voči oznámeniu poisťovne nemá odkladný účinok.
- 7.9.6. Bod 7.9.5. sa neuplatňuje v prípade zdravotnej starostlivosti, ktorá je hrazená prostredníctvom prospektívneho rozpočtu.
- 7.10. Poskytovateľ berie na vedomie, že poisťovňa je povinná podľa § 15 ods. 1 písm. e) zákona č. 581/2004 Z. z. pri uzatváraní zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti a v priebehu platnosti zmluvného vzťahu s poskytovateľom zdravotnej starostlivosti účelne, efektívne a hospodárne vynakladať finančné prostriedky z verejného zdravotného poistenia. Poskytovateľ berie na vedomie, že poisťovňa uzatvára zmluvy o podmienkach úhrady lieku podľa § 7a zákona č. 363/2011 Z. z., na základe ktorých sa poisťovňa s držiteľom registrácie liekov dohodne na hospodárnych podmienkach úhrady niektorých liekov podľa § 88 ods. 7, 8 a 9 zákona č. 363/2011 Z. z. Zoznam liekov, na ktoré má poisťovňa s držiteľom registrácie uzavretú zmluvu o podmienkach úhrady lieku podľa ustanovenia § 7a zákona č. 363/2011 Z. z., poisťovňa zverejní na svojom webovom sídle. Poskytovateľ sa zaväzuje postupovať pri preskripcii liekov uhrádzaných zdravotnou poisťovňou podľa § 88 ods. 7, 8 a 9 zákona č. 363/2011 Z. z. správne a efektívne tak, aby úhrada poisťovne za lieky podľa § 88 ods. 7, 8 a 9 zákona č. 363/2011 Z. z. bola v súlade s § 15 ods. 1 písm. e) zákona č. 580/2004 Z. z. správna a efektívna, pričom jeho povinnosť podľa § 79 ods. 1 písm. r) zákona č. 578/2004 Z. z. tým nie je žiadnym spôsobom dotknutá. Zároveň tým nijako nie je dotknutá povinnosť poskytovateľa zabezpečiť, aby zdravotnícky pracovník u poskytovateľa pri predpisovaní a odporúčaní liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín dodržiaval ustanovenie odseku 9 prílohy č. 4 k zákonu č. 578/2004 Z. z. Etického kódexu zdravotníckeho pracovníka (časť Zdravotnícky pracovník a výkon jeho povolania), podľa ktorého sa pri predpisovaní a odporúčaní liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín zdravotnícky pracovník nesmie riadiť komerčnými hľadiskami, ale výlučne poznatkami lekárskej vedy, profesionálnym úsudkom, svojím svedomím a potrebou pacienta.
- 7.11. Poskytovateľ môže poistencovi predpísať individuálne zhotovovanú ortopedicko-protetickú zdravotnícku pomôcku podskupín I1 až I5 len vtedy, pokiaľ použitie sériovo vyrábanej zdravotníckej pomôcky je pre poistenca preukázateľne nevhodné. Poskytovateľ je povinný v preskripčnom zázname/lekárskom poukaze na zdravotnícku pomôcku uviesť všetky údaje vyplývajúce zo všeobecne

záväzných právnych predpisov a ako kód zdravotníckej pomôcky uvedie číselný kód uvedený v Zozname zdravotníckych pomôcok plne uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia, Zozname kategorizovaných zdravotníckych pomôcok, či Zozname zdravotníckych pomôcok na mieru. Poskytovateľ v preskripčnom zázname/lekárskom poukaze v časti Odôvodnenie predpisu pomôcky medicínsky odôvodní nevhodnosť použitia sériovo vyrábaných zdravotníckych pomôcok rovnakého účelu určenia, ktoré sú zaradené v Zozname zdravotníckych pomôcok plne uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia. Pod nevhodnosťou použitia sa rozumie skutočnosť, že sériovo vyrábané zdravotnícke pomôcky neposkytujú poistencovi liečebný prínos alebo podporu stabilizácie zdravotného stavu primerané k diagnóze, ktorá bola poistencovi objektívne stanovená. Poskytovateľ je povinný uviesť v preskripčnom zázname/lekárskom poukaze podrobnejší opis zdravotníckej pomôcky na mieru, ktorá má byť zhotovená. Poskytovateľ berie na vedomie, že v prípade, ak poskytovateľ predpíše individuálne zhotovovanú ortopedicko-protetickú zdravotnícku pomôcku v rozpore s týmto bodom zmluvy alebo v rozpore s indikačnými alebo preskripčnými obmedzeniami, poisťovňa bude postupovať v súlade s ust. § 121 ods. 6 zákona č. 362/2011 Z.z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

7.12. Poskytovateľ je povinný najneskôr pri uzatvorení zmluvy predložiť poisťovní:

7.12.1. zoznam lekárov, ktorí budú v mene poskytovateľa poskytovať zdravotnú starostlivosť, s uvedením ich špecializačného odboru a rozsahu lekárskeho miesta /lekárskym miestom sa rozumie výkon činnosti lekára s príslušnou odbornou spôsobilosťou v rozsahu 1,0 úväzku ustanoveného fondu pracovného času u poskytovateľa v súlade so Zákonníkom práce, ak ide o rizikové činnosti, v rozsahu 33,5 hodín fondu pracovného času/. Zmeny v zozname lekárov poskytovateľ oznamuje poisťovní vždy k poslednému dňu kalendárneho mesiaca daného účtovacieho obdobia.

7.12.2. zoznam ambulancií poskytovateľa s uvedením kódu, odbornosti, úväzku, zoznamu lekárov danej ambulancie a typu ambulancie, pričom pod typom ambulancie sa rozumie:

Poliklinická ambulancia – je verejne dostupná ambulancia poliklinického typu, na ktorej je poskytovaná špecializovaná ambulatná starostlivosť bez obmedzení. Počas ordináčnych hodín prijíma na vyšetrenie aj nových pacientov na základe odporúčania (výmenného lístka).

Špecifická ambulancia – ambulancia nie je plne dostupná pre pacientov prichádzajúcich na základe odporúčania. Ide najmä o príjmové, konziliárne ambulancie, ambulancie v ktorých sa vykonávajú odbery a iné špecifické ambulancie.

Aktualizáciu zoznamu ambulancií poskytovateľ zasiela poisťovní v intervale podľa potreby poskytovateľa, najmenej raz za 6 mesiacov.

7.13. Poisťovňa podľa § 1 vyhlášky MZ SR č. 412/2009 Z. z., ktorou sa ustanovujú podrobnosti o zozname poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti, v znení vyhlášky č. 151/2011 Z. z. (ďalej len „vyhláška“) vedie pre poskytovateľa zoznam poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti (ďalej len „zoznam“) osobitne podľa súpisu vybraných chorôb a s nimi súvisiacich zdravotných výkonov.

7.14. Poskytovateľ pri vykonávaní výkonov plánovanej zdravotnej starostlivosti dodržiava poradie poistencov v zozname, ktorý je oznamovaný poskytovateľovi poisťovňou.

7.15. Zmenu revízných pravidiel oznámi poisťovňa poskytovateľovi najneskôr 60 dní pred nadobudnutím jej účinnosti, a to dostupnými komunikačnými prostriedkami, najmä: prostredníctvom webovej stránky poisťovne, informačným materiálom zasielaným na ePobočku poskytovateľa, a priamym informovaním jednotlivých odborných združení zastupujúcich poskytovateľov.

7.16. V prípade, ak zdravotná poisťovňa neuzná poskytovateľovi vykázaný zdravotný výkon, je povinná to riadne odôvodniť a poučiť poskytovateľa o správnom spôsobe vykazovania

Čl. 8 Záverečné ustanovenia

- 8.1. Zmluva sa uzatvára na dobu neurčitú.
- 8.2. Prílohy č. 1a, 1d, 1g, 1j, 1o, 1p, č. 2a, 2d, 2g, 2j, 2o a 2p k tejto zmluve sa uzatvárajú na dobu určitú do 31.5.2024. 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 uplynutím tejto lehoty. Ak do uplynutia dohodovacieho konania nedôjde medzi zmluvnými stranami k dohode o úprave príloh k tejto zmluve na ďalšie obdobie, táto zmluva automaticky zaniká.
- 8.3. Zmluvné strany sa dohodli, že počas plynutia lehoty dohodovacieho konania platia ceny a rozsah výkonov zdravotnej starostlivosti naposledy dohodnuté zmluvnými stranami.
- 8.4. Zmluvu je možné ukončiť vzájomnou písomnou dohodou oboch 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. Každá zmluvná strana je oprávnená vypovedať zmluvu aj bez uvedenia dôvodu. Výpovedná lehota je 12 mesiacov 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 dodatky 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:

Prílohy k zmluve	Číslo prílohy	Typ ZS	Platnosť prílohy
Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti	1a	101	31.5.2024
Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti	1d	200,	31.5.2024
Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti	1g	220	31.5.2024
Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti	1j	400, 420, 421	31.5.2024
Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti	1o	601	31.5.2024
Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti	1p	701	31.5.2024
Rozsah zdravotnej starostlivosti	2a	101	31.5.2024
Rozsah zdravotnej starostlivosti	2d	200,	31.5.2024
Rozsah zdravotnej starostlivosti	2g	220	31.5.2024
Rozsah zdravotnej starostlivosti	2j	400, 420, 421	31.5.2024
Rozsah zdravotnej starostlivosti	2o	601	31.5.2024
Rozsah zdravotnej starostlivosti	2p	701	31.5.2024

Kritériá na uzatváranie zmlúv	3		doba neurčitá
Nakladanie s liekmi, zdravotníckymi pomôckami a špeciálnym zdravotníckym materiálom obstaranými poisťovňou	4		doba neurčitá
Všeobecné zmluvné podmienky účinné od 1.7.2022	5		doba neurčitá

- 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 dojednaním, 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 nezaväže poskytnúť žiadnemu zamestnancovi, zástupcovi alebo tretej strane konajúcej v mene druhej zmluvnej strany, a rovnako neprijme, ani sa nezaväže 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 dojednaním, 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 dojednaní, uzatváraní alebo pri plnení tejto zmluvy.
- 8.14.4. V prípade, že akýkoľvek neprimeraný dar alebo výhoda v súvislosti s dojednaním, 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 1. 6. 2023 po jej predchádzajúcom zverejnení 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. 62NVSU000218 v znení jej neskorších dodatkov, ktorá bola uzatvorená medzi zmluvnými stranami.

Čl. 9 Prechodné ustanovenia

- 9.1. Poisťovňa podľa §19 ods. 9 písm. d) zákona č. 523/2004 Z. z. o rozpočtových pravidlách verejnej správy a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov poskytla na základe Zmluvy č. 62NVSU000218 v znení jej neskorších dodatkov poskytovateľovi mesačný preddavok zohľadňujúci poisťovňou odhadovaný mesačný nárast mzdových a prevádzkových nákladov pre rok 2023, t.j. sumu 680 384,- € v mesiacoch január 2023, február 2023, marec 2023, apríl 2023 a máj 2023 na úhradu zdravotnej starostlivosti na obdobie piatich mesiacov, a to január 2023, február 2023, marec 2023, apríl 2023 a máj 2023 vo výške a za podmienok podľa bodu 9.3. tohto článku.

- 9.2. Poskytovateľ sa zaväzuje poskytnutý preddavok vrátiť poisťovni vo výške, spôsobom a za podmienok podľa bodu 9.4. tohto článku.
- 9.3. Poisťovňa poukázala preddavok podľa bodu 9.1. tohto článku v sume 680 384,- € na účet poskytovateľa nasledovne:

Preddavok za mesiac	Splatnosť preddavku
január 2023	14.2.2023
február 2023	25.2.2023
marec 2023	25.3.2023
apríl 2023	25.4.2023
máj 2023	25.5.2023

- 9.4. Zmluvné strany sa dohodli, že záväzok poskytovateľa podľa bodu 9.2. tohto článku vrátiť preddavok poisťovni bude splnený tak, že poisťovňa započíta výšku preddavkov ako svoju pohľadávku voči poskytovateľovi s pohľadávkou poskytovateľa, ktorá mu vznikne voči poisťovni z titulu vyúčtovania zdravotnej starostlivosti poskytnutej na základe zmluvy, a to dňom splatnosti faktúry za zdravotnú starostlivosť poskytnutú v mesiaci jún 2023. V prípade ak preddavok podľa bodu 9.3. nebude môcť byť v plnej výške započítaný voči pohľadávke poskytovateľa, poskytovateľ sa zaväzuje nezapočítanú časť preddavku vrátiť poisťovni najneskôr do troch dní od doručenia výzvy poisťovne na vrátenie.
- 9.5. Zmluvné strany sa dohodli, že počas obdobia I. polroka 2023 budú iniciovať rokovania, predmetom ktorých budú úpravy zmluvných a cenových podmienok týkajúce sa zavedenia hodnotiacich parametrov v rámci spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek – počítačová tomografia (typ ZS 420) zohľadňujúce komplexnosť kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Poisťovňa na základe výsledkov rokovania zmluvných strán predloží poskytovateľovi najneskôr k dátumu 1.7.2023 návrh úpravy zmluvných podmienok pre nasledujúce obdobie.

V Bratislave dňa 30.5.2023

Za poskytovateľa:

Za poisťovňu:

Ing. Mongí Msolly, MBA
predseda predstavenstva
Národný ústav srdcových
a cievnych chorôb, a.s.

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

doc. MUDr. Juraj Maďarič, PhD, MPH
podpredseda predstavenstva
Národný ústav srdcových
a cievnych chorôb, a.s

MUDr. Beata Havelková, MPH, MBA
podpredsedníčka predstavenstva
Všeobecná zdravotná poisťovňa, a. s.

prof. MUDr. Viktor Hraška, PhD.
člen predstavenstva
Národný ústav srdcových
a cievnych chorôb, a.s,

**Príloha č. 1a
k Zmluve č. 62NVSC000123**

**Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti
od 1.6.2023 do 31.5.2024**

Časť A. Ambulantná zdravotná starostlivosť

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

1. Kapitácia

Kapitáciou sa rozumie paušálna mesačná platba za poskytovanie zdravotnej starostlivosti poistencovi, s ktorým má poskytovateľ uzatvorenú platnú a účinnú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (ďalej len „dohoda“).

Pri zmene poskytovateľa z dôvodu odstúpenia od dohody je poskytovateľ povinný preukázateľne odovzdať zdravotnú dokumentáciu alebo jej rovnopis do 7 dní od jej vyžiadania novému poskytovateľovi, s ktorým poistenec uzatvoril dohodu a oznámiť dátum ukončenia dohody poisťovní.

Poistenec môže mať účinnú dohodu iba s jedným poskytovateľom všeobecnej ambulantnej starostlivosti a s jedným poskytovateľom špecializovanej ambulantnej starostlivosti v odbore gynekológia a pôrodnictvo.

Ak poistenec uzatvorí dohodu s ďalším poskytovateľom všeobecnej ambulantnej starostlivosti alebo s poskytovateľom špecializovanej ambulantnej starostlivosti v odbore gynekológia a pôrodnictvo, poisťovňa v zmysle zákona č. 576/2004 Z. z. akceptuje účinnosť novej dohody až po zániku pôvodnej dohody tzn. prvým dňom kalendárneho mesiaca nasledujúcom po mesiaci, v ktorom bolo doručené odstúpenie od dohody. V prípade konfliktu sa kapitácia uhrádza poskytovateľovi, ktorý má ako posledný s poistencom uzatvretú platnú Dohodu a súčasne na požiadanie zdravotnej poisťovni doručí preukázateľné odstúpenie poistenca od Dohody s predchádzajúcim poskytovateľom.

Predchádzajúca veta sa nevzťahuje na prípady narodenia dieťaťa, zmeny trvalého a prechodného bydliska poistenca, odchodov a príchodov poistencov z a do EÚ a na prípady taxatívne vymedzené zákonom č. 576/2004 Z. z. Kapitácia je v týchto prípadoch hradená s presnosťou na deň. V prípade, že počas kalendárneho mesiaca dôjde k úmrtiu poistenca, je kapitácia hradená s presnosťou na deň.

Kapitácia sa neuhrádza poskytovateľovi za poistencov EÚ, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu, Švajčiarska, Srbska, bezdomovcov, cudzincov a poistencov, ktorí majú podľa platnej legislatívy nárok len na neodkladnú respektíve potrebnú zdravotnú starostlivosť.

Kapitácia nezahŕňa výkony uhrádzané cenou bodu alebo cenou za výkon, uvedené v tabuľke Cena bodu, alebo Cena za výkon a náklady na lieky so symbolom úhrady „A“ zaradené do zoznamu liekov podľa osobitného predpisu.

2. 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.

3. 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.

4. Individuálne zložky úhrady

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

4.1. Individuálna dodatková kapitácia

Individuálnou dodatkovou kapitáciou (ďalej aj ako „IDK“) sa rozumie paušálna mesačná úhrada za každého kapitovaného poistenca, ktorá sa hradí spolu s Kapitáciou vo výške Výslednej ceny IDK. Výsledná cena IDK sa vypočíta ako násobok Základu pre výpočet IDK a výsledného percenta plnenia HP v príslušnom type zdravotnej starostlivosti (ďalej ako typ ZS).

4.2. Hodnotiace parametre

HP ovplyvňujú výslednú cenu individuálnej zložky úhrady poskytovateľa uvedenej v bode 4.1. tohto článku. Výsledné percento plnenia HP je súčtom váh jednotlivých splnených parametrov. Kritérium pre splnenie parametra v jednotlivých typoch zdravotnej starostlivosti je uvedené v tabuľke „Hodnotiace parametre“ v článku II tejto prílohy. Pri splnení kritéria je parametru priradená uvedená váha v percentách, pri nesplnení kritéria je váha príslušného parametra 0%. Zoznam a váhy parametrov ako aj doplňujúce informácie pre jednotlivé typy zdravotnej starostlivosti sú uvedené v článku II tejto prílohy.

HP vyhodnocuje poisťovňa dva krát počas kalendárneho roka nasledovným spôsobom:

I. vyhodnotenie

Hodnotenú obdobie (od-do)		Vyhodnocovanie (od-do)		Aplikácia vyhodnotenia (od)
1.1.	30.6.	1.7.	30.9.	1.10.

II. vyhodnotenie

Hodnotenú obdobie (od-do)		Vyhodnocovanie (od-do)		Aplikácia vyhodnotenia (od)
1.7.	31.12.	1.1.	31.3.	1.4.

Ak nie je hodnotené obdobie inak špecifikované v doplňujúcich informáciách k parametrom, vyhodnocuje sa predchádzajúci kalendárny polrok.

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

HP vyhodnocuje poisťovňa u poskytovateľa za každý typ zdravotnej starostlivosti samostatne.

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

Pri parametroch kategórie „Poistenec“ sú poskytovatelia zaradení do referenčných skupín (odbornosť a typ poskytovateľa), v ktorých sa na základe vykazanej zdravotnej starostlivosti v hodnotenom období vypočíta stredná hodnota a štandardná odchýlka, ktorá slúži na určenie horného resp. dolného pásma pre účely vyhodnotenia plnenia príslušného parametra.

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

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

1. Všeobecný lekár pre dospelých (typ ZS 101)

1.1. Kapitácia

Cena kapitácie	
Veková skupina	Cena
od 18 do 19 rokov vrátane	4,05 €
od 20 do 28 rokov vrátane	3,22 €
od 29 do 39 rokov vrátane	3,02 €
od 40 do 44 rokov vrátane	3,04 €
od 45 do 49 rokov vrátane	3,07 €

od 50 do 54 rokov vrátane	3,53 €
od 55 do 59 rokov vrátane	4,05 €
od 60 do 64 rokov vrátane	4,51 €
od 65 do 69 rokov vrátane	4,88 €
od 70 do 74 rokov vrátane	5,55 €
od 75 do 79 rokov vrátane	6,22 €
od 80 do 84 rokov vrátane	6,99 €
od 85 rokov a viac	7,30 €
Dorastový lekár	
od 15 do 17 rokov	4,50 €

1.2. Úhrada za výkony vyjadrená cenou bodu

Cena bodu			
Kód výkonu	Názov, charakteristika alebo podmienky úhrady výkonu	Počet bodov	Cena bodu v €
10	<p>Rozbor a plánovanie cielených terapeutických postupov na ovplyvnenie chronických ochorení v rámci komplexného manažmentu poistenca.</p> <ul style="list-style-type: none"> Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z.. Nastavenie alebo úprava liečby pri diagnóze artériovej hypertenzie alebo dyslipidémie v kombinácii výkonu č. H0003 alebo č. H0004 alebo č. H0005 v zmysle odborného usmernenia MZ SR na poskytovanie zdravotnej starostlivosti dospelým poistencom s artériovou hypertenziou alebo dyslipidémiou. Poskytovateľ vykazuje výkon č. 10 pri prevzatí poistenca s chronickým ochorením a po podpísaní dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v kombinácii s výkonom č. 60. Výkon bude akceptovaný výlučne v kombinácii s výkonom č. 60 alebo č. H0003 alebo č. H0004 alebo č. H0005. Úprava alebo zmena terapeutického postupu musí byť zaznamenaná v zdravotnej dokumentácii vrátane zmeny dávkovania zdôvodnenia úpravy medikamentózneho liečby. Akákoľvek úprava terapeutického postupu musí byť v súlade s platnou legislatívou a účelnou farmakoterapiou. 	180	0,0318
11a	<p>Konzultácia prostredníctvom rozšírenej elektronickej komunikácie v online prostredí (webová aplikácia, videohovor)</p> <p>Charakteristika zdravotného výkonu:</p> <p>Konzultácia s poistencom prostredníctvom preukázateľnej elektronickej komunikácie (webová aplikácia, videohovor) v online prostredí, ktoré je zabezpečené, prípadne umožňuje aj zdieľanie zdravotnej dokumentácie, realizáciu fotografií pacienta/vyšetrovaného orgánu na prídanie do zdravotnej dokumentácie.</p> <p>Konzultácia s poistencom obsahuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> cielenú anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly a popis subjektívnych ťažkostí vo vzťahu k dvom alebo viacerým orgánovým systémom alebo k psychickej poruche, zhodnotenie výsledkov, ak ich má poskytovateľ k dispozícii, vypísanie receptov, prípadne vypísanie žiadaniek na ďalšie vyšetrenie, poučenie poistenca, diagnostický záver, určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporúčení neodkladnej návštevy iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. <p>Vykazovanie zdravotného výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> výkon sa vykazuje ako komplexná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia, súčasťou zdravotnej dokumentácie o výkone je overiteľný časový údaj o realizácii, vyhotovenie záznamu v eZdravie, 	210	0,027

	<ul style="list-style-type: none"> • diagnostický záver, ak je potrebné, dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, • prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, • výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi, • ak je po konzultácii potrebná aj kontrola v ambulancii, vykazujú sa len výkony, ktoré sa vykonali ambulantne, a výkon sa nevykazuje, • výkon sa vykazuje samostatne, najviac 1x za deň na jedného poistenca. 		
1b	<p>Konzultácia prostredníctvom elektronickej pošty, telefonicky alebo SMS</p> <p>Konzultácia s poistencom prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefonicky obsahuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ciele anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly a popis subjektívnych ťažkostí vo vzťahu k dvom alebo viacerým orgánovým systémom alebo k psychickej poruche popis subjektívnych ťažkostí, • diagnostický záver, • v prípade potreby určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, vrátane predpisu potrebných liekov/ZP, ktoré vyplývajú z konzultácie ohľadom zdravotného stavu, • v prípade potreby záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, • poskytnutie informácií poistencovi alebo zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom s diagnostickým alebo liečebným postupom vrátane nefarmakologickej a farmakologickej terapie. <p>Vykazovanie zdravotného výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • výkon sa vykazuje ako zdravotná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia poistenca, • súčasťou zdravotnej dokumentácie je overiteľný časový údaj o realizácii, dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, • vyhotovenie záznamu v eZdravie, • výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi, • výkon sa nevykazuje pre telefonické objednávanie poistenca, <p>Povolená frekvencia akceptovania zdravotného výkonu:</p> <p>1-krát za deň a maximálne 4-krát za kalendárny mesiac na jedného poistenca.</p>	160	0,027
70	<p>Opätovné lekárske vystavenie receptov alebo poukazov na základe požiadavky poistenca prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefónu</p> <p>Charakteristika zdravotného výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vystavenie receptov alebo poukazov elektronickou formou na lieky/zdravotnícke pomôcky/dietetické potraviny, ktoré poistenec užíva minimálne jeden mesiac, a nebola realizovaná zmena dávkovania lieku lebo liekovej formy lieku <p>Vykazovanie zdravotného výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • výkon sa vykazuje ako starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia poistenca, • súčasťou zdravotnej dokumentácie o výkone je overiteľný časový údaj o realizácii, • vyhotovenie záznamu v eZdravie, • údaj, kedy bol recept/lekársky poukaz vypísaný, • údaj o predpise lieku/zdravotníckej pomôcky/dietetickej potraviny poistencovi prostredníctvom elektronických služieb, • výkon sa vzťahuje na jedného poistenca bez ohľadu na počet liekov/zdravotníckych pomôcok/dietetických potravín, ktoré boli poistencovi predpísané formou receptu/lekárskeho poukazu alebo formou jednorazového elektronického predpisu (t. j. za týchto podmienok sa výkon vykazuje najviac v počte 1x za deň na jedného poistenca), 	40	0,027

	<ul style="list-style-type: none"> v prípade ak ide o elektronický predpis liekov/zdravotníckych pomôcok/dietetických potravín typu opakovaný recept (preskripčný záznam s poznámkou „REPETATUR“) vykazuje sa samostatne za každý vystavený recept alebo poukaz, výkon sa nevykazuje súčasne s inými zdravotnými výkonmi. <p>Povolená frekvencia akceptovania zdravotného výkonu:</p> <p>1-krát za deň, maximálne 4-krát za kalendárny mesiac na jedného poistenca.</p>		
60	<p>Komplexné vyšetrenie poistenca pri prevzatí dospeléj osoby do zdravotnej starostlivosti ako prvotné komplexné vyšetrenie s vystavením zdravotného záznamu.</p> <ul style="list-style-type: none"> Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z., Poskytovateľ poskytne poistencovi komplexné vyšetrenie (kompletná anamnéza, fyzikálne vyšetrenie, založenie zdravotnej dokumentácie a stanovenie diagnostického záveru a diagnostického a liečebného plánu) v termíne do 60 dní od podpísania dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Vykázaný výkon č. 60 musí byť súčasťou zdravotnej dokumentácie poistenca. Kontrola povinného očkovania poistenca. Kontrola poslednej preventívnej prehliadky poistenca. Informovaný súhlas poistenca s poskytnutím zdravotnej starostlivosti v súvislosti výkonom č. 60. 	620	0,0318
160	Preventívne výkony	390	0,0800
5702	<p>Elektrokardiografické (EKG) vyšetrenie, štandardný 12-zvodový záznam EKG</p> <ul style="list-style-type: none"> Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z., Zaznamenanie popisu a vyhodnotenia záznamu vrátane popisu EKG krivky v zdravotnej dokumentácii pacienta u všeobecného lekára pre dospelých. Vykazovanie najviac 1x za deň v kombinácii s výkonom 60, 60b, H0003, H0004, H0005 v zmysle aktuálne platnej legislatívy Výkon bude akceptovaný „nad rámec“ 2x/rok (vyhotovenie EKG záznamu v rámci dif. dg s dg. I21*, R07.1- 4) v kombinácii s výkonom 60b (komplexné predoperačné vyšetrenie) s príslušnou dg operačného výkonu. EKG vyšetrenie vrátane popisu EKG krivky musí byť zaznamenané a založené v zdravotnej dokumentácii pacienta. 	550	0,009574
5702P	<p>Vyšetrenia EKG pri preventívnej prehliadke poistencov 40 ročných a starších</p> <ul style="list-style-type: none"> Len spolu s výkonom 160. Vykazovanie u poistenca, ktorý má s poskytovateľom uzatvorenú Dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti alebo, za ktorého je hradená kapitáčná platba u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti v zmysle tejto zmluvy pri súčasnom vykonaní a popísaní štandardného 12-zvodového EKG záznamu. Záznam a popis musí byť súčasťou zdravotnej dokumentácie. 	550	0,009574
5715	<p>24-hodinové prístrojové monitorovanie tlaku krvi - naloženie a zosnímanie (Holterov monitoring)</p> <ul style="list-style-type: none"> Zaznamenanie výsledku a vyhodnotenia výsledku v zdravotnej dokumentácii poistenca u poskytovateľa. Výkon je vykázaný v prípade starostlivosti o dospelého poistenca s arteriálnou hypertenziou v zmysle aktuálne platnej legislatívy schválenej MZ SR.. Vykazovanie výkonov u poistenca, za ktorého je hradená kapitáčná platba v zmysle tejto zmluvy, maximálne 1 krát za 12 mesiacov 	750	0,021999
5716	Počítačové vyhodnotenie 24 hodinového prístrojového monitorovania tlaku krvi (Holterov monitoring) a vyhodnotenie nálezu lekárom.	240	0,016597

	<ul style="list-style-type: none"> Zaznamenanie výsledku a vyhodnotenia výsledku v zdravotnej dokumentácii poistenca u poskytovateľa. Výkon je vykázaný v prípade starostlivosti o dospelého poistenca s arteriálnou hypertenziou v zmysle aktuálne platnej legislatívy schválenej MZ SR. Vykazovanie výkonov u poistenca, za ktorého je hrazená kapitačná platba v zmysle tejto zmluvy alebo u poistenca, ktorý má s poskytovateľom uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, maximálne 1 krát za 12 mesiacov 		
252b, 252c	Očkovanie	70	0,08000
25	Návšteva u kapítovaných poistencov v pracovnom čase	285	0,0339
26	Návšteva u kapítovaných poistencov mimo pracovného času	500	0,0339
-	Výkony z I. časti Zoznamu výkonov pre poistencov EÚ, bezdomovcov, cudzincov a poistencov podľa § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z.	-	0,0339
-	Výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ) pre poistencov EÚ, bezdomovcov, cudzincov a poistencov podľa § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z. a nekapítovaných poistencov	-	0,009574
-	Neodkladná zdravotná starostlivosť poskytnutá poistencom poisťovne, s ktorými poskytovateľ nemá uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti	-	0,0318
<p><i>Poisťovňa uhradí zdravotné výkony s kódom: 11a, 1b, 70 len za predpokladu, že relevantnú medicínsku radu alebo konzultáciu je možné poskytnúť poistencovi alebo jeho zákonnému zástupcovi telefonickou formou alebo formou videohovoru alebo inou elektronickou formou s ohľadom na zdravotný stav poistenca pri zachovaní správnosti poskytovania zdravotnej starostlivosti podľa § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. a to pri súčasnom zohľadnení špecifik dištančného spôsobu poskytovania zdravotnej starostlivosti. Telefonický rozhovor alebo videohovor alebo iná elektronická komunikácia medzi poistencom a zdravotníckym pracovníkom s diagnostikou alebo terapiou poistenca. Zdravotné výkony musia byť zaznamenané v zdravotnej dokumentácii a eZdravie a nie je ich možné vzájomne kombinovať a ani kombinovať s inými výkonmi.</i></p>			

1.3. Úhrada za výkony vyjadrená cenou za výkon

Cena za výkon		
Kód výkonu	Názov, charakteristika alebo podmienky úhrady výkonu	Cena za výkon v €
4571a	Vyšetrenie C – reaktívneho proteínu <ul style="list-style-type: none"> Výkon indikuje a vykonáva PZS Výkon môže byť vykázaný poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, s ktorým ma poistenec uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti Výkon môže byť vykázaný s frekvenciou maximálne 1x denne na URČ Cena zahŕňa náklady na odobratie biologického materiálu a vyhodnotenie výsledku CRP vyšetrenia, platný doklad o zakúpení, resp. prenájme prístrojového vybavenia, prehlásenie o zhode k prístroju, zaznamenanie výsledku a vyhodnotenia výsledku v zdravotnej dokumentácii poistenca. 	5,75
60b	Komplexné predoperačné vyšetrenie vrátane odberu biologického materiálu, zhodnotenia laboratórnych a prístrojových vyšetrení. Výkon možno vykazovať iba raz v rámci jednej operácie, alebo aj opakovane z dôvodu zrušenia operácie alebo z dôvodu uplynutia platnosti predoperačného vyšetrenia podľa klasifikácie ASA a súčasne pri dodržaní aktuálne platnej legislatívy schválenej MZ SR. Výkon sa vykazuje samostatne s diagnózou, pre ktorú je poistenec plánovaný na operáciu. <p>Výkon je možné kombinovať s výkonom č. 5702.</p> <ul style="list-style-type: none"> V prípade odoslania poistenca k špecialistovi, najmä kód odbornosti 001 (vnútorné lekárstvo), za účelom vykonania predoperačného vyšetrenia alebo EKG, zdravotná poisťovňa poskytnutú zdravotnú starostlivosť v súvislosti s predoperačným vyšetrením uhradza iba cenou kapitácie. 	16,00
62a	Cielené vyšetrenie poistenca s respiračným syndrómom pri pandémie COVID-19 <p>Ide o cieľné vyšetrenie dvoch alebo viacerých orgánových systémov (cieľná anamnéza, resp. anamnéza od poslednej kontroly), opis subjektívnych ťažkostí, objektívny nález, záznam nálezu, záver, vypracovanie plánu do nasledujúcej kontroly.</p>	20,00

	<p>Výkon poisťovňa akceptuje za nasledovných podmienok:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poistenec má COVID pozitívny výsledok nie starší ako 14 dní, PCR metódou alebo pri kontakte s osobou s potvrdenou infekciou COVID metódou PCR nie staršou ako 14 dní alebo poistenec má COVID pozitívny výsledok antigénového testu nie starší ako 72 hodín. Poistenec má príznaky akútneho respiračného syndrómu s/bez dokázanej pozitivity na COVID-19. • Výkon sa nevykazuje v kombinácii s iným výkonom. • Maximálne 1 - krát týždenne na jedno rodné číslo. • Výkon môžu vykonať nasledovné odbornosti: všeobecný lekár, pediater, internista, pneumoftizeológ, pediatričný pneumoftizeológ, infektológ, otorinolaryngológ, imunoalergológ. 	
H0003	<p>Iniciálne vyšetrenie poistenca s chronickým ochorením.</p> <ul style="list-style-type: none"> • diferenciálna diagnostika artériovej hypertenzie, dyslipidémie alebo obezity v zmysle aktuálne platnej legislatívy schválenej MZ na poskytovanie ambulantnej starostlivosti dospelým poistencom s artériovou hypertenziou, dyslipidémiou alebo obezitou. • Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z.. • Ak ide o poistenca, ktorý má len izolovanú obezitu (t.j. nemá artériovú hypertenziu alebo dyslipidémiu), podmienkou úhrady je aj: BMI: 30 – 34,99 (obezita I. stupňa) alebo 35 – 39,99 (obezita II. stupňa) alebo nad 40 (obezita III. stupňa) <p>a súčasne prítomný marker vysokého rizika vzniku metabolických a obehových komplikácií spojených s obezitou na základe distribúcie tuku - obvod pásu v cm: muži nad 102 cm, ženy nad 88 cm</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vykázanie výkonu jedenkrát za kalendárny rok osobitne pre každú diagnózu po stanovení diagnostického záveru a diagnostického a liečebného plánu zdravotnej poisťovni nad rámec kapitácie výkon H0003 s príslušnou korektnou diagnózou zistenou pri vyšetrení. • Za iniciálne vyšetrenie sa považuje stav, keď poistenec v bezprostredne predchádzajúcich dvoch kalendárnych rokoch nebol sledovaný podľa aktuálne platnej legislatívy pre artériovú hypertenziu, dyslipidémiu alebo obezitu. • V cene výkonu je zahrnuté komplexné vyšetrenie poistenca, vyhodnotenie laboratórných, doplnkových a pomocných vyšetrení, odporúčenie ďalšej diagnostiky a liečby a stanovenie ďalšieho postupu v zmysle aktuálne platnej legislatívy schválenej MZ SR na poskytovanie ambulantnej starostlivosti dospelým poistencom s artériovou hypertenziou, dyslipidémiou alebo obezitou. • V prípade hodnotenia laboratórných alebo zobrazovacích vyšetrení pri iniciálnom vyšetrení poisťovňa akceptuje aj vyšetrenia, ktoré neboli realizované bezprostredne v čase vyšetrenia a dátum ich realizácie nie je starší ako 3 mesiace (90 dní) pred vykonaním vyšetrenia a zároveň výsledok vyšetrení dosahoval fyziologické hodnoty a nie je žiadny medicínsky predpoklad, že výsledky by mohli byť významne zmenené. V tomto prípade je lekár povinný zaznamenať alebo založiť do zdravotnej dokumentácie všetky výsledky tak, aby bolo zrejmé dátum ich realizácie a výsledok jednotlivých parametrov a jeho vyhodnotenie v rámci diferenciálnej diagnostiky alebo liečebného plánu. • V prípade laboratórných a zobrazovacích vyšetrení realizovaných iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti alebo realizovaných za účelom iných potrebných vyšetrení, ktorých výsledok bol vo fyziologickom rozmedzí, poisťovňa ich bude akceptovať za podmienky, že neprekročili časový interval odporúčaný podľa aktuálne platnej legislatívy schválenej MZ SR, pokiaľ budú zaznamenané v zdravotnej dokumentácii. • Pokiaľ vyšetrenia a ich výsledky neboli realizované alebo neboli v rozmedzí fyziologických hodnôt, tak je potrebné ich vyšetriť a výsledok zaznamenať do zdravotnej dokumentácie poistenca. V opačnom prípade výkon H0003 nebude akceptovaný. • Pokiaľ je potrebné, vzhľadom k zdravotnému stavu poistenca vykonať ďalšie doplňujúce vyšetrenia potrebné k diagnostike a liečbe poistenca s artériovou hypertenziou, dyslipidémiou alebo obezitou nad rámec aktuálne platnej 	15,00

	legislatívy schválenej MZ SR, ošetrojúci lekár zdôvodní ich vykonanie a výsledky zaznamená do zdravotnej dokumentácie poistenca.	
H0004	<p>Kontrolné vyšetrenie poistenca s chronickým ochorením.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vykázanie výkonu s príslušnou korektnou diagnózou: artérová hypertenzia, dyslipidémia a obezita jedenkrát za kalendárny rok osobitne pre každú diagnózu. V prípade vyššej frekvencie návštev je ďalšia poskytnutá zdravotná starostlivosť uhrádzaná cenou kapitácie. • Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z.. • Ak ide o poistenca, ktorý má len izolovanú obezitu (t j. nemá artériovú hypertenziu alebo dyslipidémiu), podmienkou úhrady je aj: <ul style="list-style-type: none"> BMI: <ul style="list-style-type: none"> 30 – 34,99 (obezita I. stupňa) alebo 35 – 39,99 (obezita II. stupňa) alebo nad 40 (obezita III. stupňa) <p>a súčasne prítomný marker vysokého rizika vzniku metabolických a obehových komplikácií spojených s obezitou na základe distribúcie tuku - obvod pásu v cm: muži nad 102 cm, ženy nad 88 cm</p> <ul style="list-style-type: none"> • Za kontrolné vyšetrenie sa považuje stav, keď poistenec má diagnostikovanú artériovú hypertenziu, dyslipidémiu alebo obezitu a je v starostlivosti všeobecného lekára a zároveň nie je pre dané diagnózy trvale sledovaný a pravidelne kontrolovaný lekárom špecialistom, okrem pomocného alebo konziliárneho vyšetrenia u lekára špecialistu alebo iného PZS za účelom konzultácie alebo vykonania zobrazovacieho vyšetrenia. V prípade konfliktu (neuznania výkonu) zdravotná poisťovňa na základe reklamácie vyúčtovania poskytovateľom zdravotnej starostlivosti preverí text výmenného lístka a požiadavku VLD u poskytovateľa ŠAS. • V cene výkonu je zahrnuté komplexné vyšetrenie poistenca, vyhodnotenie výsledkov všetkých dostupných vyšetrení, odporúčenie ďalšej liečby a stanovenie ďalšieho postupu v zmysle odborného usmernenia MZ SR na poskytovanie ambulantnej zdravotnej starostlivosti dospelým poistencom s artériovou hypertenziou, dyslipidémiou alebo obezitou v zmysle aktuálne platnej legislatívy schválenej a. • Pokiaľ vyšetrenia a ich výsledky neboli realizované alebo neboli v rozmedzí fyziologických hodnôt, tak je potrebné ich vyšetriť a výsledok zaznamenať do zdravotnej dokumentácie poistenca. V opačnom prípade výkon H0004 nebude akceptovaný. • Pokiaľ je potrebné vykonať ďalšie doplňujúce vyšetrenia potrebné k diagnostike a liečbe poistenca s artériovou hypertenziou alebo liečbou nad rámec aktuálne platnej legislatívy schválenej MZ SR, ošetrojúci lekár ich urobí sám, zdôvodní ich vykonanie a výsledky do zdravotnej dokumentácie poistenca. • V prípade hodnotenia laboratórnych alebo zobrazovacích vyšetrení pri iniciálnom vyšetrení poisťovňa akceptuje aj vyšetrenia, ktoré neboli realizované bezprostredne v čase vyšetrenia a dátum ich realizácie nie je starší ako 3 mesiace (90 dní) pred vykonaním vyšetrenia a zároveň výsledok vyšetrení dosahoval fyziologické hodnoty a nie je žiadny medicínsky predpoklad, že výsledky by mohli byť signifikantne zmenené. V tomto prípade je lekár povinný zaznamenať alebo založiť do zdravotnej dokumentácie všetky výsledky tak, aby bolo zrejmé dátum ich realizácie a výsledok jednotlivých parametrov a jeho vyhodnotenie v rámci diferenciálnej diagnostiky alebo liečebného plánu. • V prípade laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení realizovaných iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti alebo realizovaných za účelom iných potrebných vyšetrení, ktorých výsledok nie starší ako 3 mesiace (90 dní) bol vo fyziologickom rozmedzí, poisťovňa ich bude akceptovať za podmienky, že neprekročili časový interval odporučený v súlade s aktuálne platnou legislatívou schválenou MZ SR, pokiaľ budú zaznamenané v zdravotnej dokumentácii. 	15,00
H0005	<p>Cielené vyšetrenie poistenca s akútnym hypertenzným stavom</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vykázať výkon s diagnózou artérová hypertenzia maximálne 2x za kalendárny rok a súčasne je v starostlivosti všeobecného lekára a zároveň nie je pre danú diagnózu trvale sledovaný a pravidelne kontrolovaný lekárom špecialistom. V prípade vyššej frekvencie návštev je ďalšia poskytnutá zdravotná starostlivosť uhrádzaná cenou kapitácie. • Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z.. • Za cielené vyšetrenie sa považuje ošetrovanie akútneho hypertenzného stavu. V rámci akútneho hypertenzného stavu je potrebné stabilizovať vitálne funkcie 	6,00

	<p>poistenca, vykonať opatrenia na zabránenie orgánového poškodenia, v prípade potreby zabezpečiť bezpečný transport do cieľového zdravotníckeho zariadenia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • V cene výkonu je zahrnuté odobratie anamnézy súvisiacej s akútnym hypertenzným stavom, vrátane orientačného neurologického vyšetrenia a medikamentózneho liečby v súlade s aktuálne platnou legislatívou schválenou na poskytovanie ambulantnej zdravotnej starostlivosti dospelým poistencom s artériovou hypertenziou. 	
H0006	<p>Stratifikácia kardiovaskulárneho rizika.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stanovenie stratifikácie kardiovaskulárneho rizika systémom SCORE u poistencov nad 40 rokov podľa aktuálne platnej legislatívy schválenej MZ SR. • Zdravotná poisťovňa akceptuje výkon jedenkrát za kalendárny rok k výkonu č. 160 alebo H0003 alebo H0004 s príslušnou diagnózou. • Podmienkou úhrady výkonu H0006 je vykázanie pripočítateľnej položky „dosiahnuté skóre“ v dávke 751a platného dátového rozhrania podľa Metodického usmernenia ÚDZS, ktorá je v uvedených vybraných položkách vyplnená nasledovne: v položke č. 13 –PRIPOČITATEĽNÁ POLOŽKA – uvedie dosiahnuté skóre v tvare: <ul style="list-style-type: none"> ▪ SKOR01 t.j. nízke riziko ▪ SKOR02 t.j. stredné riziko ▪ SKOR03, t.j. vysoké riziko ▪ SKOR04 t.j. veľmi vysoké riziko ▪ SKOR05 t.j. Extrémne vysoké riziko • pričom na 5. a 6. mieste položky je vyjadrenie dosiahnutého skóre. • Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z.. 	5,65
H0007	<p>Kvantitatívne prístrojové INR vyšetrenie v ambulancii VLD</p> <p>Kontrolné kvantitatívne prístrojové vyšetrenie INR z kapilárnej krvi u poistencov pri dlhodobej alebo celoživotnej antikoagulačnej liečbe.</p> <ul style="list-style-type: none"> – platný doklad o nadobudnutí prístrojového vybavenia; – potvrdenie o zaškolení výrobcom (dovozcom) prístroja; – prehlásenie o zhode k prístroju (jedná sa o registráciu prístroja na ŠÚKL); – potvrdenie o odbornej spôsobilosti poskytovateľa (lekára) - absolvovaní kreditovaného kurzu minimálne 4 kredity v rozsahu legislatívne určených kompetencií v špecializačnom odbore všeobecné lekárstvo; – platný doklad o funkčnosti prístroja (bezpečnostno technická kontrola, kalibrácia v súlade s platnou legislatívou a odporúčaním výrobcu) – Poisťovňa akceptuje a osobitne nad rámec kapitácie uhrádza výkon vo frekvencii 1 krát za deň (maximálne 10x za kalendárny rok) u poistenca. – V cene výkonu je zahrnutý odber kapilárnej krvi, vyhodnotenie výsledku, návrh ďalšieho postupu, záznam o prípadnej zmene liečby, termín kontrolného vyšetrenia a poučenie poistenca. – Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z. <p><u>Výkon nebude akceptovaný:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pri súčasnom odbere venóznej krvi na laboratórne vyšetrenie; 2. ak v kontrolovanom intervale (v rozpätí jedného mesiaca) bolo vyšetrenie INR vykázané zmluvným laboratóriom; 3. ak poskytovateľ na požiadanie nepredloží platný doklad o funkčnosti prístroja. 	5,20
H0008	<p>Stanovenie indexu ABI oscilometrickou metódou vrátane pulznej vlny.</p> <p>Meranie a vyhodnotenie indexu ABI oscilometrickou metódou vrátane pulznej vlny na štyroch končatinách pri včasnej diagnóze ischemickej choroby dolných končatin.</p> <ul style="list-style-type: none"> – platný doklad o zakúpení, resp. prenájme prístrojového vybavenia; – potvrdenie o zaškolení výrobcom (dovozcom) prístroja; – prehlásenie o zhode k prístroju (jedná sa o registráciu prístroja na ŠÚKL) <p><u>Výkon bude akceptovaný:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. u symptomatických poistencov s podozrením na ischemickú chorobu dolných končatin (ICHDK). Indikácia k výkonu je zaznamenaná v zdravotnej dokumentácii, vrátane výsledku a ďalšej diferenciálnej diagnostiky a terapeutického plánu. 2. u asymptomatických poistencov nad 50 rokov s minimálne jedným rizikovým faktorom (artériová hypertenzia, abnormálne EKG, diabetes mellitus, obezita s 	6,78

	<p>BMI nad 30, fajčiari, porucha metabolizmu lipidov, pacienti s postihnutím koronárnych alebo cerebrálnych artérií, a pod.);</p> <p>3. u všetkých poistencov nad 60 rokov.</p> <p>Bod 1 až 3 poisťovňa akceptuje a osobitne nad rámec kapitácie uhrádza výkon 1x za 2 roky pri vykázaní preventívnej prehliadky.</p> <p><u>Výkon nebude akceptovaný</u>, ak vyšetrenie výkonu bolo vykonané v špecializovanej ambulantnej starostlivosti alebo je poistenec dispenzarizovaný u poskytovateľa špecializovanej ambulantnej starostlivosti pri ICHDK.</p>	
250D	<p>Delegovaný odber biologického materiálu na základe písomnej žiadosti ŠAS pri návšteve poistenca v ambulancii VLD.</p> <ul style="list-style-type: none"> - dodržať postup, ktorý ustanovuje Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o postupe objednávaní, vykonávaní a kontroly laboratórných a zobrazovacích vyšetrení zo dňa 10.06.2014 číslo 02032/2014-SZ v platnom znení, - dodržať podmienky zdravotnej indikácie v zmysle účelného, efektívneho a hospodárneho nakladania s prostriedkami verejných zdrojov. 	2,00
159a	<p>Preventívne vyšetrenie na krv v stolici s použitím špecifickej Imunochemickej metódy (iFOB) u poistencov starších ako 40 rokov.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Výkon môže vykazovať lekár všeobecnej starostlivosti vtedy, ak ho sám uskutočnil a výkon nebol realizovaný v laboratóriu. - Výkon sa môže vykazovať za celé preventívne vyšetrenie. <p>Výsledok výkonu TOKS metódou iFOB: pozitívny</p>	12,00
159z	<p>Preventívne vyšetrenie na krv v stolici s použitím špecifickej Imunochemickej metódy (iFOB) u poistencov starších ako 40 rokov.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Výkon môže vykazovať lekár všeobecnej starostlivosti vtedy, ak ho sám uskutočnil. - Výkon sa môže vykazovať za celé preventívne vyšetrenie. - Ak sa vyšetrenie vykonalo v laboratóriu, môže ho vykazovať laboratórium. <p>Výsledok výkonu TOKS metódou iFOB: negatívny</p>	12,00
159x	<p>Preventívne vyšetrenie na krv v stolici s použitím špecifickej Imunochemickej metódy (iFOB) u poistencov starších ako 40 rokov.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Výkon môže vykazovať lekár všeobecnej starostlivosti vtedy, ak poistenca poučil o dôležitosti vyšetrenia a zároveň vydal poistencovi diagnostický test. <p>Výsledok výkonu TOKS metódou iFOB: nevrátený / znehodnotený test</p>	3,02
163	<p>Vyšetrenie a včasné rozpoznanie hrozacej straty sebestačnosti u poistencov nad 60 rokov. (MoCA - Montrealsky kognitívny test – varianta „K“ pre Slovenskú republiku)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Podmienkou úhrady je súčasne vyšetrenie poškodenia kognitívnych funkcií podložených zhodnotením orientácie miestom, časom, osobou a zhodnotením procesov pamäte, myslenia a rečovej expresie, ktoré sa overuje štyrmi základnými otázkami. V prípade že aspoň na jednu odpovedá poistenec nesprávne, vykoná sa vyšetrenie pomocou MoCA testu. - Výkon bude akceptovaný u poistenca nad 60 rokov. - Kompletne vyplnený a vyhodnotený MoCA test, podpísaný poistencom musí byť súčasťou zdravotnej dokumentácie. - Kompetentným zdravotníckym pracovníkom na zadanie inštrukcií k vyplneniu MoCA testu poistencom je lekár alebo sestra. - Kompetentným zdravotníckym pracovníkom na vyhodnotenie vyplneného MoCA testu a následného komplexného posúdenia zdravotného stavu poistenca je lekár. - Test sa vyžaduje s diagnózou Z03.2 Pozorovanie pre podozrenie na duševné poruchy a poruchy správania, ak je výsledné skóre menej ako 26. - Test sa vyžaduje s diagnózou Z01.88 Iné bližšie určené špeciálne vyšetrenia v prípade, ak je výsledné skóre 26 a viac. - V prípade ak je výsledné skóre menej ako 26 vrátane, poskytovateľ vykoná vyšetrenie TSH (v zmysle odborného usmernenia) a orientačné neurologické vyšetrenie. V prípade, že je vyšetrenie indikované, odosiela poistenca na vyšetrenie 	6,78

	<p>k endokrinológovi, neurológovi alebo psychiatrovi. U tohto poistenca sa test už v budúcnosti neopakuje.</p> <p>– Pri hodnote 26 a viac je možné test zopakovať najskôr o dva roky.</p>	
<p>VŠZP akceptuje výkon 159a, 159z a 159x v súlade s prílohou č. 2 k zákonu č. 577/2004 Z. z. v znení neskorších. Standardizovaný test na okultné krvácanie (TOKS) metódou POCT(i FOB) všeobecný lekár pre dospelých indikuje a vykonáva poistencov starších ako 40 rokov.</p>		

1.3.1 Prípočítateľné položky k vybraným výkonom

Názov alebo kód prípočítateľnej položky	Výkony, ku ktorým sa prípočítateľná položka môže vykázať	Podmienky úhrady prípočítateľnej položky	Cena prípočítateľnej položky v €
EDU	H0003, H0004	<p>Edukácia pacienta s artériovou hypertenziou, dyslipidémiou alebo obezitou – poučenie o úprave životného štýlu a farmakoterapie sestrou alebo lekárom.</p> <p>Vyказuje sa ako prípočítateľná položka jedenkrát za kalendárny rok osobitne pre každú z vybraných diagnóz vykazovaných k výkonom H0003 a H0004.</p> <p>Obsah edukácie určuje dokument, ktorý poisťovňa uverejní na svojom webovom sídle. Podpísaním tohto dokumentu pacient potvrdí poučenie sestrou alebo lekárom a následne pacientom popísaný dokument poskytovateľ založí do zdravotnej dokumentácie pacienta.</p>	2,00
FOB	159a, 159z, 159x	<p>Pozvanie poistenca na vyšetrenie krvi v stolici</p> <ul style="list-style-type: none"> – prípočítateľná položka sa vyказuje v zmysle platného MU UDZS o spracovaní a vykazovaní zdravotných výkonov poskytovateľov zdravotnej starostlivosti elektronickou formou, – poskytovateľ kapitovaného poistenca, ktorý má nárok na preventívnu prehliadku u poskytovateľa, preukázateľne pozval a objedná na vykonanie testu (SMS, mail, list a pod.). Kópia pozvánky formou SMS, mailu alebo listu je súčasťou zdravotnej dokumentácie poistenca, – poistenec je vo veku od 40 do 70 rokov, – vyšetrenie je vykonané detekciou hemoglobínu v stolici (TOKS) špecifickou imunochemickou metódou (iFOB) 	2,00

1.4. Individuálna zložka úhrady – Individuálna dodatková kapitácia

Základ pre výpočet ceny IDK		
Špecializácia	Veková skupina	Základ
Všeobecný lekár pre dospelých	všetky	1,30 €

1.5. Hodnotiace parametre

Zameranie	Parameter	Kritérium splnenia	Váha	Plnenie
Poistenec	Celkové náklady na kapitovaného poistenca	Hodnota parametra je pod hranicou horného pásma definovanou výpočtom v príslušnej referenčnej skupine ambulancií	20%	Reálne plnenie poskytovateľa
	Komplexná ZS pri vybraných chronických ochoreniach - artériová hypertenzia, dyslipidémie a obezita	Hodnota parametra je nad hranicou dolného pásma definovanou výpočtom v príslušnej referenčnej skupine ambulancií.	20%	
	Prevenčia	Preventívna prehliadka vykonaná aspoň u takého počtu poistencov, ktorý zodpovedá priemeru v príslušnej odbornosti v hodnotenom období.	20%	Reálne plnenie poskytovateľa
		Preventívna prehliadka vykonaná aspoň u takého počtu poistencov, ktorý zodpovedá 75% z priemeru v príslušnej odbornosti v hodnotenom období.	7%	Reálne plnenie poskytovateľa
Elektronizácia	eNávrhy	Poskytovateľ vystavuje žiadosť o schválenie vybraných liekov, zdravotníckych pomôcok alebo kúpeľnej liečby formou eNávrhu.	10%	Aplikácia vyhodnotenia od 1.4.2024
	eZdravie	Poskytovateľ pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti vedie zdravotnú dokumentáciu v súlade s ustanovením § 19 a nasl. Zákona č. 576/2004 Z. z. a súčasne zasiela údaje zo zdravotnej dokumentácie elektronickou formou do elektronickej zdravotnej knižky (EZK) v rozsahu § 5 Zákona č. 153/2013 Z. z.	15%	Reálne plnenie poskytovateľa
Dostupnosť	Ordinačný čas	Stanovenie týždenného čistého ordinačného času na aspoň 30 hodín pre každú ambulanciu. Stanovenie ordinačných hodín do 16:00 hod. aspoň jeden deň v týždni pre každú ambulanciu.	15%	Reálne plnenie poskytovateľa

1.5.1. Doplnujúce informácie k Hodnotiacim parametrom

Celkové náklady na kapitovaného poistenca

Priemerné celkové náklady na priamo poskytnutú zdravotnú starostlivosť vrátane pomocných, doplnkových vyšetreniach a SValZ, preskripcie liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín a indikovanej špecializovanej ambulantnej starostlivosti na jedného kapitovaného poistenca. Počet poistencov sa prepočíta podľa nákladových indexov veku a pohlavia. Do výpočtu nie je zahrnutá preventívna zdravotná starostlivosť a zdravotná starostlivosť podľa definovaných výnimiek.

Hodnotené obdobie: dva po sebe nasledujúce štvrťroky.

Komplexná ZS pri vybraných chronických ochoreniach

Podiel poistencov s poskytovanou komplexnou zdravotnou starostlivosťou (výkony H0003, H0004) na počte všetkých kapitovaných poistencov u poskytovateľa s identifikovanými diagnózami pod kódom I10* a E78* a E66*.

Hodnotené obdobie: štyri po sebe nasledujúce štvrťroky.

Prevenčia

Parameter Prevenčia vyjadruje, akým percentom sa na celkovom počte kapitovaných poistencov podieľali tí poistenci, ktorým bola v hodnotenom období poisťovňou uhradená preventívna prehliadka (výkon 160). Za kapitovaného poistenca sa pre potrebu vyhodnotenia parametra považuje ten poistenec, za ktorého bola poskytovateľovi v hodnotenom období uhradená kapitácia.

Hodnotené obdobie: 12 po sebe nasledujúcich kalendárnych mesiacov.

Príloha č. 1d
k Zmluve č. 62NVSC000123

Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti
od 1.6.2023 do 31.5.2024

Časť A. Ambulantná zdravotná starostlivosť

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

1. Úhrada za výkony vyjadrená cenou bodu

Úhrada za výkony uvedené v tabuľke Cena bodu sa vypočíta ako násobok jednotkovej ceny bodu a počtu bodov daného výkonu. Počet bodov vyplýva z opatrenia Ministerstva zdravotníctva SR, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva platného v čase poskytnutia výkonu. Pokiaľ počet bodov 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 pôrodníctvo 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.

2. Úhrada za výkony vyjadrená cenou za výkon

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

3. Individuálne zložky úhrady

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

3.1. Individuálna pripočítateľná položka

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

3.2. Hodnotiace parametre

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

HP vyhodnocuje poisťovňa dva krát počas kalendárneho roka nasledovným spôsobom:

I. vyhodnotenie

Hodnotené obdobie (od-do)	Vyhodnocovanie (od-do)	Aplikácia vyhodnotenia (od)		
1.1.	30.6.	1.7.	30.9.	1.10.

II. vyhodnotenie

Hodnotené obdobie (od-do)		Vyhodnocovanie (od-do)		Aplikácia vyhodnotenia (od)
1.7.	31.12.	1.1.	31.3.	1.4.

Ak nie je hodnotené obdobie inak špecifikované v doplnujúcich informáciách k parametrom, vyhodnocuje sa predchádzajúci kalendárny polrok.

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

HP vyhodnocuje poisťovňa u poskytovateľa za každý typ zdravotnej starostlivosti samostatne.

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

Pri parametroch kategórie „Poistenec“ sú poskytovatelia zaradení do referenčných skupín (odbornosť a typ poskytovateľa), v ktorých sa na základe vykazanej zdravotnej starostlivosti v hodnotenom období vypočíta stredná hodnota a štandardná odchýlka, ktorá slúži na určenie horného resp. dolného pásma pre účely vyhodnotenia plnenia príslušného parametra.

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

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

1. Špecializovaná ambulatná starostlivosť – vrátane ÚPS

1.1. Úhrada za výkony vyjadrená cenou bodu

Cena bodu			
Kód výkonu	Názov, charakteristika alebo podmienky úhrady výkonu	Počet bodov	Cena bodu v €
-	výkony z I. časti Zoznamu výkonov (v prípade, že v tejto tabuľke nie je uvedené inak)	-	0,03180
60	Komplexné vyšetrenie pacienta kompletná anamnéza, vyšetrenie všetkých orgánových systémov, založenie zdravotnej dokumentácie, zhodnotenie výsledkov vyšetrení, diagnostický záver, liečebný plán alebo zaradenie do dispenzárnej starostlivosti, odoslanie pacienta na ďalšie laboratórne, prístrojové alebo odborné vyšetrenia -vypísanie žiadaniek, poučenie pacienta, vypísanie receptov a lekárskej správy, ak vyšetrenie trvá dlhšie ako 30 minút.	420	0,03180
	Pre odbornosti: neurológia, pediatrická neurológia, pediatrická gastroenterológia, vnútorné lekárstvo, geriatra	620	
	Pre odbornosti: dermatovenerológia; diabetológia, poruchy látkovej premeny a výživy; endokrinológia, pediatrická endokrinológia a diabetológia, poruchy látkovej premeny a výživy; hematológia a transfúziológia, pediatrická hematológia a onkológia; fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia	500	
62	Cielené vyšetrenie dvoch alebo viacerých orgánových systémov alebo dispenzárna kontrola (cielená anamnéza, resp. anamnéza od poslednej kontroly), popis subjektívnych obtiaží, objektívny nález, zhodnotenie výsledkov, vypísanie správy, záver, vypracovanie plánu do nasledujúcej kontroly. Poučenie o diéte a životospráve a predvolanie na vyšetrenie je súčasťou výkonu, ak vyšetrenie trvá dlhšie ako 20 minút.	270	0,03180
	Pre odbornosti: neurológia, pediatrická neurológia, pediatrická gastroenterológia, vnútorné lekárstvo a geriatra	400	

	Pre odbornosti: dermatovenerológia; diabetológia, poruchy látkovej premeny a výživy; endokrinológia; pediatrická endokrinológia a diabetológia, poruchy látkovej premeny a výživy; hematológia a transfúziológia; pediatrická hematológia a onkológia; fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia	310	
63	Dôkladné vyšetrenie jedného orgánového systému alebo kontrolné vyšetrenie vrátane rád a dokumentácie.	210	0,03180
	Pre odbornosti: neurológia, pediatrická neurológia, pediatrická gastroenterológia, vnútorné lekárstvo a geriatria	310	0,03180
	Pre odbornosti: dermatovenerológia; diabetológia, poruchy látkovej premeny a výživy; endokrinológia; pediatrická endokrinológia a diabetológia, poruchy látkovej premeny a výživy; hematológia a transfúziológia; pediatrická hematológia a onkológia; fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia	250	0,03180
65	Príplatok pri sťaženom výkone Pri výkonoch pod kódmi 61, 62, 63 a pri výkonoch v rádiológii a v rádioterapii. Pre odbornosti: 001, 002, 003, 004, 005, 007, 010, 015, 017, 027, 040, 048, 050, 060, 063, 064, 104, 105, 107, 108, 109, 114, 140, 145, 153, 154, 155, 156, 163, 323, 329, 331, 335, 336, 341 akceptované ako príplatok u dieťaťa do veku desiatich rokov.	200	0,03180
66	Príplatok pri sťaženom výkone Pri výkone pod kódom 60. Pre odbornosti: 001, 002, 003, 004, 005, 007, 010, 015, 017, 027, 040, 048, 050, 060, 063, 064, 104, 105, 107, 108, 109, 114, 140, 145, 153, 154, 155, 156, 163, 323, 329, 331, 335, 336, 341 akceptované ako príplatok u dieťaťa do veku desiatich rokov.	320	0,03180
67	Príplatok pri sťaženom výkone Príplatok u dieťaťa do veku piatich rokov pri výkonoch - odber krvi, injekcie, infúzie, transfúzie, infiltrácie, implantácie, odobratie sterov, punkcie a pri výkone očkovania. Príplatok u dieťaťa do veku desiatich rokov pre odbornosti: 001, 002, 003, 004, 005, 007, 010, 015, 017, 027, 040, 048, 050, 060, 063, 064, 104, 105, 107, 108, 109, 114, 140, 145, 153, 154, 155, 156, 163, 323, 329, 331, 335, 336, 341 pri výkonoch - odber krvi, injekcie, infúzie, transfúzie, infiltrácie, implantácie, odobratie sterov, punkcie a pri výkone očkovania.	200	0,03180
11a	Konzultácia prostredníctvom rozšírenej elektronickej komunikácie v online prostredí (webová aplikácia, videohovor) Charakteristika zdravotného výkonu: Konzultácia s poistencom prostredníctvom elektronickej komunikácie (webová aplikácia, videohovor) v online prostredí, ktoré je zabezpečené, prípadne umožňuje aj zdieľanie zdravotnej dokumentácie. Konzultácia s pacientom obsahuje: <ul style="list-style-type: none"> • cieleňú anamnézu a popis subjektívnych ťažkostí, • zhodnotenie výsledkov • v prípade potreby určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, vrátane predpisu potrebných liekov/ZP a vypísania žiadaniek • poskytnutie informácií pacientovi alebo zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom s diagnostickým a liečebným postupom • poučenie poistenca • určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení-návštevy iného lekára. Vykazovanie zdravotného výkonu: <ul style="list-style-type: none"> • výkon sa vykazuje ako zdravotná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta a zaznamená sa v zdravotnej dokumentácii 	210	0,0350

	<ul style="list-style-type: none"> • súčasťou zdravotnej dokumentácie je overiteľný časový údaj o realizácii, dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení návštevy iného lekára, • vyhotovenie záznamu v eZdravie, • výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi, • výkon sa nevykazuje pre telefonické objednávanie pacienta, • výkon sa vykazuje najviac 1x za deň na jedného poistenca. 		
1b	<p>Konzultácia prostredníctvom elektronickej pošty, telefonicky alebo SMS</p> <p>Konzultácia s poistencom prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefonicky obsahuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cielenú anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly a popis subjektívnych ťažkostí vo vzťahu k dvom alebo viacerým orgánovým systémom alebo k psychickej poruche popis subjektívnych ťažkostí, • diagnostický záver, • v prípade potreby určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, vrátane predpisu potrebných liekov/ZP, ktoré vyplynuli z konzultácie ohľadom zdravotného stavu, • v prípade potreby záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, • poskytnutie informácií poistencovi alebo zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom s diagnostickým alebo liečebným postupom vrátane nefarmakologickej a farmakologickej terapie. <p>Vykazovanie zdravotného výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • výkon sa vykazuje ako zdravotná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia poistenca, • súčasťou zdravotnej dokumentácie je overiteľný časový údaj o realizácii, dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, • vyhotovenie záznamu v eZdravie, • výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi, • výkon sa nevykazuje pre telefonické objednávanie poistenca, <p>Povolená frekvencia akceptovania zdravotného výkonu: 1-krát za deň a maximálne 3-krát za kalendárny mesiac na jedného poistenca.</p>	160	0,0350
70	<p>Opätovné lekárske vystavenie receptov alebo poukazov na základe požiadavky poistenca prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefónu</p> <p>Charakteristika zdravotného výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • vystavenie receptov alebo poukazov elektronickou formou na lieky/zdravotnícke pomôcky/dietetické potraviny, ktoré poistenec užíva minimálne jeden mesiac, a nebola realizovaná zmena dávkovania lieku lebo liekovej formy lieku. <p>Vykazovanie zdravotného výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • výkon sa vykazuje ako starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia poistenca, • súčasťou zdravotnej dokumentácie o výkone je overiteľný časový údaj o realizácii, • vyhotovenie záznamu v eZdravie, • údaj, kedy bol recept/lekársky poukaz vypísaný, • údaj o predpise lieku/zdravotníckej pomôcky/dietetickej potraviny poistencovi prostredníctvom elektronickej služby, • výkon sa vzťahuje na jedného poistenca bez ohľadu na počet liekov/zdravotníckych pomôcok/dietetických potravín, ktoré boli poistencovi predpísané formou receptu/lekárskeho poukazu alebo formou jednorazového elektronického predpisu (t. j. za týchto podmienok sa výkon vykazuje najviac v počte 1x za deň na jedného poistenca), • v prípade ak ide o elektronický predpis liekov/zdravotníckych pomôcok/dietetických potravín typu opakovaný recept (preskripčný záznam s poznámkou „REPETATUR“) vykazuje sa samostatne za každý vystavený recept alebo poukaz, 	40	0,0350

	<ul style="list-style-type: none"> výkon sa nevykazuje súčasne s inými zdravotnými výkonmi. <p>Povolená frekvencia akceptovania zdravotného výkonu: 2-krát za kalendárny mesiac na jedného poistenca.</p>		
1c	<p>Krizová psychoterapeutická intervencia alebo individuálna psychoterapia alebo psychodiagnostický rozhovor prostredníctvom elektronickej komunikácie</p> <p>Popis zdravotného výkonu (ďalej len „výkon“):</p> <p>Krizová psychoterapeutická intervencia s pacientom telefonicky, alebo prostredníctvom elektronickej pošty, alebo webovej aplikácie, alebo videohovoru obsahuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> cielenú anamnézu/heteroanamnézu, popis subjektívnych ťažkostí, krízovú psychoterapeutickú intervenciu ako okamžité opatrenie pri akútnej psychickej dekompenzácií (napríklad pokus o samovraždu), diagnostický záver, poučenie o psychohygiene, v prípade potreby určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, vrátane predpisu potrebných liekov/zdravotníckych pomôcok, prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára, individuálna psychoterapia (trvanie najmenej 50 minút) rozhovor so súčasným zisťovaním biografickej anamnézy na psychoterapeutické účely, s písomným záznamom vrátane rady pacientovi (trvanie najmenej 20 minút) poskytnutie informácií pacientovi alebo zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom s diagnostickým alebo liečebným postupom vrátane farmakoterapie. <p>Vykazovanie výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> výkon sa vykazuje ako zdravotná starostlivosť bez osobnej prítomnosti pacienta, zdravotná indikácia sa zdôvodňuje v zdravotnej dokumentácii, súčasťou zdravotnej dokumentácie je overiteľný časový údaj o realizácii, popis zdravotného výkonu v trvaní najmenej 45 minút, dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára, vyhotovenie záznamu v eZdravie, výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi, výkon sa nevykazuje pre telefonické objednávanie pacienta, výkon sa vykazuje samostatne, najviac 1x za deň na jedného pacienta, opakované vykávanie v jednom liečebnom prípade vyžaduje osobitné zdôvodnenie v zdravotnej dokumentácii. výkon sa vykazuje v odbornosti psychiatria, detská psychiatria, gerontopsychiatria a klinická psychológia 	1000	0,0350
802	<p>Elektroencefalografické vyšetrenie vrátane prípadných provokácií.</p> <p>Podmienky úhrady pre odbornosť: neurológia.</p>	750	0,03180
	Podmienky úhrady pre odbornosť: pediatričná neurológia.	1500	
813	<p>Priplatok k výkonu č. 802 za simultánne elektroencefalografické monitorovanie</p> <p>Podmienky úhrady pre odbornosť: neurológia.</p>	60	0,03180
	Podmienky úhrady pre odbornosť: pediatričná neurológia.	120	
819d	<p>Vertebrologické vyšetrenie vrátane poučenia a manipulácie (opakovane), mobilita eventuálne zvodová anestéza.</p> <ul style="list-style-type: none"> Výkon možno vykazovať v prípade komplexného vertebrologického vyšetrenia pri vertebrogénnych ochoreniach. Podmienkou úhrady je zápis vyšetrenia v zdravotnej dokumentácii pacienta. 	600	0,03180

	<ul style="list-style-type: none"> Výkon sa môže vykazovať s výkonom č. 62 a 63 v prípade, ak je potrebné komplexné vertebrologické vyšetrenie. <p>Podmienky úhrady pre odbornosť: neurológia.</p>				
	Podmienky úhrady pre odbornosť: pediatričná neurológia.	1200			
803	<p>Elektroencefalografické vyšetrenie dieťaťa do skončeného ôsmeho roku života vrátane prípadných provokácií.</p> <p>Výkon zahŕňa aj vyhodnotenie a popis.</p> <p>Podmienky úhrady pre odbornosť: neurológia.</p>	900	0,03180		
	Podmienky úhrady pre odbornosť: pediatričná neurológia.	1800			
804	<p>Elektroencefalografické vyšetrenie po fáze bdenia, prípadne po odvrátení spánku po provokáciách.</p> <p>Podmienky úhrady pre odbornosť: neurológia.</p>	900	0,03180		
	Podmienky úhrady pre odbornosť: pediatričná neurológia.	1800			
260a	<p>Zavedenie katétra do periférnej cievy.</p> <p>Neakceptuje sa v kombinácii s výkonmi 253, 271, 272 pri jednorazovom podaní lieku. Nevykazuje sa s výkonom 261 pri jednorazovom podaní liečiva ani pri podaní kontrastnej látky pred vyšetrením CT alebo MR. Nemôže sa kombinovať s výkonom 260. Vykazuje sa 1 x za tri dni pri infúznej liečbe trvajúcej niekoľko po sebe nasledujúcich dní.</p> <p>Podmienky úhrady pre odbornosť: neurológia.</p>	150	0,03180		
765p	<p>Odstránenie jedného polypu pomocou vysokofrekvenčnej elektrickej slučky (elektrických klieští - hot biopsy) – preventívny výkon.</p> <p>Výkon sa vykazuje s diagnózou Z12.1</p>	946	0,0318		
-	Výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ).	-	0,009159		
-	Výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ okrem vybraných výkonov) z časti FYZIATRIA BALNEOTERAPIA A LIEČEBNÁ REHABILITÁCIA.	-	0,010260		
-	Výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ) vykonávané prístrojovou technikou ULTRAZVUK – USG a FUNKČNÁ DIAGNOSTIKA.	-	0,009574		
516	<p>Vybrané výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ) z časti FYZIATRIA BALNEOTERAPIA A LIEČEBNÁ REHABILITÁCIA.</p>	180	0,016402		
518		350			
523a		145			
530		180			
531		220			
540		180			
541		350			
542		300			
509a		220			
512		130			
513		250			
514a		450			
522		290			
532		300			
533a		450			
763P		<p>Preventívna prehliadka konečníka a hrubého čreva kolonoskopom.</p>		-	0,049
763M					
760sp	<p>Parciálna skriningová kolonoskopia (SK) endoskopické vyšetrenie v oblasti colon descendens spolu so sigmoidoskopiou, rektoskopiou, v prípade potreby aj s biopsiou alebo punkciou vrátane kontroly polohy endoskopu pomocou zobrazovacej metódy.</p> <ul style="list-style-type: none"> Preventívny výkon. Výsledok kontroly – pozitívny. Frekvencia výkonu raz za 10 rokov. Výkon sa poskytuje 50 a viac ročným poistencom. Výkon sa vykazuje s diagnózou Z12.1. Výkon môžu vykazovať špecialisti v odbornosti 001, 010 a 048, ktorí majú certifikát v certifikovanej činnosti diagnostická a intervenčná kolonoskopia a pracujú na endoskopických pracoviskách zaradených do skriningu kolorektálneho karcinómu, zoznam ktorých je zverejnený na webovej stránke ministerstva zdravotníctva SR. 	1500	0,049		

760sn	<p>Parciálna skriningová kolonoskopia (SK) (endoskopické vyšetrenie v oblasti colon descendens spolu so sigmoidoskopiou, rektoskopiou, v prípade potreby aj s biopsiou alebo punkciou vrátane kontroly polohy endoskopu pomocou zobrazovacej metódy).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preventívny výkon. • Výsledok kontroly – negatívny • Frekvencia výkonu raz za 10 rokov. • Výkon sa poskytuje 50 a viac ročným poistencom. • Výkon sa vykazuje s diagnózou Z12.1. • Výkon môžu vykazovať špecialisti v odbornosti 001, 010 a 048, ktorí majú certifikát v certifikovanej činnosti diagnostická a intervenčná kolonoskopia a pracujú na endoskopických pracoviskách zaradených do skriningu kolorektálneho karcinómu, zoznam ktorých je zverejnený na webovej stránke ministerstva zdravotníctva SR. 	1500	
760pp	<p>Parciálna primárna skriningová kolonoskopia (PSK) (endoskopické vyšetrenie v oblasti colon descendens spolu so sigmoidoskopiou, rektoskopiou, v prípade potreby aj s biopsiou alebo punkciou vrátane kontroly polohy endoskopu pomocou zobrazovacej metódy).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preventívny výkon. • Výsledok kontroly – pozitívny • Frekvencia výkonu raz za 10 rokov. • Výkon sa poskytuje 50 a viac ročným poistencom. • Výkon sa vykazuje s diagnózou Z12.1. • Výkon môžu vykazovať špecialisti v odbornosti 001, 010 a 048, ktorí majú certifikát v certifikovanej činnosti diagnostická a intervenčná kolonoskopia a pracujú na endoskopických pracoviskách zaradených do skriningu kolorektálneho karcinómu, zoznam ktorých je zverejnený na webovej stránke ministerstva zdravotníctva SR. • Predloženie certifikátu v certifikovanej pracovnej činnosti diagnostická a intervenčná kolonoskopia. 	1500	
760pn	<p>Parciálna primárna skriningová kolonoskopia (PSK) (endoskopické vyšetrenie v oblasti colon descendens spolu so sigmoidoskopiou, rektoskopiou, v prípade potreby aj s biopsiou alebo punkciou vrátane kontroly polohy endoskopu pomocou zobrazovacej metódy).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preventívny výkon. • Výsledok kontroly – negatívny. • Frekvencia výkonu raz za 10 rokov. • Výkon sa poskytuje 50 a viac ročným poistencom. • Výkon sa vykazuje s diagnózou Z12.1. • Výkon môžu vykazovať špecialisti v odbornosti 001, 010 a 048, ktorí majú certifikát v certifikovanej činnosti diagnostická a intervenčná kolonoskopia a pracujú na endoskopických pracoviskách zaradených do skriningu kolorektálneho karcinómu, zoznam ktorých je zverejnený na webovej stránke ministerstva zdravotníctva SR. 	1500	
763sp	<p>Totálna skriningová kolonoskopia (SK) (endoskopické vyšetrenie počnúc rektoskopiou po vyšetrenie céka vrátane, v prípade potreby aj s biopsiou alebo punkciou vrátane kontroly polohy endoskopu pomocou zobrazovacej metódy).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preventívny výkon. • Výsledok kontroly – pozitívny • Frekvencia výkonu raz za 10 rokov. • Výkon sa poskytuje 50 a viac ročným poistencom. • Výkon sa vykazuje s diagnózou Z12.1. • Výkon môžu vykazovať špecialisti v odbornosti 001, 010 a 048, ktorí majú certifikát v certifikovanej činnosti diagnostická a intervenčná kolonoskopia a pracujú na endoskopických pracoviskách zaradených do skriningu kolorektálneho karcinómu, zoznam ktorých je zverejnený na webovej stránke ministerstva zdravotníctva SR. 	3000	
763sn	<p>Totálna skriningová kolonoskopia (SK) (endoskopické vyšetrenie počnúc rektoskopiou po vyšetrenie céka vrátane, v prípade potreby aj s biopsiou alebo punkciou vrátane kontroly polohy endoskopu pomocou zobrazovacej metódy).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preventívny výkon. 	3000	

	<ul style="list-style-type: none"> • Výsledok kontroly – negatívny • Frekvencia výkonu raz za 10 rokov. • Výkon sa poskytuje 50 a viac ročným poistencom. • Výkon sa vykazuje s diagnózou Z12.1. • Výkon môžu vykazovať špecialisti v odbornosti 001, 010 a 048, ktorí majú certifikát v certifikovanej činnosti diagnostická a intervenčná kolonoskopia a pracujú na endoskopických pracoviskách zaradených do skríningu kolorektálneho karcinómu, zoznam ktorých je zverejnený na webovej stránke ministerstva zdravotníctva SR. 		
763pp	<p>Totálna primárna skriningová kolonoskopia (PSK) (endoskopické vyšetrenie počnúc rektoskopiou po vyšetrenie céka vrátane, v prípade potreby aj s biopsiou alebo punkciou vrátane kontroly polohy endoskopu pomocou zobrazovacej metódy).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preventívny výkon. • Výsledok kontroly – pozitívny. • Frekvencia výkonu raz za 10 rokov. • Výkon sa poskytuje 50 a viac ročným poistencom. • Výkon sa vykazuje s diagnózou Z12.1. • Výkon môžu vykazovať špecialisti v odbornosti 001, 010 a 048, ktorí majú certifikát v certifikovanej činnosti diagnostická a intervenčná kolonoskopia a pracujú na endoskopických pracoviskách zaradených do skríningu kolorektálneho karcinómu, zoznam ktorých je zverejnený na webovej stránke ministerstva zdravotníctva SR. 	3000	
763pn	<p>Totálna primárna skriningová kolonoskopia (PSK) (endoskopické vyšetrenie počnúc rektoskopiou po vyšetrenie céka vrátane, v prípade potreby aj s biopsiou alebo punkciou vrátane kontroly polohy endoskopu pomocou zobrazovacej metódy).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preventívny výkon. • Výsledok kontroly – negatívny • Frekvencia výkonu raz za 10 rokov. • Výkon sa poskytuje 50 a viac ročným poistencom. • Výkon sa vykazuje s diagnózou Z12.1. • Výkon môžu vykazovať špecialisti v odbornosti 001, 010 a 048, ktorí majú certifikát v certifikovanej činnosti diagnostická a intervenčná kolonoskopia a pracujú na endoskopických pracoviskách zaradených do skríningu kolorektálneho karcinómu, zoznam ktorých je zverejnený na webovej stránke ministerstva zdravotníctva SR. 	3000	
401	<p>Povrchová anestézia orofaryngu alebo hltana, alebo hrtana a (alebo) bronchiálnej oblasti.</p> <p>Výkon možno vykázat pri endoskopických výkonoch v hornom gastrointestinálnom trakte.</p> <p>Podmienky úhrady aj pre odbornosť: gastroenterológia a pediatrika gastroenterológia, hepatológia a výživa</p>	100	0,03180
15d	<p>Zhodnotenie rtg. dokumentácie.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zhodnotenie nie je vykonané pracoviskom RTG. • Vrátane popisu v zdravotnej dokumentácii. • Výkon môžu vykazovať odbornosti chirurgia, traumatológia, ortopédia, pneumológia, otorinolaryngológia, reumatológia, neurológia, kardiológia a všetky odbornosti uvedené v tomto bode s prívlastkom pediatrika. 	150	0,0260
<p><i>Poistovňa uhradí zdravotné výkony s kódom: 11a, 1b, 1c, 70 len za predpokladu, že relevantnú medicínsku radu alebo konzultáciu je možné poskytnúť poistencovi alebo jeho zákonnému zástupcovi telefonickou formou alebo formou videohovoru alebo inou elektronickou formou s ohľadom na zdravotný stav poistenca pri zachovaní správnosti poskytovania zdravotnej starostlivosti podľa § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. a to pri súčasnom zohľadnení špecifik dištančného spôsobu poskytovania zdravotnej starostlivosti.. Telefonický rozhovor alebo videohovor alebo iná elektronická komunikácia medzi poistencom a zdravotníckym pracovníkom s diagnostikou alebo terapiou poistenca. Zdravotné výkony musia byť zaznamenané v zdravotnej dokumentácii a eZdravie a nie je ich možné vzájomne kombinovať a ani kombinovať s inými výkonmi.</i></p>			

Kód výkonu	Názov, charakteristika alebo podmienky úhrady výkonu	Počet bodov	Cena bodu v €
1B05014	Edukácia pri diabete v súvislosti s prevenciou chronických komplikácií diabeta a ochorení zapríčinených diabetom	270	0,0318

	<p>Výkon zahŕňa nasledovné činnosti:</p> <p>A) Edukácia pacienta ohľadom akútnych a chronických komplikácií DM obsahuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • edukáciu o postupe pri akútnej hyperglykémii - vylúčenie ketoacidózy - fyzický pohyb, dopichovanie inzulínu s prevenciou kumulovania dávok inzulínu, • edukáciu pri novovzniknutej diabetickej retinopatii, neuropatii, nefropatii, makroangiopatii - to znamená pri makrovaskulárnych komplikáciách diabetu ako infarkt srdca, cievna mozgová príhoda, • edukáciu pri potrebe hemodialyzačnej alebo transplantáčnej liečby, väčšej strate zraku až slepote, pri vzniknutej diabetickej nohe <p>a/alebo</p> <p>B) Edukácia pacienta s diabeticou nohou obsahuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pri prevencii - edukáciu o starostlivosti o dolné končatiny pravidelným samovyšetrením aj s využitím príslušných pomôcok, správny výber obuvi, vložiek, zdravotná pedikúra, • pri vzniku defektu: kedy je potrebné ošetrovanie lekára pri vzniku defektu, edukácia o prísnej glykemickej kontrole. <p>a/alebo</p> <p>C) Edukácia pacienta s dyslipidémiou obsahuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • poruchy metabolizmu tukov, diferenciácia familiárnych foriem dyslipidémie, • súvislosť tukov s aterosklerózou a kardiovaskulárnymi ochoreniami, spôsoby a ciele liečby hyperlipoproteinémie podľa stratifikácie kardiovaskulárneho rizika <p>a/alebo</p> <p>D) Edukácia pacienta s obezitou obsahuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • edukáciu dôsledkoch obezity na dĺžku života a na zdravotný stav pacienta, • zdôraznenie prínosu zníženia telesnej hmotnosti na zdravie pacienta, • základná edukácia o znížení telesnej hmotnosti, rozpis a príprava individualizovaného rozpisu pre daného pacienta. <p>Podmienky úhrady výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dĺžka trvania výkonu je minimálne 10 minút. <p>Maximálna frekvencia vykazovania výkonu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • raz za kalendárny štvrtrok <p>Výkon nie je možné kombinovať s nasledovnými výkonmi: 10c, 1B05011, 1B05012</p>		
--	---	--	--

Kód výkonu	Znenie výkonu	Podmienky akceptácie výkonu	Počet bodov	Cena bodu v €
5744	Echokardiografické vyšetrenie metódou TM a 2D. Výkon môže vykazovať kardiológ.	<p>Podmienkou akceptácie je príslušné prístrojové vybavenie ambulancie akceptované poisťovňou (doklad o nadobudnutí prístroja, prehlásenie o zhode, zaškolenie).</p> <p>Kombináciu ECHOKG vyšetrení je nutné vykazovať v jeden deň s jednotnou dg.</p> <p>Výkon sa nevykazuje pri dg. I70.9 a E78*.</p> <p>Výkon sa nemôže vykazovať s výkonmi 614 a 617.</p> <p>Podmienky úhrady pre odbornosť: 049, 155</p>	2000	0,009574

5745	Echokardiografické vyšetrenie PW a CW Dopplerom. Výkon môže vykazovať kardiológ.	Podmienkou akceptácie je príslušné prístrojové vybavenie ambulancie akceptované poisťovňou (doklad o nadobudnutí prístroja, prehlásenie o zhode, zaškolenie). Kombináciu ECHOKG vyšetrení je nutné vykazovať v jeden deň s jednotnou dg. Výkon sa nevykazuje pri dg. I70.9 a E78*. Výkon sa nemôže vykazovať s výkonmi 614 a 617. Podmienky úhrady pre odbornosť: 049, 155	1800	0,009574
5746	Echokardiografické vyšetrenie pomocou farebného mapovania toku (CFM) ako príplatok k výkonu pod kódom 5744. Výkon môže vykazovať kardiológ.	Podmienkou akceptácie je príslušné prístrojové vybavenie ambulancie akceptované poisťovňou (doklad o nadobudnutí prístroja, prehlásenie o zhode, zaškolenie). Kombináciu ECHOKG vyšetrení je nutné vykazovať v jeden deň s jednotnou dg. Výkon sa nevykazuje pri dg. I70.9 a E78*. Výkon sa nemôže vykazovať s výkonmi 614 a 617. Podmienky úhrady pre odbornosť: 049, 155	2100	0,009574
5754	Počítačové spracovanie údajov z echokardiografického vyšetrenia. Vyšetrenie môže vykazovať kardiológ.	Kombináciu ECHOKG vyšetrení je nutné vykazovať v jeden deň s jednotnou dg. Výkon sa nevykazuje pri dg. I70.9 a E78*. Výkon sa nemôže vykazovať s výkonmi 614 a 617. Podmienky úhrady pre odbornosť: 049, 155	750	0,009574

Kód výkonu	Znenie výkonu	Počet bodov	Cena bodu v €
5715	24-hodinové prístrojové monitorovanie tlaku krvi - naloženie a zosnímanie (Holterov monitoring) Podmienky úhrady pre odbornosť: 001	1700	0,009574
5716	Počítačové vyhodnotenie 24 hodinového prístrojového monitorovania tlaku krvi (Holterov monitoring) a vyhodnotenie nálezu lekárom. Podmienky úhrady pre odbornosť: 001	400	0,009574

1.2. Úhrada za výkony vyjadrená cenou za výkon

Cena za výkon		
Kód výkonu	Názov, charakteristika alebo podmienky úhrady výkonu	Cena za výkon v €
250x	Odber venóznej krvi za účelom vyšetrenia laboratórnych parametrov <ul style="list-style-type: none"> 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. 	5,00

1.3. Individuálna zložka úhrady – Individuálna pripočítateľná položka

Základ pre výpočet ceny IPP		
Kategória IPP	Kód zdravotného výkonu, ku ktorému je možné IPP vykázat'	Základ pre výpočet ceny IPP
IPP1	60, 62, 63, 60R, 503, 504, 505, 1A01033, 1A02060, 1A03044	2,24 €
IPP2	1544A, 1594, 1240, 820, 822, 825	3,60 €

IPP3	3286, 3288, 3306	6,09 €
IPP4	3335, 3337, 867, 869, 3351, 3364, 841, 842, 845	6,09 €
Charakteristika a pravidlá vykazovania vybraných IPP		
K výslednej cene IPP4 sa automaticky pripočítavajú 3,00 €.		

1.4 Hodnotiace parametre

Časť - Špecializovaná ambulantná starostlivosť				
Zameranie	Parameter	Kritérium splnenia	Váha	Plnenie
Poistenec	Celkové náklady na ošetrovaného poistenca	Hodnota parametra je pod hranicou horného pásma definovanou výpočtom v príslušnej referenčnej skupine ambulancií.	40%	Reálne plnenie poskytovateľa
	Frekvencia návštev na ošetrovaného poistenca		10%	
	Podiel prvovýšetrení	Hodnota parametra je nad hranicou dolného pásma definovanou výpočtom v príslušnej referenčnej skupine ambulancií.	10%	
Elektronizácia	eNávrhy	Poskytovateľ vystavuje žiadosť o schválenie vybraných liekov, zdravotníckych pomôcok alebo kúpeľnej liečby formou eNávrhu.	10%	Aplikácia vyhodnotenia od 1.4.2024
	eZdravie	Poskytovateľ pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti vedie zdravotnú dokumentáciu v súlade s ustanovením § 19 a nasl. Zákona č. 576/2004 Z. z. a súčasne zasiela údaje zo zdravotnej dokumentácie elektronickou formou do elektronickej zdravotnej knižky (EZK) v rozsahu § 5 Zákona č. 153/2013 Z. z.	15%	Reálne plnenie poskytovateľa
Dostupnosť	Ordinačný čas	Stanovenie týždenného čistého ordinačného času v rozsahu aspoň 30 hodín pre každú ambulanciu.	15%	Reálne plnenie poskytovateľa

1.4.1. Doplnujúce informácie k Hodnotiacim parametrom

Celkové náklady na ošetrovaného poistenca

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

Hodnotené obdobie: dva po sebe nasledujúce štvrťroky.

Frekvencia návštev na ošetrovaného poistenca

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

Hodnotené obdobie: štyri po sebe nasledujúce štvrťroky.

Podiel prvovýšetrení

Podiel prvovýšetrených pacientov na celkovom počte ošetrovaných pacientov v hodnotenom období. Za prvovýšetreného pacienta sa považuje pacient, ktorý nenavštívil ambulanciu hodnoteného poskytovateľa v rovnakej odbornosti za uplynulých 12 mesiacov pred posudzovaným vyšetrením.

Hodnotené obdobie: dva po sebe nasledujúce kalendárne štvrťroky.

1.5 Bonifikácia

Poisťovňa automaticky zaradi poskytovateľa do systému bonifikácie, pričom hlavný parameter pre vyhodnocovanie sú náklady na lieky.

Náklady na lieky – lieky zo zoznamu kategorizovaných liekov, ktorých spôsob úhrady je definovaný ako „A“, tzv. A-lieky. Do porovnania vstupujú A-lieky podané na špecializovaných pracoviskách (ambulánna starostlivosť, ústavná starostlivosť) v rámci zariadení na poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti, ktoré poisťovňa v príslušnom hodnotenom období akceptovala a uhradila.

Hodnotené obdobie: kalendárny rok, t. j. k 31.12. príslušného kalendárneho roka

Proces vyhodnotenia:

I. etapa - vyhodnotenie na úrovni PZS		
Referenčná hodnota	Hodnotené obdobie	Podmienka bonifikácie
Náklady na A-lieky k 31.12.predchádzajúceho roka	Náklady na A-lieky k 31.12.príslušného roka	minimálna úroveň zníženia nákladov je 10%*

*zníženie nákladov v porovnaní s nákladmi predchádzajúceho roka

Ak je výsledkom porovnania nákladov u PZS úspora v hodnotenom období, poisťovňa pristúpi k vyhodnoteniu v II. etape.

II. etapa - vyhodnotenie na úrovni SR	
Referenčná hodnota	Hodnotené obdobie
Náklady na A-lieky k 31.12.predchádzajúceho roka	Náklady na A-lieky k 31.12.príslušného roka
Náklady na URČ (A-lieky za predchádzajúci rok)	Náklady na URČ (A-lieky za príslušný rok)

Poisťovňa si vyhradzuje právo nepristúpiť k bonifikácii PZS, v prípade ak:

- znížená spotreba nie je pomerná k zmene spotreby na URČ,
- znížená spotreba konkrétnych ATC sa prejaví zvýšením u iných PZS,
- odmietnutie liečby u PZS, pričom v referenčnom období bola táto liečba u PZS dostupná,
- zmenou situácie na trhu – pokles ceny liekov na trhu (úspora u PZS z dôvodu zníženia ceny liekov na trhu nebude u PZS pri vyhodnotení akceptovaná).

Poisťovňa pristúpi k bonifikácii PZS, ktorý dosiahol zníženie nákladov na A-lieky, vo výške **30% dosiahnutej úspory**

**Príloha č. 1g
k Zmluve č. 62NVSC000123**

**Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti
od 1.6.2023 do 31.5.2024**

Časť A. Ambulantná zdravotná starostlivosť

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

1. 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.

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

1. Špecializovaná ambulantná starostlivosť – dialýzy

1.1. Úhrada za výkony vyjadrená cenou za výkon

Cena za výkon			
Kód výkonu	Názov, charakteristika alebo podmienky úhrady výkonu	Základná cena za výkon v €	Zvýhodnená cena za výkon v €* v €*
794	Prvá hemodialýza alebo akútna dialýza u pacienta. <ul style="list-style-type: none"> • V cene je zahrnutý aj katéter. • Súčasťou výkonu je aj vyšetrenie pacienta a lekárska starostlivosť. • Uvedený výkon sa môže vykazovať u pacienta iba raz, potom sa vykazuje ako hemodialýza pri chronickom zlyhaní obličiek. 	149,62	-
794l	Chronická hemodialýza. <ul style="list-style-type: none"> • Hemodialýza pacienta zaradeného do dlhodobého dialyzačného programu. • Súčasťou výkonu je aj vyšetrenie pacienta a lekárska starostlivosť. 	171,00	181,00
794r	Hemodiafiltrácia. <ul style="list-style-type: none"> • Súčasťou výkonu je aj vyšetrenie pacienta a lekárska starostlivosť. • V cene sú započítané aj náklady na hemo filtračnú kapsulu. 	184,00	194,00
<p>V cene výkonov sú zahrnuté všetky náklady a úhrada za poskytnutú komplexnú zdravotnú starostlivosť, vrátane nákladov na lieky a nákladov na zdravotnícke pomôcky a materiál.</p> <p>K výkonom dialýz sa vykazujú pripočítateľné položky, ktoré sú zahrnuté v cene za výkon v skutočne podanom množstve (jednotky) s uvedením nulovej ceny.</p> <p>*Závisí od splnenia hodnotiacich parametrov pre typ ZS 220 – špecializovaná ambulantná starostlivosť - dialýza.</p>			

1.2. Hodnotiace parametre pre typ ZS 220 – špecializovaná ambulantná starostlivosť - dialýza

Hodnotiaci parameter	Kritérium splnenia	Pásmo plnenia	Váha	Plnenie
Rozvoj peritoneálnej dialýzy	Nastavenie aspoň 2,7% pacientov na peritoneálnu dialýzu. Kritérium platné do 31.12.2024.	Bez pásiem (plní / neplní)	15%	Reálne plnenie poskytovateľa

	Nastavenie aspoň 3,5% pacientov na peritoneálnu dialýzu. Kritérium platné od 1.1.2025.			100 % fixne splnené do 30.6.2023 bez ohľadu na reálne plnenie.
Diagnostika	Kompletné vyplnenie a zaslanie dotazníka o realizácii diagnostického vyšetrenia pacientov vo vekovej skupine 00-59 rokov, v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi stanovujúcimi algoritmus výberu príjemcu orgánu a zaradovanie pacientov na čakaciu listinu na transplantácie.	Bez pásiem (plní / neplní)	20%	
Zaradenie pacientov na čakaciu listinu Národnej transplantlačnej organizácie	Zvýšenie počtu nahlásených poistencov do čakacej listiny transplantlačného programu Národnej transplantlačnej organizácie. Veková skupina pacientov: 00-59 rokov.	Pásma 3: nad 20% (vrátane) pacientov v čakacej listine z celkového počtu pacientov vo vekovej skupine 00-59 – 100%	30%	
		Pásma 2: (15%-20%) pacientov v čakacej listine z celkového počtu pacientov vo vekovej skupine 00-59 – 50%		
		Pásma 1: pod 15% (vrátane) pacientov v čakacej listine z celkového počtu pacientov vo vekovej skupine 00-59 – 0%		
Náklady na lieky	Náklady na lieky predpísané poskytovateľom na vykonané výkony dialýzy v Hodnotenom období, porovnané na celoslovenský priemer v Hodnotenom období.	Bez pásiem (plní / neplní)	20%	
eZdravie	Poskytovateľ pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti vedie zdravotnú dokumentáciu v súlade s ustanovením § 19 a nasl. Zákona č. 576/2004 Z. z. a súčasne zasiela údaje zo zdravotnej dokumentácie elektronickou formou do elektronickej zdravotnej knižky (EZK) v rozsahu § 5 Zákona č.153/2013 Z. z.	Bez pásiem (plní / neplní)	15%	
Spolu hodnotiace parametre			100%	
<p>Proces vyhodnocovania – časový rámec: Metodiky a špecifiká aplikované pri výpočte jednotlivých hodnotiacich parametrov zverejní poisťovňa na svojom webovom sídle. Poisťovňa na základe údajov zo svojho informačného systému, od poskytovateľa a z Národného centra zdravotníckych informácií vyhodnotí, či poskytovateľ splnil hodnotiace parametre podľa vyššie uvedenej tabuľky.</p> <p>Hodnotené obdobie: Plávajúci rok (hodnotiace parametre Rozvoj peritoneálnej dialýzy a Zaradenie pacientov na čakaciu listinu Národnej transplantlačnej organizácie) - vždy k 30.6. a 31.12. príslušného roka. Plávajúci polrok (hodnotiace parametre Diagnostika, Náklady na lieky a eZdravie) - vždy k 30.6. a 31.12. príslušného roka.</p> <p>Vyhodnocovacie obdobie: Kalendárny štvrťrok, ktorý bezprostredne nasleduje Hodnotenému obdobiu.</p> <p>Platnosť vyhodnotenia: Prvý deň kalendárneho štvrťroka, ktorý bezprostredne nasleduje po Vyhodnocovacom období, vždy od 1.4. a 1.10. príslušného roka."</p>				

Príloha č. 1j
k Zmluve č. 62NVSC000123

Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti
od 1.6.2023 do 31.5.2024

Časť A. Ambulantná zdravotná starostlivosť

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

1. Úhrada za výkony vyjadrená cenou bodu

Úhrada za výkony uvedené v tabuľke Cena bodu sa vypočíta ako násobok jednotkovej ceny bodu a počtu bodov daného výkonu. Počet bodov vyplýva z opatrenia Ministerstva zdravotníctva SR, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva platného v čase poskytnutia výkonu. Pokiaľ počet bodov 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.

2. Úhrada za výkony vyjadrená cenou za výkon

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

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

1. Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky (SVLZ)

1.1. SVLZ – laboratórne

SVLZ – laboratórne		
Cena bodu		
Kód odbornosti	Špecializačný odbor	Cena bodu v €
024	Klinická biochémia – nepretržitá prevádzka	0,005975
031	Hematológia a transfuziológia – nepretržitá prevádzka	0,006141
031	Hematológia a transfuziológia – prevádzka do 24 hod.	0,005527

1.2. SVLZ – zobrazovacie

SVLZ – zobrazovacie	
Cena bodu	
Špecializačný odbor	Cena bodu v €
Rádiológia odb. 023 – typ ZS 400 – okrem vybraných skiagrafických RTG výkonov: 5010, 5011, 5012, 5015, 5016, 5020, 5021, 5022, 5023, 5024, 5025, 5030, 5031, 5032, 5033, 5035, 5050, 5051, 5052, 5053, 5056, 5060, 5061, 5062, 5065, 5070, 5071, 5072, 5075, 5076, 5077, 5080, 5081, 5082, 5083, 5090, 5095, 5051R	0,007303
výkony intervenčnej rádiológie označené číselnými kódmi: 5101, 5102, 5108, 5110, 5111, 5112, 5120, 5121, 5122, 5151, 5131b, 5131g, 5135b, 5139b, 5140c, 5140d, 5140e a 5147a.	0,029875

Dkc

1.3. SVLZ – zobrazovacie - CT

SVLZ – zobrazovacie	
Cena bodu	
Špecializačný odbor	Cena bodu v €
CT – počítačová tomografia – typ ZS 420 – Klaster 3	0,004114

1.4. SVLZ – zobrazovacie - MR

Cena bodu		
Špecializačný odbor	Základná cena bodu v €	Zvýhodnená cena bodu v €*
MR – magnetická rezonancia typ ZS 421 – prístroje s magnetickou indukciou minimálne 1,5T	0,004232	0,005527

*závisí od splnenia hodnotiacich parametrov pre typ ZS 421 – magnetická rezonancia

Hodnotiace parametre pre typ ZS 421 – magnetická rezonancia					
	Parameter	Kritérium splnenia	Pásmo plnenia parametra	Váha	Plnenie
Inovácie a dostupnosť	Dostupnosť	Poskytovateľ na pracovisku magnetickej rezonancie poskytuje zdravotnú starostlivosť po celé hodnotené obdobie v rozsahu aspoň 70 hodín týždenne. Pracovisko musí mať reálnu kapacitu lekárov tak, aby vedeli zabezpečiť popis k rozsahu ordinačných hodín. Parameter je splnený v prípade, ak poskytovateľ spĺňa obe podmienky kumulatívne.	Bez pásiem (plní/neplní)	10%	32% fixne do 30.6.2023 bez ohľadu na reálne plnenie. Platí výlučne pre kód poskytovateľa: P70249023505
	eZdravie	Poskytovateľ pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti vedie zdravotnú dokumentáciu v súlade s ustanovením § 19 a nasl. Zákona č. 576/2004 Z. z. a súčasne zasiela údaje zo zdravotnej dokumentácie elektronickou formou do elektronickej zdravotnej knižky (EZK) v rozsahu § 5 Zákona č. 153/2013 Z. z.	Bez pásiem (plní/neplní)	15%	
	Resnimkovanie	Podiel duplicitných výkonov vykázaných v rozpätí 21 dní s rovnakou diagnózou na URČ porovnané na celoslovenský priemer v Hodnotenom období.	Bez pásiem (plní/neplní)	7%	
Spolu "Inovácie a dostupnosť"				32%	
Technické parametre	Vek prístroja	vek prístroja do 10 rokov (vrátane technický upgrade)	Bez pásiem (plní/neplní)	15%	Reálne plnenie poskytovateľa
	Sila magnetického poľa	sila prístroja 2,8T a viac	Bez pásiem (plní/neplní)	25%	Reálne plnenie poskytovateľa
	Amplitúda gradientného systému	maximálna dosiahnuteľná amplitúda 45 mT/m a viac	Bez pásiem (plní/neplní)	10%	Reálne plnenie poskytovateľa
	Slew rate gradientného systému	maximálny dosiahnuteľný slew rate 200 T/m/s a viac	Bez pásiem (plní/neplní)	5%	Reálne plnenie poskytovateľa
	Najužší bod snímanej oblasti (gantry)	najužší bod snímanej oblasti (gantry) viac ako 65 cm	Bez pásiem (plní/neplní)	5%	Reálne plnenie poskytovateľa
	Software (ďalej SW)	Posledná verzia SW (nový/upgrade) nemôže byť staršia viac ako 3 roky	Bez pásiem (plní/neplní)	8%	Reálne plnenie poskytovateľa

Spolu "Technické zabezpečenie"	68%
--------------------------------	-----

Proces vyhodnocovania – časový rámec:

Metodikou a špecifiká aplikované pri výpočte jednotlivých hodnotiacich parametrov zverejní poisťovňa na svojom webovom sídle.

Poisťovňa na základe údajov zo svojho informačného systému, od poskytovateľa a z Národného centra zdravotníckych informácií vyhodnotí, či poskytovateľ splnil hodnotiace parametre podľa vyššie uvedenej tabuľky.

Hodnoteného obdobia: Plávajúci polrok, vždy k 30.6. a 31.12. príslušného roka. Pre technické parametre: plávajúci rok, vždy k 31.12. príslušného roka resp. v prípade žiadosti na prehodnotenie od poskytovateľa aj v priebehu Hodnoteného obdobia.

Vyhodnocovacie obdobia: Kalendárny štvrťrok, ktorý bezprostredne nasleduje Hodnotenému obdobiu.

Platnosť vyhodnotenia: Prvý deň kalendárneho štvrťroka, ktorý bezprostredne nasleduje po Vyhodnocovacom období, vždy od 1.4. a 1.10. príslušného roka.

Proces vyhodnocovania parametrov z okruhu "Dostupnosť a Inovácie"

Hodnoteného obdobia	Vyhodnocovacie obdobia	Platnosť vyhodnotenia
od 1.7.2023 do 31.12.2023	od 1.1.2024 do 31.3.2024	od 1.4.2024
od 1.1.2024 do 30.6.2024	od 1.7.2024 do 30.9.2024	od 1.10.2024

Proces vyhodnocovania parametrov z okruhu "Technické zabezpečenie"

Hodnoteného obdobia	Vyhodnocovacie obdobia	Platnosť vyhodnotenia
do 20.5.2023	v mesiaci apríl 2023	od 1.6.2023
do 31.12.2023	od 1.1.2024 do 31.3.2024	od 1.4.2024
do 31.12.2024	od 1.1.2025 do 31.3.2025	od 1.4.2025*

Poisťovňa a poskytovateľ sa dohodli, že pri prvom procese vyhodnocovania sú v tabuľkách vymedzené odchýlne dojednania dátumového rozhrania v porovnaní so stanovenou metodikou, avšak dôvodom je, aby metodika týkajúca sa procesu vyhodnocovania časovo korešpondovala s dátumom implementácie hodnotiacich parametrov a zároveň bola v súlade s termínom na predloženie požadovaných dokladov zo strany poskytovateľa. Pre vylúčenie akýchkoľvek pochybností platí, že pre ďalšiu aktualizáciu dátumov v tabuľkách nie je potrebné uzatvoriť dodatok k zmluve, nakoľko sa bude postupovať v zmysle časového rámca uvedeného v metodike jednotlivých hodnotiacich parametrov."

Cena za výkon

Kód výkonu	Názov výkonu	Cena za výkon v €	Indikačné kritéria
H4004	Kardio MR - CMR Špeciálne MR vyšetrenie srdca na MR prístroji s magnetickou indukciou 3T. Výkon sa vykazuje samostatne. Výkon môže indikovať lekár s odbornosťou kardiológia, detská kardiológia, vnútorné lekárstvo alebo kardiochirurgia príslušného ústavného zariadenia na posúdenie viability myokardu, pri vrodených srdcových chybách, kardiomyopatiách, tumoroch a cystách srdca, chlopňových chybách, pri ochoreniach perikardu a ischemickej chorobe srdca (ICHS).	408,00	
H4005	MR spektroskopia Doplnkové MR vyšetrenie v rôznych anatomických lokalizáciách na MR prístroji s magnetickou indukciou 3T. Výkon sa vykazuje ako priložiteľná položka ku konvenčnému výkonu č. 5600, 5611b alebo 5612. Výkon môže indikovať lekár s odbornosťou neurochirurgia, mamológia, radiačná onkológia, klinická onkológia, urológia, neurológia, detská neurológia, onkologická urológia, psychiatria.	310,00	<u>Urologické indikácie:</u> pri negatívnej biopsii prostaty s nárastom PSA pri biopsii dokázanom karcinóme prostaty na posúdenie operability, pri manažmente nízkorizikového karcinómu prostaty a pre včasné zachytenie lokálnej recidívy po liečbe. <u>Gynekologické indikácie:</u> pri skríningu karcinómu prsníkov s dokázaným vysokým genetickým

			rizikom, predoperačný staging karcinómu prsníkov. <u>Neurologické indikácie:</u> diferenciálna diagnostika lézií v mozgu, predoperačné vyšetrenie, post-terapeutické sledovanie a metabolické ochorenia.
H4006	MR perfúzia Doplnkové dynamické MR rôznych anatomických lokalizáciách za účelom kvantifikácie perfúzie na MR prístroji s magnetickou indukciou 3T. Výkon sa vykazuje ako pripočítateľná položka ku konvenčnému výkonu č. 5610, 5612b, 6001, 6002. Výkon môže indikovať lekár s odbornosťou vnútorné lekárstvo, kardiológia, detská kardiológia, kardiochirurgia, angiológia a cievna chirurgia.	310,00	<u>Indikácie:</u> - posúdenie viability myokardu (pokojová, stresová); - pri vrodených srdcových chybách, kardiomyopatiách, tumoroch a cystách srdca, chlopňových chybách - pri ochoreniach perikardu a ischemickej chorobe srdca (ICHs)
H4007	MR volumetria Doplnkové MR vyšetrenie na post-procesingové stanovenie objemu sledovanej lézie. Výkon sa vykazuje ako pripočítateľná položka ku konvenčnému výkonu č. 5600. Výkon môže indikovať lekár s odbornosťou neurochirurgia, klinická onkológia, neurológia, detská neurológia, radiačná onkológia.	204,00	
H4008	Funkčné MR mozgu Funkčné doplnkové MR vyšetrenie mozgu na MR prístroji s magnetickou indukciou 3T. Výkon sa vykazuje ako pripočítateľná položka ku konvenčnému výkonu č. 5600. Výkon môže indikovať lekár s odbornosťou neurochirurgia, psychiatria, neurológia, detská neurológia.	408,00	

Pripočítateľná položka k výkonom MR – vykazovanie výkonov anestézie u detí v rámci diagnostického výkonu magnetická rezonancia – viazaná na typ starostlivosti 421

Kód	Názov	Cena v €
ANESM	ANESM – anestézia u detí viazaná na typ starostlivosti 421 (1 x denne)	45,00

Výkon anestézie je potrebné vykazovať v dávke 753:

- zahŕňa samotný výkon anestézie vrátane podaných anestetík, iných liekov a zdravotníckych pomôcok a nasledujúcu poanestetickú starostlivosť,
- nevyhnutnou podmienkou je viazanosť na odbornosť anestéziológa a materiálo-technické a priestorové zabezpečenie,
- za podanie anestézie v zmysle vyššie uvedeného sa nepovažuje podanie jednoduchej sedácie, resp. analgosedácie,
- v rámci priamej revízie môže byť akceptovaná anestézia len na základe anestetického záznamu,
- podanie anestézie môže byť vykázané len pre detskú populáciu a maximálne 1x denne.

1.5. SVLZ – ostatné

SVLZ – ostatné				
Cena bodu				
Kód odb.	Kód výkonu	Názov, charakteristika alebo podmienky úhrady výkonu	Počet bodov	Cena bodu v €
	516	Vybrané výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ) z časti FYZIATRIA BALNEOTERAPIA A LIEČEBNÁ REHABILITÁCIA.	180	0,013166
	518		350	
	523a		145	
	530		180	
	531		220	
	540		180	
	541		350	

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

Kontrola dodržiavania povinností poskytovateľa:

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

Tabuľka – Vybrané skiagrafické RTG výkony

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

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

Pracovisko		P70249023501			
Typ ZS	Odbornosť	Klaster	Cena bodu v €	Vykazovanie pripočítateľných položiek	
				PACS	FOTO
400	023	3	0,013876	s nulovou cenou	nevykazovať

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

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

Tabuľka – rozsah údajov o ožiarení

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

027, 378, 844, 846	542 509a 512 513 514a 522 532 533a		300 220 130 250 450 290 300 450	0,014515
027, 378, 844, 846	-	Výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ okrem vybraných výkonov) z časti FYZIATRIA BALNEOTERAPIA A LIEČEBNÁ REHABILITÁCIA.	-	0,009080
187	-	Ostatné výkony SVLZ (zobrazovacie diagnostické metódy – typ ZS 400), okrem SVLZ – laboratórne, SVLZ – zobrazovacie a SVLZ – FBLR	-	0,006971
705	-	Invazívna katéetrová diagnostika a liečba porúch srdcového rytmu	-	0,007303

1.6. Maximálne ceny pripočítateľných položiek k výkonom SVLZ

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

Maximálne ceny pripočítateľných položiek - filmov a PACS archivácie pri výkonoch RTG (typ ZS 400)	
FOTO	Cena v €
FOTO01 - Snímok rozmer 3 x 4 (stomatologický)	0,37
FOTO02 - Snímok rozmer 15 x 30 (stomatologický)	0,66
FOTO03 - Snímok rozmer 18 x 24	0,50
FOTO04 - Snímok rozmer 24 x 30	0,83
FOTO05 - Snímok rozmer 35 x 35	1,43
FOTO06 - Snímok rozmer 30 x 40	1,33
FOTO07 - Snímok rozmer 35 x 43	1,73
FOTO08 - Snímok rozmer 24 x 30 (pre mamografiu)	1,83
FOTO09 - Snímok rozmer 18 x 24 (pre mamografiu)	1,10
FOTO10 - Snímok rozmer A4	0,76
FOTO11 - Snímok rozmer 14 x 17 inch laser	5,97
FOTO12 - Snímok rozmer 8 x 10 inch laser	1,53
FOTO13 - Snímok rozmer A3	2,82
FOTO14 - Snímok rozmer 13 x 18	0,33
FOTO15 - Snímok rozmer 15 x 40	0,76
FOTO16 - Snímok rozmer 5 x 7 (axiálna projekcia)	2,32
FOTO17 - Snímok rozmer 18 x 43	0,86
FOTO18 - Snímok rozmer 20 x 40	0,93
Poskytovateľ vykáže k jednotlivým výkonom rádiológie reálny počet snímkov a kódové označenie použitých snímkov, ktoré použil pri výkone.	
PACS archivácia	
Úhrada PACS archivácie pri výkonoch v rádiológii vykazovanej v zmysle platného dátového rozhrania je ocenená paušálnou cenou 0,93 € pri každom realizovanom výkone.	

1.7. Osobitné ustanovenia o spôsobe a podmienkach úhrady vybraných skiagrafických RTG výkonov

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

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

**Príloha č. 1o
k Zmluve č. 62NVSC000123**

**Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti
od 1.6.2023 do 31.5.2024**

Časť A. Ústavná zdravotná starostlivosť

ČI. I Zložky úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť (ceny)

1. DRG relevantné odbornosti

Ústavná zdravotná starostlivosť poskytnutá poistencovi na oddelení s odbornosťou, ktoré je v zmysle usmernenia Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej len „ÚDZS“) zaradené do vykazovania a úhrad podľa SK-DRG systému (ďalej len „DRG relevantné odbornosti“).

Úhrada za ústavnú zdravotnú starostlivosť na DRG relevantných odbornostiach je uvedená v prílohe č. 2o – Rozsah zdravotnej starostlivosti.

1.1. Základné pojmy

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

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

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

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.

Pravidlá kódovania sú pravidlá kódovania chorôb a zdravotných výkonov, ktoré sa poskytovateľ zaväzuje dodržiavať. Ustanovuje výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky zo 17. decembra 2015 č. 09467/2015.

Základná sadzba je suma v absolútnej hodnote, ktorá je uhrádzaná podľa klasifikačného systému za jednotlivý Hospitalizačný prípad s relatívnou váhou 1,0. Výška základnej sadzby je stanovená Centrom pre klasifikačný systém vo výške zverejnenej na webovej stránke <http://www.cksdrg.sk>.

Relatívna váha je hodnota uvedená pri príslušnej diagnosticko-terapeutickej skupine v katalógu prípadových paušálov platného ku dňu prijatia poistenca do ústavného zdravotníckeho zariadenia. Je relatívnym vyjadrením priemerných nákladov na hospitalizačný prípad príslušnej DRG skupiny

Katalóg prípadových paušálov je zoznam jednotlivých DRG skupín, ktorý obsahuje relatívne váhy a ďalšie údaje relevantné pre DRG účtovanie, 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 prí 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.

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

Ošetrovacia doba je počet dní pobytu pacienta (medicínsky odôvodneného v zdravotnej dokumentácii) v jednom ústavnom zdravotníckom zariadení (nemocnici) na DRG relevantných oddeleniach, pričom sa do celkového počtu ošetrovacích dní nezapočíta deň prepustenia alebo prekladu pacienta. Do ošetrovacej doby sa nezapočítavajú dni na priepustke.

1.2. Podmienky akceptácie a úhrady ústavnej zdravotnej starostlivosti na DRG relevantných odbornostiach

- 1.2.1. Úhrada za Hospitalizačný prípad je daná súčinom základnej sadzby a efektívnej relatívnej váhy v súlade s platnými dokumentmi vydanými Centrom pre klasifikačný systém v znení platnom v čase prijatia poistenca do zdravotníckeho zariadenia ústavnej zdravotnej starostlivosti: Definičná príručka, Katalóg prípadových paušálov, Pravidlá kódovania, Kalkulačná príručka ako aj ďalšie nevyhnutne súvisiace dokumenty vydané Centrom pre klasifikačný systém.
- 1.2.2. Úhrada za Hospitalizačný prípad u poskytovateľa zahŕňa úhradu za akceptovanú komplexnú zdravotnú starostlivosť (vrátane nákladov na lieky, zdravotnícke pomôcky, dietetické potraviny a špeciálny zdravotnícky materiál, tkanivá a bunky poskytované pri transplantáciách, materské mlieko, transfúzne lieky), ak z medicínskeho hľadiska tieto mali byť podané poistencovi počas trvania Hospitalizačného prípadu:
- poskytnutú pacientovi poskytovateľom zdravotnej starostlivosti počas Hospitalizačného prípadu,
 - poskytnutú pacientovi iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti počas Hospitalizačného prípadu na základe žiadanky alebo výmenného lístka vystaveného poskytovateľom,
 - poskytnutú aj po ukončení Hospitalizačného prípadu, ak žiadanka alebo výmenný lístok na poskytnutú zdravotnú starostlivosť boli vystavené počas Hospitalizačného prípadu.
- 1.2.3. Úhrada za Hospitalizačný prípad nezahŕňa úhradu za:
- poskytnutú zdravotnú starostlivosť na základe žiadanky alebo výmenného lístka, ak neboli vystavené počas Hospitalizačného prípadu,
 - pripočítateľné položky zverejnené v Katalógu prípadových paušálov,
 - komplexnú zdravotnú starostlivosť v ambulancii záchrannéj zdravotnej služby pri preprave novorodencov a detí,
 - dopravnú službu (DS),
 - virtuálnu záchrannú zdravotnú službu (VZZS),
 - záchrannú zdravotnú službu (ZZS)
 - 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,
 - vybraný špeciálny zdravotnícky materiál uvedený v bode 1.2.7
- 1.2.4. 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.
- 1.2.5. Poskytovateľ za zaväzuje vykazať mesačne všetky hromadné dávky poskytnutej ústavnej zdravotnej starostlivosti (typ ZS 60*) na jednej faktúre, ktorej súčasťou budú aj opravné a aditívne dávky poskytnutej ústavnej zdravotnej starostlivosti z predchádzajúcich období.
- 1.2.6. Poskytovateľ zaradený v systéme vykazovania poskytnutej ústavnej zdravotnej starostlivosti podľa DRG, vykazuje ústavnú zdravotnú starostlivosť za všetkých poistencov EÚ (okrem poistencov SR) ošetrovaných v príslušnom mesiaci v jednej samostatnej faktúre v súlade s platným metodickým usmernením Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.
- 1.2.7. Zmluvné strany sa dohodli, že vybraným špeciálnym zdravotníckym materiálom (ďalej len „vybrané ŠZM“) sa rozumie:

Kód poisťovne	Kód ŠUKL	Popis
X02638	P88331	Podpora cirkulačná HeartWare®
X03807	P95172	Thoratec HeartMate 3 LVAS
X02269	P91864	Thoratec HeartMate II LVAS
X04751	P99277	Systém ventrikulárny asistenčný Jarvik 2000

Poisťovňa posudzuje použitie vybraného ŠZM definovaného v tomto bode, ako aj vybraného nekategorizovaného ŠZM, individuálne na unikátnej rodné číslo poistenca, a až na základe žiadosti, po jeho schválení poisťovňou môže byť uskutočnená úhrada. Poisťovňa uhrádza skutočné náklady súvisiace s obstaraním ŠZM, maximálne však do výšky maximálnej ceny kategorizovaného ŠZM podľa Zoznamu kategorizovaného ŠZM s maximálne stanovenou cenou zverejnenou na webovej stránke poisťovne.

Vybraný ŠZM definovaný v tomto bode, ako aj vybraný nekategorizovaný SZM, je považovaný za mimoriadne finančne náročnú zdravotnú starostlivosť, v zmysle Prílohy 2o je hračené nad rámec PRUZZ.

ŠZM podľa tohto bodu je poskytovateľ povinný vykazať poisťovní v samostatnej faktúre.

- 1.2.8. Poskytovateľ zaradený v systéme vykazovania poskytnutej ústavnej zdravotnej starostlivosti podľa DRG vykazuje pripočítateľné položky k hospitalizačným prípadom podľa dokumentu „Pripočítateľné položky DRG“ platný pre aktuálny kalendárny rok, ktorý je zverejnený na webovej stránke poisťovne (www.vszp.sk). V prípade, že pripočítateľné položky nebudú poisťovní vykázané spôsobom podľa predchádzajúcej vety, poisťovňou akceptované nebudú. V prípade podania liekov, ktoré obstarala poisťovňa centrálnym nákupom, poskytovateľ vykazuje pripočítateľnú položku s nulovou cenou.
- 1.2.9. Pripočítateľné položky s typom úhrady B sú hračené, ak sa na úhrade a cene týchto pripočítateľných položiek Poisťovňa a Poskytovateľ dohodli. Ak cena pre úhradu nebola pevne stanovená je Poskytovateľ oprávnený Poisťovňu vopred písomne požiadať o jej dohodnutie. Postup je uvedený v bode 1.2.10.
- 1.2.10. Zmluvné strany sa dohodli, v prípade, že pripočítateľná položka, ktorej pevná cena nie je stanovená v Katalógu prípadových paušálov a ani v dokumente „Pripočítateľné položky DRG“ platnom pre aktuálny kalendárny rok (ďalej len „dokument“), ktorý je zverejnený na webovej stránke poisťovne (www.vszp.sk), je poskytovateľ oprávnený poisťovňu vopred písomne požiadať o jej dohodnutie. V prípade, ak zo strany poskytovateľa ide o použitie pripočítateľnej položky, ktorá nemá stanovenú alebo dohodnutú cenu v súvislosti s poskytnutím neodkladnej zdravotnej starostlivosti, poskytovateľ môže poisťovňu požiadať o dohodnutie ceny pripočítateľnej položky aj dodatočne, najneskôr však do päť pracovných dní od poskytnutia tejto neodkladnej zdravotnej starostlivosti. V žiadosti je poskytovateľ povinný predložiť doklady (nadobúdacie doklady) preukazujúce nadobúdajúcu cenu pripočítateľnej položky – poisťovňa je v prípade potreby oprávnená vyžiadať si od poskytovateľa aj ďalšie relevantné doklady. Poisťovňa žiadosť poskytovateľa posúdi a v prípade, že jej vyhoví, túto skutočnosť poskytovateľovi písomne oznámi. Cena danej pripočítateľnej položky sa tým považuje za dohodnutú. Poisťovňa následne takto dohodnutú cenu pripočítateľnej položky platnú pre všetkých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti zverejní v dokumente, pričom zverejnená cena je odo dňa jej zverejnenia, resp. odo dňa uvedeného v dokumente. Poisťovňa si vyhradzuje právo na prehodnotenie dohodnutej ceny pripočítateľnej položky najmä v prípade, kedy nadobudne vedomosť o nižšej nadobúdajúcej cene danej pripočítateľnej položky ako je uvedená v dokumente.
- 1.2.11. V prípade hospitalizácie, ktorej doba presiahne 6 po sebe nasledujúcich kalendárnych mesiacov a stav pacienta nedovoľuje jeho prepustenie do domácej starostlivosti, poskytovateľ je povinný pred uplynutím 6. mesiaca hospitalizácie pacienta poisťovňu požiadať o schválenie úhrady zdravotnej starostlivosti cenou ošetrovacieho dňa. V prípade schválenia úhrady cenou ošetrovacieho dňa poskytovateľ Hospitalizačný prípad ukončí posledným dňom 6. mesiaca a od prvého dňa 7. mesiaca bude ústavná zdravotná starostlivosť v prípade tohto pacienta uhrádzaná formou ceny ošetrovacieho dňa. Cena ošetrovacieho dňa bude zo strany poisťovne určená až po posúdení náročnosti zdravotnej starostlivosti.
- 1.2.12. 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	Stredná hodnota ošetrovacej doby	Zníženie RV pri OD kratšej ako dolná hranica		Zvýšenie RV pri OD dlhšej ako horná hranica		Zníženie RV pri externom preložení	Prekladový prípadový paušál	Výnimka pri opätovnom prijatí
				Dolná hranica ošetrovacej doby	Relatívne váhy / deň	Horná hranica ošetrovacej doby	Relatívne váhy / deň			
B76A	Záchvaty, viac ako jeden deň hospitalizácie, s komplexnou diagnostikou a liečbou	0,8776	-	2	-	10	0,0358	-	x	x
E76A	Tuberkulóza, viac ako 14 ošetrovacích dní	2,682	-	20	0,1616	42	0,0323	-	x	x
B61B	Určité akútne ochorenia a poranenia miechy bez komplexného výkonu alebo viac ako 13 dní ošetrovacích dní alebo žiadne preloženie ďalej	1,9168	-	2	0,0875	30	0,035	-	x	x
	Ostatné DRG skupiny bez určenej relatívnej váhy v platnom Katalógu prípadových paušálov	1,21	-	-	-	-	-	-	-	-

1.3. Ustanovenia o revíznej činnosti

- 1.3.1. Ak poisťovňa kontrolou zdravotnej starostlivosti uhrádzanej podľa klasifikačného systému zistí, že poskytovateľ porušil pravidlá kódovania podľa dokumentov vydaných Centrom pre klasifikačný systém v znení platnom v čase prijatia poistenca do zdravotníckeho zariadenia ústavnej zdravotnej starostlivosti, Hospitalizačný prípad bude poisťovňou zamietnutý. Poskytovateľ si však môže vykázať Hospitalizačný prípad opätovne v súlade s pravidlami kódovania.
- 1.3.2. V prípade rozdielnych názorov zmluvných strán na správnosť kódovania majú možnosť požiadať Centrum pre klasifikačný systém – Odbornú pracovnú skupinu pre sporné situácie v SK-DRG o overenie správnosti kódovania hospitalizačného prípadu.
- 1.3.3. Po vykonaní kontroly v jednotlivých prípadoch sa postupuje podľa bodu 7.9. zmluvy; postupom podľa Všeobecných zmluvných podmienok v platnom znení je poisťovňa zároveň oprávnená uplatniť si u poskytovateľa zmluvnú pokutu vo výške súčinu základnej sadzby s rozdielom medzi evidovanou relatívnou váhou za zdravotnú starostlivosť jednotlivého prípadu vykázaného poskytovateľom a relatívnou váhou za zdravotnú starostlivosť správne vykázaného hospitalizačného prípadu podľa zistení kontroly poisťovne.
- 1.3.4. Poskytovateľ je povinný poskytovať zdravotnú starostlivosť správne a vykazovať ju na úhradu zdravotnej poisťovni tak, aby nedochádzalo k zvýšeniu finančnej náročnosti Hospitalizačného prípadu. Poisťovňa bude akceptovať kontinuálne poskytovanú zdravotnú starostlivosť, ktorá je adekvátne aktuálnemu zdravotnému stavu poistenca.
- 1.3.5. Po ukončení Hospitalizačného prípadu je poskytovateľ povinný vyhotoviť prepúšťaciu správu (táto zásada platí aj pri preklade pacienta na iné oddelenie), ktorá okrem komplexného zhodnotenia zdravotného stavu poistenca a súhrnu výkonov poskytnutej zdravotnej starostlivosti musí obsahovať aj:
 - a) zoznam liekov, ktoré poskytovateľ podal poistencovi počas hospitalizácie,
 - b) zoznam liekov a zdravotníckych pomôcok, ktoré poskytovateľ odporúča predpisovať poistencovi po ukončení hospitalizácie,
 - c) mená a kódy lekárov - špecialistov, ktorí odporúčali predpísanie liekov za podmienky dodržania preskripčných a indikačných obmedzení podľa písmena b) tohto bodu,
 - d) medicínske zdôvodnenie prekladu na iné oddelenie, resp. do iného zdravotníckeho zariadenia,
 - e) ID, dátum a čas začiatku Hospitalizačného prípadu,
 - f) ID, dátum a čas začiatku a ukončenia Hospitalizačného prípadu, ak Hospitalizačný prípad bol ukončený.
- 1.3.6. 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.

1.4 Osobitné podmienky akceptácie a úhrady ústavnej zdravotnej starostlivosti – eHospik

- 1.4.1. Poskytovateľ je povinný prostredníctvom ePobočky posielat poisťovni najmenej jedenkrát počas pracovného dňa údaje potrebné na vedenie zoznamu poistencov za účelom poskytnutia ústavnej zdravotnej starostlivosti (ďalej len: „hospitalizácia“), v štruktúre (dátovom rozhraní – dávka 901) určenej poisťovňou a zverejnenej na internetovej stránke poisťovne; to neplatí, ak poskytovateľ počas pracovného dňa neprijal a ani neukončil hospitalizáciu žiadneho pacienta.
- 1.4.2. Poisťovňa je povinná vyjadriť sa k nahláseným plánovaným hospitalizáciám poskytovateľa do 5 pracovných dní od ich nahlásenia.
- 1.4.3. Poisťovňa je povinná na požiadanie poskytnúť poskytovateľovi programové vybavenie programu eHospik. Poskytovateľ môže namiesto programu eHospik použiť vlastné programové vybavenie, ktoré vytvára dávku 901.
- 1.4.4. Poskytovateľ, ktorý prijal pacienta na hospitalizáciu v dôsledku potreby poskytnúť mu neodkladnú zdravotnú starostlivosť, je povinný oznámiť túto skutočnosť poisťovni prostredníctvom dávky 901 najneskôr v pracovný deň bezprostredne nasledujúci po dni začatia hospitalizácie.
- 1.4.5. 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.
- 1.4.6. 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.
- 1.4.7. 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 úhrada v súlade s Metodickým usmernením – Zúčtovanie hospitalizačných prípadov v systéme úhrad podľa SK-DRG.
- 1.4.8. Za hospitalizáciu, ktorou poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť v rozpore s bodmi 1.4.1., 1.4.4., 1.4.5. alebo 1.4.6. tejto časti, poisťovňa poskytovateľovi uhradí 100% z ceny ukončenej hospitalizácie na príslušnom oddelení, alebo z ceny výkonov uhrádzaných v ústavnej starostlivosti. Zmluvné strany sa dohodú, že za porušenie povinností poskytovateľa stanovených v bodoch 1.4.1., 1.4.4., 1.4.5. alebo 1.4.6. tejto časti, má poisťovňa nárok uplatniť si u poskytovateľa zmluvnú pokutu vo výške 100 EUR za každé jedno porušenie.
- 1.4.9. Zasielaním údajov o hospitalizáciách alebo akceptovaním hospitalizácie v dávke 901 nie sú dotknuté ustanovenia uvedené v časti Podmienky akceptácie a úhrady ústavnej zdravotnej starostlivosti.

**Príloha č. 1p
k Zmluve č. 62NVSC000123**

**Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti
od 1.6.2023 do 31.5.2024**

Časť A. Lekárska starostlivosť

V zmysle bodu 2.1. zmluvy je predmetom zmluvy zabezpečovanie poskytovania a úhrady zdravotnej starostlivosti, lekárskej starostlivosti a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, v cenách, rozsahu a za podmienok stanovených v zmluve, jej prílohách a Všeobecných zmluvných podmienkach, ktoré sú zverejnené na webovom sídle poisťovne www.vszp.sk pod názvom „Všeobecné zmluvné podmienky účinné od 1. 7. 2022“ (ďalej aj len „VZP“) a tvoria prílohu č. 6 zmluvy. Odchylné dojednania zmluvy majú prednosť pred znením VZP.

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

Všeobecná časť

Lekárska starostlivosť zahŕňa:

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

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

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

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

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

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

Osobitná časť

Článok 1: Práva a povinnosti poskytovateľa

- a) poskytuje poisťovni lekársku starostlivosť vo verejnej lekárni v rozsahu činnosti stanovenej v povolení na poskytovanie lekárskej starostlivosti vydanom príslušným orgánom,

- b) prevádzkuje verejnú lekárňu v súlade so zákonom č. 362/2011 Z. z. a s ďalšími súvisiacimi platnými všeobecne záväznými právnymi predpismi,
- c) zodpovedá za to, že odborný zástupca vykonáva činnosť odborného zástupcu len na jednom mieste výkonu činnosti a že zdravotnícki pracovníci poskytujúci lekárenskú starostlivosť spĺňajú zákonom stanovené podmienky na poskytovanie tejto starostlivosti,
- d) dodržiava povinnosti stanovené v § 23 ods. 1 zákona č. 362/2011 Z. z., najmä:
 - da) poskytuje lekárenskú starostlivosť podľa zákona č. 362/2011 Z. z.,
 - db) dodržiava požiadavky správnej lekárenskej praxe,
 - dc) poskytuje odborné informácie o liekoch, zdravotníckych pomôckach, konzultuje určovanie a sledovanie liečebného postupu,
 - dd) vyberá od poisťencov poisťovne úhradu za humánne lieky, zdravotnícke pomôcky a diietické potraviny čiastočne uhrádzané na základe verejného zdravotného poistenia pri zachovaní stanoveného pomeru úhrady poisťovne a poistenca poisťovne s výnimkou postupu podľa § 89 ods. 2 zákona č. 363/2011 Z. z.,
 - de) uvádza na doklade z registračnej pokladne údaj o výške prepočítaného doplatku za najlacnejší náhradný liek, ak sa tento započítava do úhrnnej výšky úhrad poistenca poisťovne podľa osobitného predpisu,
 - df) pri výdaji lieku, zdravotníckej pomôcky alebo diietickej potraviny na základe lekárskeho predpisu alebo lekárskeho poukazu, ktoré sú čiastočne alebo úplne uhrádzané na základe verejného zdravotného poistenia, overíť zhodu údajov na lekárskom predpise alebo lekárskom poukaze s údajmi v preskripčnom zázname a s údajmi na preukaze poistenca, občianskom preukaze s elektronickým čipom alebo doklade o pobyte s elektronickým čipom a ak zistí nesprávnosť údajov lekárskeho predpisu alebo lekárskeho poukazu v mene, priezvisku, rodnom čísle alebo v číselnom kóde zdravotnej poisťovne, pričom pôjde o zjavnú chybu v písaní, vykonať opravu týchto údajov na lekárskom predpise alebo lekárskom poukaze, inak je oprávnený lekársky predpis alebo lekársky poukaz odmietnuť,
- e) zabezpečí pri zaobchádzaní s liekmi, zdravotníckymi pomôckami a diietickými potravinami podmienky pre zachovanie ich kvality, účinnosti a bezpečnosti,
- f) vydá liek, diietickú potravinu a zdravotnícku pomôcku len na preskripčný záznam, výpis z preskripčného záznamu, lekárske predpisy, výpisy z lekárskeho predpisu a lekárske poukazy, ktoré spĺňajú náležitosti podľa zákona č. 362/2011 Z. z., s výnimkou dôležitých liekov, o ktorých vydaní rozhodne osoba oprávnená vydať liek,
- g) vydá liek, zdravotnícku pomôcku, diietickú potravinu na základe preskripčného záznamu, ak bol liek, zdravotnícka pomôcka, diietická potravina predpísaná elektronicky vytvorením preskripčného záznamu,
- h) na základe lekárskeho poukazu vydá poisťencovi poisťovne len zdravotnícku pomôcku platne registrovanú alebo evidovanú Štátnym ústavom pre kontrolu liečiv (ďalej len „ŠŤUKL“) v súlade s § 110 zákona č. 362/2011 Z. z.,
- i) lieky, zdravotnícke pomôcky alebo diietické potraviny, ktoré tvoria osobitné prípady úhrad a vyžadujú predchádzajúci súhlas poisťovne s ich úhradou, vydá poskytovateľ iba v prípade, ak na zadnej strane lekárskeho predpisu je predpisujúcim lekárom uvedené evidenčné číslo žiadosti, dátum schválenia, meno a priezvisko revízneho lekára, ktorý žiadosť schválil. V prípade, že ide o preskripčný záznam, na ktorom nie sú tieto údaje uvedené, musí mať označenie „PRODUKT NA VÝNIMKU“,
- j) vedie riadne a v súlade so skutočným stavom kusovú evidenciu liekov, zdravotníckych pomôcok a diietických potravín a systém kusovej evidencie sprístupní poisťovní na požiadanie tak, aby poisťovňa mohla účinne skontrolovať správnosť predpisovania a výdaja; na požiadanie sprístupní poisťovní všetky doklady o nadobudnutí liekov, zdravotníckych pomôcok a diietických potravín a umožní súčasne kontrolu skladových zásob, údaje o počtoch všetkých vydaných liekov, zdravotníckych pomôcok a diietických potravín v kontrolovanom období za všetky zdravotné poisťovne,
- k) ak poistenec poisťovne nepredloží občiansky preukaz s elektronickým čipom, ak ho má vydaný, preukaz poistenca alebo európsky preukaz zdravotného poistenia, poskytovateľ môže vydať liek, diietickú potravinu alebo zdravotnícku pomôcku len za plnú úhradu poisťencom poisťovne; poskytovateľ nemá v takom prípade voči poisťovní nárok na úhradu,
- l) je povinný plniť vlastné daňové povinnosti podľa § 78 zákona č. 222/2004 Z. z. o dani z pridanej hodnoty v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 222/2004 Z. z.“) tak, aby poisťovňa nebola zaviazaná na plnenie ručenia za daň v zmysle § 69b tohto zákona,
- m) je povinný na základe údajov uvedených na preskripčných záznamoch, dispenzačných záznamoch, lekárskeho predpisu a lekárskeho poukazu fakturovať lekárenskú starostlivosť poskytnutú v účtovacom období riadne, správne, pravdivo, úplne a bez formálnych nedostatkov v súlade s platnými právnymi predpismi a zmluvnými podmienkami,
- n) je povinný poskytovať lekárenskú starostlivosť priamo vo verejnej lekárni, v pobočke verejnej lekárne tak, aby prostriedky zdravotného poistenia boli vynakladané účelne, efektívne, hospodárne a správne,
- o) oznamovať poisťovní trvalú zmenu otváracích hodín, ako aj akékoľvek ďalšie zmeny týkajúce sa zmluvného vzťahu medzi poskytovateľom a poisťovňou (napr. zmena odborného zástupcu),
- p) poskytovať lekárenskú starostlivosť prostredníctvom osôb, ktoré spĺňajú podmienky na výkon zdravotníckeho povolania v príslušnom odbore v súlade s platnou právnou úpravou,
- q) zabezpečiť zastupovanie v rozsahu povolenia počas svojej dočasnej neprítomnosti, a súčasne na viditeľnom mieste označiť poskytovateľa, ktorý ho bude zastupovať. Neprítomnosť poskytovateľa oznámi poisťovní bezodkladne, najneskôr do 5 dní odo dňa kedy nastala táto skutočnosť,
- r) spracovávať a vykazovať údaje z lekárskeho predpisu a lekárskeho poukazu správne, pravdivo, úplne, bez formálnych nedostatkov v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi tak, aby údaje z lekárskeho predpisu a lekárskeho poukazu poskytovali pravdivý a komplexný prehľad o preskribovaných liekoch, zdravotných pomôckach a diietických potravinách,

- s) postupovať v súlade s platným odborným usmernením MZ SR pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v oblasti poskytovania a úhrady vecných dávok podľa platnej legislatívy Európskej únie (ďalej len „EÚ“) pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti poistencom EÚ v Slovenskej republike,
- t) pri výdaji liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín dodržiavať všetky preskripčné obmedzenia, množstvom, finančné a časové limity stanovené v záväzných opatreniach MZ SR,
- u) vydať poistencovi poistovne predpísaný liek, zdravotnícku pomôcku alebo dietetickú potravinu, ktorých úhrada vyžaduje v súlade s platnými právnymi predpismi a zmluvou vydanie súhlasu revízného lekára poistovne, len ak je na zadnej strane uvedené evidenčné číslo vydaného súhlasu, dátum vydania súhlasu s úhradou, dobu trvania vydaného súhlasu, množstvo bal./ks, na ktorý je vydaný súhlas, meno a priezvisko revízného lekára, ktorý súhlas vydal a výšku úhrady poistovňou,
- v) vykazovať lekárenskú starostlivosť pravdivo podľa lekárenskej starostlivosti, ktorú poskytovateľ v skutočnosti poskytol. Lekárenskú starostlivosť, ktorú poskytovateľ pri objektívnom posúdení všetkých okolností reálne nemohol poskytnúť alebo neposkytol, sa považuje za lekárenskú starostlivosť vykázanú nepravdivo,
- w) zabezpečiť, aby výdajová pečiatka lekárne bola vyhotovená podľa aktuálne platného Metodického usmernenia Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou o pečiatkach lekárov, vybraných pracovníkov v zdravotníctve a poskytovateľov zdravotnej starostlivosti,
- x) zodpovedá za doručenie faktúry poistovni, pričom za deň doručenia faktúry sa považuje deň, kedy k zaslanej faktúre boli dodané do centra spracovania výkonov príslušného podľa miesta prevádzky poskytovateľa (ďalej aj ako „do poistovne“) lekárske predpisy a lekárske poukazy, ktoré sú neoddeliteľnou prílohou faktúry,
- y) je povinný, na základe osobitnej písomnej žiadosti poistovne, zabezpečiť uskladnenie liekov a zdravotníckych pomôcok obstaraných poistovňou na základe žiadosti poskytovateľa zdravotnej starostlivosti v zmysle § 6 ods. 13 písm. b) zákona č. 581/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov a zabezpečiť ich výdaj poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti v súlade s požiadavkami na správnu lekárenskú prax a zabezpečiť, aby nedošlo k ich poškodeniu alebo zneužitiu,
- z) sa zaväzuje dodržiavať povinnosti stanovené zákonom č. 153/2013 Z. z. o národnom zdravotníckom informačnom systéme a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,
- aa) je povinný bezodkladne vytvoriť dispenzačný záznam podpísaný zdokonaleným elektronickým podpisom v elektronickej zdravotnej knižke o vydanom humánnom lieku, ktorého predpis je viazaný na lekársky predpis, zdravotníckej pomôcke, dietetickej potravine, ktorá je uvedená v zozname kategorizovaných dietetických potravín, alebo zdravotníckej pomôcke, ktorá je uvedená v zozname kategorizovaných zdravotníckych pomôcok, ak je dietetická potravina alebo zdravotnícka pomôcka uhrádzaná na základe verejného zdravotného poistenia,
- bb) je oprávnený, v prípade záujmu poistenca poistovne, autentifikovať tohto poistenca za účelom aktivácie mobilnej aplikácie poistovne. Podrobnosti ohľadne postupu autentifikácie poistenca sú zverejnené na webovom sídle poistovne.

Článok 2: Práva a povinnosti poistovne

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

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

- a) Platnosť lekárskeho predpisu alebo preskripčného záznamu je
 - aa) sedem dní na hromadne vyrábaný humánný liek a individuálne pripravovaný humánný liek, ak neobsahuje protimikrobiálne antibiotikum, chemoterapeutikum, omamnú látku II. skupiny a psychotropnú látku II. skupiny a dietetickú potravinu,
 - ab) päť dní na humánný liek s obsahom omamnej látky II. skupiny a psychotropnej látky II. skupiny,
 - ac) tri dni na humánný liek s obsahom protimikrobiálneho antibiotika a chemoterapeutika,
 - ad) jeden deň na humánný liek predpísaný lekárom zubnolekárskej pohotovostnej služby, lekárom ambulantnej pohotovostnej služby a lekárom ústavnej pohotovostnej služby,
 - ae) pri preskripčnom zázname s poznámkou „REPETATUR“ najviac jeden rok.
- b) Platnosť preskripčného záznamu, ak ide o zdravotnícku pomôcku a lekárske poukazy je jeden mesiac. Platnosť preskripčného záznamu a lekárskeho poukazu na individuálne zhotovenie ortopedicko-protetickej zdravotníckej pomôcky na mieru alebo stomatologickej zdravotníckej pomôcky je tri mesiace.
- c) Poskytovateľ nevydá humánný liek, zdravotnícku pomôcku a dietetickú potravinu, ak nie sú splnené požiadavky § 120 ods. 1 zákona č. 362/2011 Z. z. o okrem dôležitého humánneho lieku, o vydaní ktorého rozhodne osoba oprávnená vydať humánný liek s prihliadnutím na naliehavosť podania humánneho lieku poistencovi poistovne, ak ide o bezprostredné ohrozenie života alebo hrozí závažné zhoršenie jeho zdravotného stavu.
- d) Pri výdaji humánneho lieku alebo dietetickej potraviny predpisanej na lekárskom predpise alebo pri výdaji zdravotníckej pomôcky predpisanej na lekárskom poukaze poskytovateľ, ktorý vydáva lieky, zdravotnícke pomôcky

a dietetickej potraviny je povinný vytvoriť dispenzačný záznam podľa § 121 ods. 3 písm. d) zákona č. 362/2011 Z. z. a potvrdiť výdaj humánneho lieku, zdravotníckej pomôcky alebo dietetickej potraviny svojím podpisom na lekárskom predpise alebo lekárskom poukaze, od tlačkom pečiatky verejnej lekárne alebo výdajne zdravotníckych pomôcok a dátumom výdaja; to neplatí, ak sa humánny liek, zdravotnícka pomôcka alebo dietetická potravina vydáva na základe preskripčného záznamu.

- e) Poskytovateľ, ktorý vydáva lieky, zdravotnícku pomôcku a dietetickú potravinu pri výdaji humánneho lieku, zdravotníckej pomôcky alebo dietetickej potraviny je povinná vyznačiť v dispenzačnom zázname časť ceny vydaného humánneho lieku, zdravotníckej pomôcky alebo dietetickej potraviny, ktorú uhrádza príslušná zdravotná poisťovňa, a časť ceny vydaného humánneho lieku, zdravotníckej pomôcky alebo dietetickej potraviny, ktorú uhrádza poistenec. Osoba oprávnená vydávať lieky pri výdaji humánneho lieku potvrdí v liekovej knižke poistenca výdaj humánneho lieku, ak ju poistencovi vydala zdravotná poisťovňa a poistenec ju pri výdaji humánnych liekov predložil; to neplatí, ak sa humánny liek, zdravotnícka pomôcka alebo dietetická potravina vydáva na základe preskripčného záznamu.
- f) Poskytovateľ je povinný pripojiť lekárske predpis a lekárske poukazy, na základe ktorého bol vydaný humánny liek, dietetická potravina alebo zdravotnícka pomôcka uhrádzaná z verejného zdravotného poistenia k faktúre, ktorú zašle poisťovni ak v tejto zmluve nie je uvedené inak. V prípade lekárskeho predpisu na lieky s obsahom omamnej látky II. skupiny je prvopis osobitného tlačiva lekárskeho predpisu povinnou prílohou faktúry podľa § 120 ods. 8 zákona č. 362/2011 Z. z.. V prípade poistencov EÚ je poskytovateľ povinný k faktúre ako prílohu pripojiť kópiu nárokového dokladu, ak sa poistenec iného štátu preukázal európskym preukazom alebo náhradným certifikátom a súčasne lekárske predpis alebo výpis z lekárskeho predpisu. Kópia nárokového dokladu sa nepredkladá za poistenca EÚ, ktorý sa preukázal preukazom zdravotnej poisťovne SR s označením „EÚ“, príslušným nárokovým dokladom zaevidovaným v slovenskej zdravotnej poisťovni.
- g) Poskytovateľ zodpovedá za správnosť výdaja podľa preskripčného záznamu lekárskeho predpisu a lekárskeho poukazu. Ak ide o výdaj humánneho lieku je osoba oprávnená vydávať lieky povinná kontrolovať správnosť dávkovania humánneho lieku z hľadiska prekročenia najvyššej jednotlivéj a dennej dávky liečiva a upozorniť na osobitné varovania pri užívaní a používaní humánneho lieku. Rovnako je osoba, ktorá vydáva humánny liek, zdravotnícku pomôcku alebo dietetickú potravinu na základe lekárskeho predpisu alebo lekárskeho poukazu, povinná kontrolovať správnosť údajov uvedených na lekárskom predpise alebo lekárskom poukaze s údajmi uvedenými v preskripčnom zázname; to neplatí, ak bol lekárske predpis alebo lekárske poukaz vystavený ručne.
- h) Ak má poskytovateľ, ktorý vydáva humánny liek, zdravotnícku pomôcku a dietetickú potravinu pochybnosti o správnosti dávkovania humánneho lieku z hľadiska prekročenia najvyššej jednotlivéj a dennej dávky liečiva alebo o dodržaní preskripčných a indikačných obmedzení a nemožno tieto pochybnosti odstrániť ani po overení u predpisujúceho lekára, humánny liek, zdravotnícku pomôcku alebo dietetickú potravinu nevydá.
- i) Poskytovateľ, ktorý vydáva humánny liek, zdravotnícku pomôcku a dietetickú potravinu pri výdaji
 - ia) humánneho lieku, ktorý je uhrádzaný alebo čiastočne uhrádzaný na základe verejného zdravotného poistenia, je povinný informovať poistenca poisťovne o možnosti výberu náhradného humánneho lieku a o výške doplatku poistenca poisťovne za všetky náhradné humánne lieky podľa platného zoznamu kategorizovaných liekov, ktoré je možné vydať na základe predloženého preskripčného záznamu alebo lekárskeho predpisu,
 - ib) je povinný vydať poistencovi poisťovne humánny liek, ktorého liečivo je uvedené v prílohe č. 1 zákona č. 362/2011 Z. z., ktorý je bez doplatku alebo s najnižším doplatkom poistenca poisťovne a ktorý je dostupný, ak si poistenec poisťovne nevyberie inak,
 - ic) humánneho lieku, zdravotníckej pomôcky a dietetickej potraviny vyznačí v dispenzačnom zázname a na lekárskom predpise alebo lekárskom poukaze názov a kód vydaného humánneho lieku,
 - id) je povinný bezodkladne vytvoriť dispenzačný záznam podpísaný zdokonaleným elektronickým podpisom v elektronickej zdravotnej knižke o vydanom humánnom lieku, ktorého výdaj je viazaný na lekárske predpis, dietetickej potravine, ktorá je uvedená v zozname kategorizovaných dietetickej potravín, alebo zdravotníckej pomôcke, ktorá je uvedená v zozname kategorizovaných zdravotníckych pomôcok, ak je dietetická potravina alebo zdravotnícka pomôcka uhrádzaná na základe verejného zdravotného poistenia,
 - ie) je povinný vydať humánny liek, zdravotnícku pomôcku alebo dietetickú potravinu na základe preskripčného záznamu, ak bol humánny liek, zdravotnícka pomôcka alebo dietetická potravina predpísaná elektronicky vytvorením preskripčného záznamu,
 - if) humánneho lieku na základe preskripčného záznamu s poznámkou „REPETATUR“ je povinný zaznamenať v dispenzačnom zázname počet balení vydaného humánneho lieku; pri výdaji humánneho lieku na základe preskripčného záznamu s poznámkou „REPETATUR“ sa nesmie vyhotoviť výpis z lekárskeho predpisu,
 - ig) v zmysle § 121 bod 9 zákon č. 362/2011 – držiteľ povolenia na poskytovanie lekárenskej starostlivosti je povinný na základe lekárskeho predpisu vydať humánny liek najviac v takom počte balení, ktorý neprekračuje počet balení, ktorý je potrebný na liečbu pacienta v trvaní troch mesiacov.

Článok 4: Platobné podmienky

Časť A. Všeobecné podmienky vykazovania lekárenskej starostlivosti a platobné podmienky

1. Poisťovňa uhrádza poskytovateľovi poskytnutú lekárenskú starostlivosť uhrádzanú na základe verejného zdravotného poistenia na základe tejto zmluvy.
2. Podkladom na úhradu poskytnutej lekárenskej starostlivosti sú dispenzačné záznamy vytvorené poskytovateľom do mesačnej závierky dispenzačných záznamov (ďalej len „mesačná závierka“) príslušného zúčtovacieho obdobia.
3. Finančné zúčtovanie (ďalej aj len „faktúra“) poskytovateľ zasiela poisťovni elektronicky prostredníctvom ePobočky.

4. Finančné zúčtovanie nie je možné zasielať v listinnej podobe.
5. Poskytovateľ predloží za jedno zúčtovacie obdobie poisťovni jednu samostatnú faktúru za lekárenskú starostlivosť poskytnutú fyzickým osobám, podľa kategórií v zmysle § 3 a nasledujúcich zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 580/2004 Z. z.“) nasledovným spôsobom:
 - 5.1. fyzická osoba – poistenec poisťovne,
 - 5.2. fyzická osoba – cudzinec,
 - 5.3. fyzická osoba – poistenec EÚ,
 - 5.4. fyzická osoba – bezdomovec, ktorý sa zdržiava na území Slovenskej republiky,
 - 5.5. fyzická osoba – bez podanej prihlášky v zmysle § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z.
6. Faktúra podľa bodu 5 tejto Časti A. obsahuje dispenzačné záznamy vyhotovené poskytovateľom do mesačnej závierky príslušného zúčtovacieho obdobia za lieky, dietetické potraviny a zdravotné pomôcky.
7. Pokiaľ nie je v zmluve uvedené inak, opravné, nevytvorené alebo nezaslané dispenzačné záznamy posieľa poskytovateľ do poisťovne ako súčasť faktúry za zúčtovacie obdobie, ktoré nasleduje po zúčtovacom období, za ktoré boli alebo mali byť pôvodné dispenzačné záznamy evidované.
8. Prílohy k faktúre posieľa poskytovateľ výlučne prostredníctvom ePobočky, ak nie je v zmluve uvedené inak.
9. Poisťovňa vykonáva mesačnú závierku raz za kalendárny mesiac, a to v posledný deň kalendárneho mesiaca o 24:00 hod.
10. Poskytovateľ je povinný fakturovať za poskytnutú lekárenskú starostlivosť a je oprávnený zaslať faktúru najskôr po uplynutí zúčtovacieho obdobia, ktorým je jeden kalendárny mesiac. V prípade doručenia faktúry pred uplynutím zúčtovacieho obdobia sa za deň doručenia faktúry považuje prvý kalendárny deň nasledujúceho mesiaca. Faktúru alebo faktúru s prílohami poskytovateľ doručí do poisťovne najneskôr do 10 dní po uplynutí zúčtovacieho obdobia.
11. Lekárenskú starostlivosť poskytnutú osobám z členských štátov EÚ, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu a Švajčiarska vykazuje poskytovateľ poisťovni v súlade s platným Odborným usmernením MZ SR pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v oblasti poskytovania a úhrady vecných dávok podľa platnej legislatívy EÚ, ak v tejto zmluve nie je uvedené inak.
12. Lekárenskú starostlivosť poskytnutú cudzincom tých štátov, s ktorými má Slovenská republika uzatvorené dohody o poskytnutí zdravotnej starostlivosti z prostriedkov štátneho rozpočtu na základe medzinárodných zmlúv a bezdomovcom (okrem členských štátov EÚ, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu a Švajčiarska) zdržujúcim sa na území Slovenskej republiky, ak nemôžu preukázať poistný vzťah preukazom poistenca, vykazuje poskytovateľ na samostatných zúčtovacích dokladoch podľa platného metodického usmernenia Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, ak v tejto zmluve nie je uvedené inak.
13. Pri vydaní zdravotníckej pomôcky, ktorá je zaradená v skupine so špeciálnym režimom výdaja, bude prílohu k lekárskeму poukazu tvoriť v jednom vyhotovení riadne vyplnená a poistencom poisťovne podpísaná dohoda o používaní zdravotníckej pomôcky v originálnom vyhotovení, v ktorej poskytovateľ vyznačí výrobné číslo vydané zdravotníckej pomôcky, dátum výdaja, výšku úhrady poisťovňou a poistencom poisťovne.

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

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

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

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

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

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

Časť D. Všeobecné podmienky vykazovania lekárenskej starostlivosti – papierové lekárske predpisy a papierové lekárske poukazy dohodnuté najdlhšie do 31.8.2024

K faktúram:

1. za výdaj humánneho lieku s obsahom omamnej látky II. skupiny alebo psychotropnej látky II. skupiny, ktorý je plne uhrádzaný alebo čiastočne uhrádzaný na základe verejného zdravotného poistenia, alebo
2. zasielaným podľa § 12 ods. 3 Vyhlášky Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 232/2014 Z. z., ktorou sa upravuje postup poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, zdravotnej poisťovne a Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou pri poskytovaní cezhraničnej zdravotnej starostlivosti, alebo
3. za výdaj humánneho lieku, diietickej potraviny alebo zdravotnickej pomôcky, uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia, keď lekárske predpis/dispenzačný záznam alebo lekárske poukaz/dispenzačný záznam neobsahuje identifikátor preskripčného záznamu,

pripája poskytovateľ ako povinnú prílohu originály riadne vyplnených, otaxovaných lekárske predpisov, výpisov z lekárske predpisov a lekárske poukazov. Tieto originály balí poskytovateľ do zväzkov. Počet originálov v jednom zväzku nie je stanovený. Každý zväzok bude označený príslušným číslom faktúry, zúčtovacím obdobím faktúry, dvoma poradovými číslami, ktoré budú zodpovedať prvému a poslednému poradovému číslu originálu v zväzku, celkovým počtom dokladov vo zväzku. Každý zväzok bude tiež označený IČO, názvom poskytovateľa, kódom poskytovateľa, a názvom prevádzkarne, pričom môžu byť označené aj pečiatkou poskytovateľa s uvedenými údajmi.

Článok 5: Kontrola

1. Poisťovňa prostredníctvom poverených zamestnancov vykonáva kontrolnú činnosť u poskytovateľa zameranú na správnosť, oprávnenosť, rozsah, kvalitu, účelnosť, efektívnosť a hospodárnosť vynakladania prostriedkov verejného zdravotného poistenia a na dodržiavanie ustanovení zmluvy a všeobecne záväzných právnych predpisov.
2. Poisťovňa vykonáva kontrolu aj na základe informácií, podkladov, dokumentov, ktoré poskytol poskytovateľ poisťovní a údajov obsiahnutých v informačnom systéme poisťovne.
3. Zamestnanci poverení výkonom kontroly (kontrolná skupina) sú povinní preukázať sa pri kontrole služobným preukazom a písomným poverením na výkon kontroly. Kontrolná činnosť sa vykonáva za prítomnosti poskytovateľa, alebo ním poverenej osoby tak, aby nebola závažne narušená činnosť poskytovateľa.
4. Poskytovateľ alebo osoba ním poverená, je pri výkone kontroly povinný najmä:
 - a) umožniť vykonanie kontroly, umožniť vstup do všetkých objektov lekárne, zariadení a pobočiek, na pozemky a do iných priestorov kontrolovaného poskytovateľa, ak súvisia s predmetom kontroly, poskytnúť súčinnosť a požadované informácie a vysvetlenia pri výkone kontroly,
 - b) poskytnúť všetky účtovné a iné doklady a dokumenty, vrátane technických nosičov údajov v elektronickej forme, ktoré súvisia s nákladmi uhrádzanými z verejného zdravotného poistenia za účelom kontroly správnosti, pravdivosti, oprávnenosti, účelnosti, efektívnosti a hospodárnosti vynakladania prostriedkov z verejného zdravotného poistenia,
 - c) umožniť vyhotovenie výpisu, alebo kópie kontrolovaných dokumentov,
 - d) sprístupniť systém kusovej evidencie liekov, zdravotníckych pomôcok a diietických potravín, ktoré plne alebo čiastočne uhrádza poisťovňa z prostriedkov verejného zdravotného poistenia.

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

Článok 6: Následky porušenia povinností

1. Za porušenie povinností podľa tejto časti prílohy má poisťovňa právo uplatniť si u poskytovateľa zmluvnú pokutu:
 - a) vo výške jednonásobku hodnoty lekárenskej starostlivosti, ktorú poskytovateľ neoprávnene vykázal alebo neposkytol,
 - b) vo výške dvojnásobku neoprávnene vykazanej hodnoty lekárenskej starostlivosti, ak poskytovateľ na požiadanie nepredloží doklady o nadobudnutí liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín, ktoré mali byť predmetom poskytnutej lekárenskej starostlivosti, alebo v prípade, keď boli poistencovi poisťovne vydané iné lieky, ako boli vykázané poskytovateľom,
 - c) vo výške 500 Eur za akékoľvek porušenie niektorej z povinností podľa Článku 1 písm. a), b) a c), Článku 3 písm. h) a Článku 5 bodu 4, maximálne však do výšky 5 000 Eur za kontrolované obdobie,
 - d) vo výške 300 Eur, ak poskytovateľ poruší zákon č. 362/2011 Z. z., v prípade ak poisťovňa v čase kontroly zistí, že stav kontrolovaných liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín nie je totožný so systémom kusovej evidencie maximálne však do výšky 600 Eur,
 - e) vo výške najmenej 500 Eur za marenie kontroly, ak poskytovateľ odmietne v čase kontroly poskytnúť účtovné doklady nevyhnutné ku kontrole alebo sprístupniť kusovú evidenciu liekov, zdravotníckych pomôcok alebo dietetických potravín, maximálne však do výšky 5 000 Eur.
2. Za preukázané porušenie ostatných povinností a postupov definovaných v Článku 1 majú zmluvné strany právo uplatniť si u druhej zmluvnej strany zmluvnú pokutu vo výške 100 Eur za každý jeden prípad porušenia, a to aj opakovane.
3. Poisťovňa má nárok na náhradu škody, ktorá jej preukázateľne vznikla nesplnením vlastnej daňovej povinnosti poskytovateľa podľa § 78 zákona č. 222/2004 Z. z. a následne uplatnením ručenia za daň voči poisťovni v zmysle § 69b zákona č. 222/2004 Z. z.. Poisťovňa má súčasne právo na náhradu trov konania, ktoré jej vznikli v tejto súvislosti v konaní pred príslušným daňovým úradom.
4. V prípade, že poisťovňa neuhradí riadne doručenie, formálne a vecne správnu faktúru v dohodnutej lehote splatnosti, má poskytovateľ právo na zaplatenie úroku z omeškania vo výške podľa Obchodného zákonníka.
5. Pohľadávku poisťovne podľa tohto článku, je možné jednostranne započítať s pohľadávkou poskytovateľa za neuhradenú poskytnutú lekárenskú starostlivosť.

Príloha č. 2a
k Zmluve č. 62NVSC000123

Rozsah úhrady zdravotnej starostlivosti
od 1.6.2023 do 31.5.2024

A. 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:		Špecializovaná nemocnica		
Miesto prevádzky: NUSCH - Pod Krásnou hôrkou 1, 833 48 Bratislava				
Druh a forma zdravotnej starostlivosti podľa Čl. 2 Zmluvy "Predmet zmluvy"				
Ambulantná zdravotná starostlivosť				
1.	Všeobecná	druh	odbornosť ambulancií / (časť kódov poskytovateľa "yzz")	typ ZS
		Všeobecné lekárstvo	020/(101)	101

* uvádza sa časť kódu poskytovateľa „yzz“ (tvar kódu poskytovateľa p99999sppyzz), kde „y“ je subkód označujúci druh odborného útvaru a „zz“ označuje poradové číslo rovnakého druhu odborného útvaru rovnakého odborného zamerania v zmysle platného Metodického usmernenia Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

** Špecializovaná ambulancia poskytuje zdravotnú starostlivosť aj dispenzarizovaným poistencom VŠZP v danej odbornosti.

**Príloha č. 2d
k Zmluve č. 62NVSC000123**

**Rozsah úhrady zdravotnej starostlivosti
od 1.6.2023 do 31.5.2024**

A. 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:		špecializovaná nemocnica		
Miesto prevádzky: NUSCH - Pod Krásnou hôrkou 1, 833 48 Bratislava				
Druh a forma zdravotnej starostlivosti podľa Čl. 2 Zmluvy "Predmet zmluvy"				
Ambulantná zdravotná starostlivosť				
		druh	odbornosť ambulancií / (časť kódov poskytovateľa "yzz")	typ ZS
1.	Špecializovaná	Špecializovaná	001/(201); 004/(201);025/(201);027(201); 031/(201);048/201); 049 (201, 202 ,203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210); 056 (201, 202); 062/(201); 068 (201, 202); 069/(201);144/(201)	200

Druh zdravotníckeho zariadenia:		špecializovaná nemocnica		
Miesto prevádzky: DKC - Pod Krásnou hôrkou 1, 833 48 Bratislava				
Druh a forma zdravotnej starostlivosti podľa Čl. 2 Zmluvy "Predmet zmluvy"				
Ambulantná zdravotná starostlivosť				
		druh	odbornosť ambulancií / (časť kódov poskytovateľa "yzz")	typ ZS
1.	Špecializovaná	Špecializovaná	155/(201, 202, 203)	200

* uvádza sa časť kódu poskytovateľa „yzz“ (tvar kódu poskytovateľa p99999sppyzz, kde „y“ je subkód označujúci druh odborného útvaru a „zz“ označuje poradové číslo rovnakého druhu odborného útvaru rovnakého odborného zamerania v zmysle platného Metodického usmernenia Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

** Špecializovaná ambulancia poskytuje zdravotnú starostlivosť aj dispenzarizovaným poistencom VŠZP v danej odbornosti.

II. MAXIMÁLNY ROZSAH ÚHRADY ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Maximálny rozsah úhrady zdravotnej starostlivosti **nehradenej prospektívnym rozpočtom** pre vybrané typy zdravotnej starostlivosti je uvedený v tejto časti prílohy.

Typ ZS	zdravotná starostlivosť	mesačný zmluvný rozsah v €
200	Špecializovaná	Bez obmedzenia

Doúčtovanie zdravotných výkonov realizovaných poskytovateľom nebude v zmysle Čl. 7 zmluvy vykonané. V prípade, že bude poskytovateľovi stanovený maximálny zmluvný rozsah, má poskytovateľ nárok na doúčtovanie zdravotných výkonov realizovaných poskytovateľom za primerané obdobie v súlade s Čl. 7 tejto zmluvy.

Poisťovňa je oprávnená vykonať analýzu priemerných nákladov na jedno unikátne rodné číslo poistencov (ďalej ako: „URČ“) pre konkrétny typ ZS, ktorým bude poskytovateľom poskytnutá zdravotná starostlivosť.

V prípade, že poisťovňa identifikuje neopodstatnene vysoké náklady na jedno URČ, je oprávnená vyvolať rokovanie s poskytovateľom, obsahom ktorého bude dohoda o stanovení maximálneho zmluvného rozsahu.

III. ÚHRADA NAD MAXIMÁLNY ROZSAH ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

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

1. Výkony zdravotnej starostlivosti poskytovanej 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. 580/2004 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.

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. Ambulantná zdravotná starostlivosť – lieky (A, AS);
4. Individuálne pripočítateľné položky;
5. 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;
6. Výkony č. 4M04004 a 4M04007 ako súčasť skriningu rakoviny krčka maternice
7. Zubno-lekárske výkony vrátane stomatoprotetiky;
8. Preventívne zdravotné výkony v stomatológii č. D02, D02a a D06. Poisťovňa neuhrádza zdravotné výkony v základnom prevedení v súvislosti so zubným kazom u poistenca, ktorý v predchádzajúcom kalendárnom roku neabsolvoval preventívnu prehliadku;
9. Zdravotné výkony v stomatológii č. D01 a D05
10. Expektačné lôžka;
11. Paušálna platba na urgentný príjem; zdravotné výkony poskytnuté na urgentnom prijme.
12. Paušálna platba na APS; zdravotné výkony poskytnuté na APS.
13. Výkony ADOS č. 3439, 3440 a 3441
14. Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky – výkony č. 5303, 5305 a 5308 s Dg.Z01.4 ako súčasť preventívnej prehliadky; výkony č. 1301 a 1301a až 1301e s Dg. Z01.6, Z80.3 a Z87.7 ako súčasť skriningu karcinómu prsníka.
15. 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.
16. Výkony LSPP, ZZS, VZZS, prevoz typu APS, LSPP, LSPR, RLP, RZP, MIJ, LPP, LPS, DZSZ, RZP „S“
17. 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.
18. Výkony zdravotnej starostlivosti poskytovanej 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. 580/2004 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.

Príloha č. 2g
k Zmluve č. 62NVSC000123

Rozsah úhrady zdravotnej starostlivosti
od 1.6.2023 do 31.5.2024

A. 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:				
Miesto prevádzky: NUSCH - Pod Krásnou hôrkou 1, 833 48 Bratislava				
Druh a forma zdravotnej starostlivosti podľa Čl. 2 Zmluvy "Predmet zmluvy"				
Ambulantná zdravotná starostlivosť				
1.	Špecializovaná	druh	odbornosť ambulancií / (časť kódov poskytovateľa "yzz")	typ ZS
		Dialýza	063/(601)	220

* uvádza sa časť kódu poskytovateľa „yzz“ (tvar kódu poskytovateľa p99999sppyzz), kde „y“ je subkód označujúci druh odborného útvaru a „zz“ označuje poradové číslo rovnakého druhu odborného útvaru rovnakého odborného zamerania v zmysle platného Metodického usmernenia Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

** Špecializovaná ambulancia poskytuje zdravotnú starostlivosť aj dispenzarizovaným poistencom VŠZP v danej odbornosti.

II. MAXIMÁLNY ROZSAH ÚHRADY ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Maximálny rozsah úhrady zdravotnej starostlivosti **nehradenej prospektívnym rozpočtom** pre vybrané typy zdravotnej starostlivosti je uvedený v tejto časti prílohy.

Typ ZS	zdravotná starostlivosť	mesačný zmluvný rozsah v €
220	Dialýza	Bez obmedzenia

III. ÚHRADA NAD MAXIMÁLNY ROZSAH ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

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

1. Výkony zdravotnej starostlivosti poskytovanej 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. 580/2004 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.

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. Ambulantná zdravotná starostlivosť – lieky (A, AS);
4. Individuálne pripočítateľné položky;
5. 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;
6. Výkony č. 4M04004 a 4M04007 ako súčasť skriningu rakoviny krčka maternice
7. Zubno-lekárske výkony vrátane stomatoprotetiky;
8. Preventívne zdravotné výkony v stomatológii č. D02, D02a a D06. Poistovňa neuhrádza zdravotné výkony v základnom prevedení v súvislosti so zubným kazom u poistenca, ktorý v predchádzajúcom kalendárnom roku neabsolvoval preventívnu prehliadku;
9. Zdravotné výkony v stomatológii č. D01 a D05
10. Expektačné lôžka;
11. Paušálna platba na urgentný príjem; zdravotné výkony poskytnuté na urgentnom prijíme.
12. Paušálna platba na APS; zdravotné výkony poskytnuté na APS.

13. Výkony ADOS č. 3439, 3440 a 3441
14. Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky – výkony č. 5303, 5305 a 5308 s Dg.Z01.4 ako súčasť preventívnej prehliadky; výkony č. 1301 a 1301a až 1301e s Dg. Z01.6, Z80.3 a Z87.7 ako súčasť skriningu karcinómu prsníka.
15. 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.
16. Výkony LSPP, ZZS, VZZS, prevoz typu APS, LSPP, LSPR, RLP, RZP, MIJ, LPP, LPS, DZSZ, RZP „S“.
17. 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.
18. Výkony zdravotnej starostlivosti poskytovanej 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. 580/2004 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.

Príloha č. 2j
k Zmluve č. 62NVSC000123

Rozsah úhrady zdravotnej starostlivosti
od 1.6.2023 do 31.5.2024

A. 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:		špecializovaná nemocnica		
Miesto prevádzky: NUSCH - Pod Krásnou hôrkou 1, 833 48 Bratislava				
Druh a forma zdravotnej starostlivosti podľa Čl. 2 Zmluvy "Predmet zmluvy"				
Ambulantná zdravotná starostlivosť				
		druh	odbornosť ambulancií / (časť kódov poskytovateľa "yzz")	typ ZS
1.	Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky	Zobrazovacie	023/(501,502); 705/(501)	400
		Funkčná diagnostika	187/(501)	400
		CT – počítačová tomografia	023/(503)	420
		MR- magnetická rezonancia	023/(505)	421
		FBLR	027/(501)	400
		Laboratórne	024/(501); 031/(501)	400

Druh zdravotníckeho zariadenia:		špecializovaná nemocnica		
Miesto prevádzky: DKC - Pod Krásnou hôrkou 1, 833 48 Bratislava				
Druh a forma zdravotnej starostlivosti podľa Čl. 2 Zmluvy "Predmet zmluvy"				
Ambulantná zdravotná starostlivosť				
		druh	odbornosť ambulancií / (časť kódov poskytovateľa "yzz")	typ ZS
1.	Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky	Zobrazovacie	023/(504)	400
		Funkčná diagnostika	187/(502,503)	400
		Laboratórne	024/(502)	400

* uvádza sa časť kódu poskytovateľa „yzz“ (tvar kódu poskytovateľa p99999sppyzz), kde „y“ je subkód označujúci druh odborného útvaru a „zz“ označuje poradové číslo rovnakého druhu odborného útvaru rovnakého odborného zamerania v zmysle platného Metodického usmernenia Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

** Špecializovaná ambulancia poskytuje zdravotnú starostlivosť aj dispenzarizovaným poistencom VŠZP v danej odbornosti.

II. MAXIMÁLNY ROZSAH ÚHRADY ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Maximálny rozsah úhrady zdravotnej starostlivosti **nehradenej prospektívnym rozpočtom** pre vybrané typy zdravotnej starostlivosti je uvedený v tejto časti prílohy.

Pracovisko NUSCH – Pod Krásnou hôrkou č. 1, Bratislava:

Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky – úhrada zdravotnej starostlivosti formou degresu – zmluvný rozsah

Typ ZS	zdravotná starostlivosť	zmluvný rozsah v €
400	Laboratórne, zobrazovacie, denzitometria, funkčná diagnostika - mesačný zmluvný rozsah	838 629,00
400	Laboratórne, zobrazovacie, denzitometria, funkčná diagnostika – zmluvný rozsah na obdobie 06-12/2023	5 870 403,00

400	Laboratórne, zobrazovacie, denzitometria, funkčná diagnostika – polročný zmluvný rozsah	5 031 774,00
400	FBLR	bez obmedzenia
420	CT - počítačová tomografia - mesačný zmluvný rozsah	52 105,00
420	CT - počítačová tomografia - zmluvný rozsah na obdobie 06-12/2023	364 733,00
420	CT - počítačová tomografia - polročný zmluvný rozsah	312 628,00
421	MR – magnetická rezonancia – mesačný zmluvný rozsah	52 012,00
421	MR – magnetická rezonancia - zmluvný rozsah na obdobie 06-12/2023	364 084,00
421	MR - magnetická rezonancia - polročný zmluvný rozsah	312 072,00

Pokiaľ poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť (v type ZS 400, 420, 421) vo výške presahujú zmluvný rozsah na kalendárny polrok, poisťovňa ju poskytovateľovi uhradí nasledovným spôsobom: úhrada bude realizovaná vo výške 35% zo sumy presahujúcej zmluvný rozsah na kalendárny polrok, maximálne však vo výške 35% zo sumy vypočítanej ako 10% zmluvného rozsahu na kalendárny polrok. V tomto prípade sa postup podľa Čl. 7 bod 3 nepoužije.

Pracovisko DKC – Pod Krásnou hôrkou č. 1, Bratislava:

Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky – úhrada zdravotnej starostlivosti formou degresu

Typ ZS	zdravotná starostlivosť	zmluvný rozsah v €
400	Laboratórne, zobrazovacie, denzitometria, funkčná diagnostika - mesačný zmluvný rozsah	43 260,00
400	Laboratórne, zobrazovacie, denzitometria, funkčná diagnostika – zmluvný rozsah na obdobie 06-12/2023	302 820,00
400	Laboratórne, zobrazovacie, denzitometria, funkčná diagnostika – polročný zmluvný rozsah	259 560,00

Pokiaľ poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť (v type ZS 400) vo výške presahujú zmluvný rozsah na kalendárny polrok, poisťovňa ju poskytovateľovi uhradí nasledovným spôsobom: úhrada bude realizovaná vo výške 35% zo sumy presahujúcej zmluvný rozsah na kalendárny polrok, maximálne však vo výške 35% zo sumy vypočítanej ako 10% zmluvného rozsahu na kalendárny polrok. V tomto prípade sa postup podľa Čl. 7 bod 3 nepoužije.

III. ÚHRADA NAD MAXIMÁLNY ROZSAH ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

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

1. Výkony zdravotnej starostlivosti poskytovanej poisťovňou iných členských štátov EÚ, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu a Švajčiarska, cudzincom zo štátov, s ktorými má SR uzavreté medzishťátne dohody, bezdomovcom a poisťovňou 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.

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. Ambulantná zdravotná starostlivosť – lieky (A, AS);
4. Individuálne pripočítateľné položky;
5. 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 poisťovňou s rázštepom pery a rázštepom podnebia – podmienkou uznania výkonov je predloženie potvrdenia o evidencii poistenca v príslušnom špecializovanom pracovisku;
6. Výkony č. 4M04004 a 4M04007 ako súčasť skríningu rakoviny krčka maternice
7. Zubno-lekárske výkony vrátane stomatoprotetiky;
8. Preventívne zdravotné výkony v stomatológii č. D02, D02a a D06. Poisťovňa neuhrádza zdravotné výkony v základnom prevedení v súvislosti so zubným kazom u poistenca, ktorý v predchádzajúcom kalendárnom roku neabsolvoval preventívnu prehliadku;
9. Zdravotné výkony v stomatológii č. D01 a D05
10. Expektačné lôžka;
11. Paušálna platba na urgentný príjem; zdravotné výkony poskytnuté na urgentnom prijíme.
12. Paušálna platba na APS; zdravotné výkony poskytnuté na APS.
13. Výkony ADOS č. 3439, 3440 a 3441
14. Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky – výkony č. 5303, 5305 a 5308 s Dg.Z01.4 ako súčasť preventívnej prehliadky; výkony č. 1301 a 1301a až 1301e s Dg. Z01.6, Z80.3 a Z87.7 ako súčasť skríningu karcinómu prsníka.
15. 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.
16. Výkony LSPP, ZZS, VZZS, prevoz typu APS, LSPP, LSPR, RLP, RZP, MIJ, LPP, LPS, DZSZ, RZP „S“.

17. 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. Tento bod sa neuplatňuje pre typ zdravotnej starostlivosti 420 – počítačová tomografia a typ zdravotnej starostlivosti 421 – magnetická rezonancia. Pre vylúčenie akýchkoľvek pochybností platí, že úhrada podľa prvej vety tohto bodu je pre typ 420 – počítačová tomografia a 421 – magnetická rezonancia zahrnutá do výpočtu úhrady za zdravotnú starostlivosť poskytnutú v zúčtovacom období podľa Prílohy č. 2 zmluvy - Maximálny rozsah úhrady zdravotnej starostlivosti.
18. Výkony zdravotnej starostlivosti poskytovanéj 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.

**Príloha č. 2o
k Zmluve č. 62NVSC000123**

**Rozsah a metodika úhrady zdravotnej starostlivosti
od 1.6.2023 do 31.5.2024**

A. 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:		špecializovaná nemocnica		
Miesto prevádzky: NUSCH - Pod Krásnou hôrkou 1,833 48 Bratislava				
Druh a forma zdravotnej starostlivosti podľa Čl. 2 Zmluvy "Predmet zmluvy"				
Ústavná zdravotná starostlivosť				
		druh	odbornosť ambulancií / (časť kódov poskytovateľa "yzz")	typ ZS
1.	Nemocnica	Špecializovaná	025/(101); 049 (101,102,103); 056/(101); 068/(101); 069/(101); 207/(101); 278 (101,102); 668/(101)	601

Druh zdravotníckeho zariadenia:		špecializovaná nemocnica		
Miesto prevádzky: DKC - Pod Krásnou hôrkou 1, 833 48 Bratislava				
Druh a forma zdravotnej starostlivosti podľa Čl. 2 Zmluvy "Predmet zmluvy"				
Ústavná zdravotná starostlivosť				
		druh	odbornosť ambulancií / (časť kódov poskytovateľa "yzz")	typ ZS
1.	Nemocnica	Špecializovaná	069/(102); 155/(101);197/(101), 278/(103); 323/(101);626/(101)	601

* uvádza sa časť kódu poskytovateľa „yzz“ (tvar kódu poskytovateľa p99999sppyzz), kde „y“ je subkód označujúci druh odborného útvaru a „zz“ označuje poradové číslo rovnakého druhu odborného útvaru rovnakého odborného zamerania v zmysle platného Metodického usmernenia Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

** Špecializovaná ambulancia poskytuje zdravotnú starostlivosť aj dispenzarizovaným poistencom VŠZP v danej odbornosti.

II. MAXIMÁLNY ROZSAH ÚHRADY ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI – PROSPEKTÍVNY ROZPOČET

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 pre vybrané typy zdravotnej starostlivosti je uvedený v tejto časti prílohy.

1. Štruktúra prospektívneho rozpočtu

Zmluvné strany sa dohodli na nasledovnej štruktúre prospektívneho rozpočtu, ktorá vychádza z Vecného rozsahu predmetu zmluvy:

Pracovisko NUSCH – Pod Krásnou hôrkou č. 1, Bratislava

Štruktúra úhrady zdravotnej starostlivosti		
ZS hradená prospektívnym rozpočtom		ZS nehradená prospektívnym rozpočtom
Ústavná zdravotná starostlivosť		
601	Lôžková nemocničná starostlivosť	
		Ambulantná zdravotná starostlivosť
	101	Všeobecná ambulantná starostlivosť pre dospelých
	200	Špecializovaná ambulantná starostlivosť
	220	Dialyzačná špecializovaná ambulantná starostlivosť
		Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky
	400	Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky
	420	Počítačová tomografia
	421	Magnetická rezonancia
		Iné
	701	Lekárne

Pracovisko DKC – Pod Krásnou hôrkou č. 1, Bratislava

Štruktúra úhrady zdravotnej starostlivosti		
ZS hradená prospektívnym rozpočtom		ZS nehradená prospektívnym rozpočtom
Ústavná zdravotná starostlivosť		
601	Lôžková nemocničná starostlivosť	
		Ambulantná zdravotná starostlivosť
	200	Špecializovaná ambulantná starostlivosť
		Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky
	400	Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky

2. Výška prospektívneho rozpočtu

Zmluvné strany sa dohodli na výške prospektívneho rozpočtu (ďalej len „PRUZZ“) na jeden kalendárny mesiac pre obdobie

Pracovisko NUSCH – Pod Krásnou hôrkou č. 1, Bratislava

Tabuľka platná pre obdobie od 1.6.2023 do 30.6.2023

Výška (PRUZZ) na jeden kalendárny mesiac (v EUR)	Typ ZS
7 918 224,00	Ústavná zdravotná starostlivosť

Tabuľka platná pre obdobie od 1.7.2023

Výška (PRUZZ) na jeden kalendárny mesiac (v EUR)	Typ ZS
4 585 938,00	Ústavná zdravotná starostlivosť

Pracovisko DKC – Pod Krásnou hôrkou č. 1, Bratislava

Tabuľka platná pre obdobie od 1.6.2023 do 30.6.2023

Výška (PRUZZ) na jeden kalendárny mesiac (v EUR)	Typ ZS
986 521,00	Ústavná zdravotná starostlivosť

Tabuľka platná pre obdobie od 1.7.2023

Výška (PRUZZ) na jeden kalendárny mesiac (v EUR)	Typ ZS
571 356,00	Ústavná zdravotná starostlivosť

Zúčtovacím obdobím je jeden kalendárny mesiac.

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

3. Výpočet úhrady za ústavnú zdravotnú starostlivosť rozpočtu

Úhrada za ústavnú zdravotnú starostlivosť sa vypočíta na základe nasledujúceho vzorca:

$$\text{Úhrada} = \text{PRUZZ} - \text{SKUT AZS}_{\text{DRG}} - \text{SKUT SVLZ}_{\text{DRG}}$$

PRUZZ – prospektívny rozpočet

SKUT AZS_{DRG} – ambulantná zdravotná starostlivosť, ktorej poskytnutie súvisí s hospitalizačným prípadom

SKUT SVLZ_{DRG} – zdravotná starostlivosť zo segmentu spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek, ktorých poskytnutie súvisí s hospitalizačným prípadom

4. 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. Hodnoteným obdobím sú 2 bezprostredne predchádzajúce štvrtroky.

Poisťovňa 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.	01/2023 – 06/2023	09/2023	10/2023
2.	04/2023 – 09/2023	12/2023	01/2024
3.	07/2023 – 12/2023	03/2024	04/2024
4.	10/2023 – 03/2024	06/2024	07/2024

Vyhodnotenie sa realizuje nasledujúcim postupom:

$$\frac{CM_{HODN}}{CM_{REF}} - 1$$

CM HODN – casemix hodnoteného obdobia – súčet efektívnych relatívnych váh akceptovaných hospitalizačných prípadov
 CM REF – casemix referenčného obdobia

Pracovisko NÚSCH – Pod Krásnou hôrkou č. 1, Bratislava

CASEMIX referenčného obdobia pre účely vyhodnotenia
8 586

Pracovisko DKC – Pod Krásnou hôrkou č. 1, Bratislava

CASEMIX referenčného obdobia pre účely vyhodnotenia
1 146

Vyhodnocovanie PRUZZ - percentuálne hranice pre zmenu PRUZZ
+/- 10%

Výsledok vyhodnotenia	Vplyv na PRUZZ	Výška PRUZZ
$\frac{CM_{HODN}}{CM_{REF}} - 1 = < -0,10; 0,10 >$	bez zmeny	PRUZZ naposledy dohodnutý
$\frac{CM_{HODN}}{CM_{REF}} - 1 < -0,10$	zníženie PRUZZ o 2%	nová výška PRUZZ sa bude uplatňovať od štvrtroka nasledujúcom po štvrtroku, v ktorom sa uskutočnilo vyhodnotenie
$\frac{CM_{HODN}}{CM_{REF}} - 1 > 0,10$	zvýšenie PRUZZ o 2%	

Výsledok vyhodnotenia spolu s výškou PRUZZ pre nasledujúce obdobie sa poisťovňa zaväzuje poskytovateľovi písomne oznámiť najneskôr v posledný deň štvrtroka, v ktorom sa realizuje vyhodnotenie.

III. ÚHRADA NAD MAXIMÁLNA ROZSAH ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

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

1. Ústavná zdravotná starostlivosť – Mimoriadne finančne náročná zdravotná starostlivosť
2. Výkony zdravotnej starostlivosti poskytovanej poisťovňou iných členských štátov EÚ, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu a Švajčiarska, cudzincom zo štátov, s ktorými má SR uzavreté medzištátne dohody, bezdomovcom a poisťovňou 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.

**Príloha č. 2p
k Zmluve č. 62NVSC000123**

**Rozsah úhrady zdravotnej starostlivosti
od 1.6.2023 do 31.5.2024**

A. 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:		špecializovaná nemocnica		
Miesto prevádzky: NUSCH - Pod Krásnou hôrkou 1, 833 48 Bratislava				
Druh a forma zdravotnej starostlivosti podľa Čl. 2 Zmluvy "Predmet zmluvy"				
Lekárska starostlivosť				
1.	Lekárska starostlivosť	druh	odbornosť ambulancii / (časť kódov poskytovateľa "yzz")	typ ZS
		Lekáreň	160/(301)	701

* uvádza sa časť kódu poskytovateľa „yzz“ (tvar kódu poskytovateľa p99999sppyzz), kde „y“ je subkód označujúci druh odborného útvaru a „zz“ označuje poradové číslo rovnakého druhu odborného útvaru rovnakého odborného zamerania v zmysle platného Metodického usmernenia Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

** Špecializovaná ambulancia poskytuje zdravotnú starostlivosť aj dispenzarizovaným poistencom VŠZP v danej odbornosti.

Príloha č. 3
k Zmluve č. 62NVSC000123

Kritéria na uzatváranie zmlúv

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 kritériá na uzatváranie zmlúv:

Poradové číslo	Názov kritéria	Váha kritéria v %
1	<p>Dostupnosť zdravotnej starostlivosti</p> <p>najmenej v rozsahu verejnej minimálnej siete poskytovateľov zdravotnej starostlivosti podľa platného Nariadenia vlády SR č. 640/2008 Z. z.</p>	20
2	<p>Personálne zabezpečenie</p> <p>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, a najmä Vyhlášky Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 189/2019 Z. z. ktorou sa ustanovujú minimálne požiadavky na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie ambulancie dopravnej zdravotnej služby a dispečingu, podrobnosti o označovaní ambulancie dopravnej zdravotnej služby, označovaní ochranných odevov zamestnancov ambulancie dopravnej zdravotnej služby a vzor žiadanky na prepravu.</p>	20
3	<p>Materiálno – technické vybavenie</p> <p>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 najmä Vyhlášky Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 189/2019 Z. z. ktorou sa ustanovujú minimálne požiadavky na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie ambulancie dopravnej zdravotnej služby a dispečingu, podrobnosti o označovaní ambulancie dopravnej zdravotnej služby, označovaní ochranných odevov zamestnancov ambulancie dopravnej zdravotnej služby a vzor žiadanky na prepravu a tiež takými zdravotníckymi pomôckami a prístrojmi, ktoré spĺňajú technické požiadavky ustanovené zákonom č. 56/2018 Z. z. o posudzovaní zhody výrobku, sprístupňovaní určeného výrobku na trhu a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.</p>	20
4	<p>Indikátory kvality</p> <p>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 poisťovní</p>	20
5	<p>Cena za poskytovanú zdravotnú starostlivosť</p> <p>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</p>	20

Príloha č. 4
k Zmluve č. 62NVSC000123

Nakladanie s liekmi zdravotníckymi pomôckami a špeciálnym zdravotníckym materiálom obstarávanými 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. 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. dĺžka obdobia, na ktoré liek, ZP a ŠZM poskytovateľ žiada obstarat'
 - 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 obstaraní 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 prostredníctvom eŽiadosti (Portál pre PZS).
5. Lieky, ZP a ŠZM, obstarané poisťovňou, objednáva poisťovňa podľa aktuálnych potrieb poskytovateľa a zabezpečuje dodanie liekov do nemocničnej alebo verejnej lekárne do 3 pracovných dní od prijatia objednávky distribútorom. Poskytovateľ nahlási poisťovní elektronicky predpokladaný počet balení maximálne na 30 kalendárnych dní, resp. podľa dohody s poisťovňou. Na vybrané lieky, ktoré vyžadujú predchádzajúce schválenie poisťovňou, vystaví objednávku poisťovňa a zabezpečí dodanie lieku v dohodnutom objeme. Požiadavky na dodávanie koagulačných faktorov sú riešené osobitne.
6. Konkrétne podmienky obstarania liekov, ZP a ŠZM podľa bodu 5 a 6 sú určené v jednotlivých oznámeniach o centrálnom nákupe lieku, ktoré sú zverejnené na webovom sídle poisťovne www.vszp.sk

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 a pravidelne aktualizovať na webovom sídle poisťovne www.vszp.sk;
 - c. zabezpečiť distribúciu obstaraného lieku, ZP a ŠZM do lekárne, alebo výdajne, ktorú poskytovateľ vopred nahlásil poisťovní

- d. na žiadosť poskytovateľa zabezpečiť presun nespotrebovaných liekov, ZP a ŠZM inému poskytovateľovi prostredníctvom zmluvného dodávateľa
 - e. 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. písomne nahlásiť a vopred dohodnúť s poisťovňou lekára, ktorá prevezme obstaraný liek, ZP a ŠZM
 - 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 žiadanky vydaný na podanie poistencovi v príslušnej ambulancii poskytovateľa
 - f. skladovať lieky, ZP a ŠZM oddelene od liekov, ZP a ŠZM obstaraných poskytovateľom resp. inou zdravotnou poisťovňou
 - g. viesť riadne a v súlade so skutočným stavom evidenciu liekov v baleniach, ZP a ŠZM a všetky doklady k liekom, ZP a ŠZM obstaraných poisťovňou a umožniť poisťovní fyzickú kontrolu a nepriamu kontrolu na diaľku stavu liekov
 - h. prevziať z lekárne liek, ZP a ŠZM len na žiadanku príslušnej ambulancie poskytovateľa
 - i. 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
 - j. 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.
 - k. zasielať priebežne mailom na adresu: cnp.cnp@vszp.sk informáciu o stavoch liekov, ZP a ŠZM a presunoch liekov, ZP a ŠZM pri 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 podľa potreby zhodnotenie priebehu liečby u poistenca s imuno-tolerančnou liečbou
 - m. vydať poistencovi lieky na domácu liečbu len na nevyhnutnú dobu, v opodstatnených prípadoch maximálne na tri mesiace (napr. v čase pandémie, vplyvom sociálnych aspektov ...) počet balení prevzatých liekov a sumu celkom v eurách za celkový počet prevzatých liekov poistenec potvrdí svojim 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 nespotrebovaných liekov v baleniach (aj nulový stav liekov), stav nespotrebovaných ZP a ŠZM v ambulancii vždy za kalendárny štvrtrok najneskôr do 15. dňa mesiaca, ktorý nasleduje po skončení kalendárneho štvrtroka. Tieto stavy budú považované za východiskové stavy pri kontrole stavu liekov, ZP a ŠZM obstaraných poisťovňou
 - r. hlásiť poisťovní dodané lieky, ktoré nie sú označené logom „VšZP“
 - s. dočerpať nespotrebované centrálné nakúpené lieky najneskôr do 6 mesiacov od dátumu ukončenia centrálného nákupu príslušného lieku
 - t. dodržiavať poisťovňou zaslané a zverejnené informácie na webovom sídle poisťovne www.vszp.sk o začatí nákupu a ukončení centrálného nákupu v plnom rozsahu.

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, 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. Chybné zrevidované dávky zasiela poskytovateľ na opakovanú revíziu centru spracovania výkonov príslušnej krajskej pobočky cez ePobočku.
 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 poskytovateľ opomenul vykázat poisťovni lieky, ktoré poistencovi podal v príslušnom zúčtovacom období, je povinný ich vykázat 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.
 8. Ak poskytovateľ podá alebo vydá 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 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 zmluvných pokút 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 Následky porušenia povinností

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 povinností, je poisťovňa oprávnená uplatniť si voči poskytovateľovi zmluvnú pokutu až do výšky dvojnásobku výšky zmluvnej pokuty 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 povinností 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.
7. Ak v súvislosti s porušením povinností poskytovateľa podľa Čl. III bod 2 liek obstaraný poisťovňou expiruje, je zdravotná poisťovňa oprávnená si hodnotu tohto lieku započítať voči pohľadávkam poskytovateľa vyplývajúcim z tejto Zmluvy.

Príloha č. 5
k Zmluve č. 62NVSC000123

Všeobecné zmluvné podmienky účinné od 1. 7. 2022

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 – mestská časť Petržalka, IČO: 35 937 874, zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I., oddiel Sa, vložka číslo: 3602/B (ďalej len „poisťovňa“) a poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, poskytovateľom služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, zariadením sociálnych služieb a zariadením sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately, agentúrou domácej ošetrovateľskej služby a poskytovateľom lekárenskej starostlivosti (ďalej len „poskytovateľ zdravotnej starostlivosti“ alebo „zariadenie sociálnej pomoci“ alebo „ADOS“ alebo „poskytovateľ“ alebo „poskytovateľ lekárenskej starostlivosti“) vyplývajúce zo zmluvy o poskytovaní a úhrade zdravotnej starostlivosti, služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, ošetrovateľskej starostlivosti v zariadení sociálnej pomoci, domácej ošetrovateľskej starostlivosti a lekárenskej starostlivosti.
2. Zdravotnou starostlivosťou sa rozumie v zmysle Čl. 1 starostlivosť poskytovaná najmä v zariadeniach ambulantnej zdravotnej starostlivosti a ústavnej zdravotnej starostlivosti v zmysle § 7 zákona č. 578/2004 Z.z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „zákon č. 578/2004 Z.z.“). Zdravotná starostlivosť je v zmysle § 2 ods. 1 zákona č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „zákon č. 576/2004 Z.z.“) súbor pracovných činností, ktoré vykonávajú zdravotnícki pracovníci, vrátane poskytovania liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín s cieľom predĺženia života fyzickej osoby, zvýšenia kvality jej života a zdravého vývoja budúcich generácií; zdravotná starostlivosť zahŕňa prevenciu, dispenzarizáciu, diagnostiku, liečbu, biomedicínsky výskum, ošetrovateľskú starostlivosť a pôrodnú asistenciu. Súčasťou poskytovania zdravotnej starostlivosti je aj preprava podľa § 14 ods. 1 zákona č. 576/2004 Z.z. Lekárenskou starostlivosťou sa rozumie starostlivosť poskytovaná vo verejnej lekárni a v pobočke verejnej lekárne, v nemocničnej lekárni, vo výdajni zdravotníckych pomôcok, vo výdajni ortopedicko-protetických zdravotníckych pomôcok a vo výdajni audio-protetických zdravotníckych pomôcok v zmysle zákona č. 362/2011 Z.z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „zákon č. 362/2011 Z.z.“)
3. Zmluvu o poskytovaní a úhrade zdravotnej a lekárenskej starostlivosti uzatvára poisťovňa s poskytovateľom v zmysle §§ 7,7a,7b 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.“) (ďalej len „Zmluva“). Zmluva je dvojstranný právny úkon, ktorý uzatvára poisťovňa s poskytovateľom a jej predmetom je zabezpečovanie poskytovania a úhrada zdravotnej a lekárenskej starostlivosti, ktorá je plne alebo čiastočne hrazená na základe verejného zdravotného poistenia, a to v cene, rozsahu a za podmienok dohodnutých v Zmluve.
4. 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. Ustanovenia Zmluvy a VZP nevzťahujúce sa na poskytovaný druh zdravotnej starostlivosti sa neuplatnia.

Čl. 2
Povinnosti pri poskytovaní zdravotnej a lekárenskej starostlivosti

1. Poskytovateľ je povinný:
 - a. pri poskytovaní zdravotnej a lekárenskej starostlivosti v zmysle Zmluvy a jej úhrade 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 a lekárenskú starostlivosť tak, aby prostriedky verejného zdravotného poistenia boli vynakladané účelne, efektívne, hospodárne a správne,
 - c. poskytovať zdravotnú a lekárenskú starostlivosť v súlade s rozhodnutím príslušného orgánu, predložiť poisťovni rozhodnutie príslušného orgánu, na základe ktorého je oprávnený poskytovať zdravotnú a lekárenskú starostlivosť, oznamovať poisťovni písomne a bez zbytočného odkladu vyznačenie

zmeny údajov v povolení a rozhodnutie o dočasnom pozastavení alebo zrušení povolenia na prevádzkovanie uvedených činností najneskôr však do 7 dní od doručenia listiny poskytovateľovi, v ktorej orgán príslušný na vydanie povolenia vyznačil zmeny údajov v povolení alebo od nadobudnutia právoplatnosti uvedeného rozhodnutia,

- d. oznamovať poisťovní podstatné zmeny v personálnom zabezpečení (napr. úväzky lekárov), materiálo-technickom vybavení zdravotníckeho zariadenia zdravotníckou technikou používanou pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, pokiaľ sú poskytované výkony zdravotnej starostlivosti vykazované k úhrade poisťovni (ide najmä o SVLZ výkony),
- e. poskytovať zdravotnú a lekárenskú starostlivosť s personálnym zabezpečením a materiálo-technickým vybavením, s použitím zdravotníckej techniky, ktoré spĺňajú požiadavky všeobecne záväzných právnych predpisov a technických noriem,
- f. oznamovať poisťovní kódy lekárov, sestier, 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 a otváracích hodín ako aj akékoľvek ďalšie zmeny týkajúce sa zmluvného vzťahu medzi poskytovateľom a poisťovňou,
- h. zistiť pred poskytnutím zdravotnej a lekárenskej starostlivosti, pri priamom kontakte s poistencom poistný vzťah poistenca k poisťovni z preukazu poistenca, európskeho preukazu zdravotného poistenia alebo náhradného certifikátu alebo občianskeho preukazu s elektronickým čipom alebo dokladu o pobyte s elektronickým čipom alebo webového sídla Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou alebo mobilnej aplikácie zdravotnej poisťovne a overiť rozsah zdravotnej a lekárenskej starostlivosti, na ktorý má poistenec nárok z verejného zdravotného poistenia, na webovej stránke poisťovne,
- 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 alebo v elektronickej podobe každé poskytnutie zdravotnej starostlivosti osobe v dôsledku 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 a túto skutočnosť oznámiť príslušnému samosprávnemu kraju prostredníctvom národného zdravotníckeho informačného systému, uvedené sa nevzťahuje na poskytovateľa ústavnej zdravotnej starostlivosti. Ak 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 vrátane jej zabezpečenia a uchovávanía v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi tak, aby údaje v zdravotnej dokumentácii poskytovali pravdivý a komplexný prehľad o zdravotnom stave poistenca a zdravotnej starostlivosti poskytnutej poistencovi. Zdravotnú dokumentáciu vedie poskytovateľ primárne v elektronickej forme ak zákon č. 576/2004 Z.z. neustanovuje, že sa vedie alebo môže viesť aj v písomnej forme. Obsah a podmienky vedenia elektronickej zdravotnej dokumentácie ustanovuje zákon č. 153/2013 Z.z. o národnom zdravotníckom informačnom systéme a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „zákon č. 153/2013 Z.z.“). 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, pri odporúčaní používania voľnopredajných liekov, dietetických potravín a zdravotníckych pomôcok v súvislosti s poskytovaním ošetrovateľskej starostlivosti, 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 súhru charakteristických vlastností lieku schváleného pri registrácii, pri poskytovaní zdravotníckych pomôcok dodržiavať účel ich použitia schválený pri posudzovaní zhody; pri predpisovaní humánnych liekov, ktoré sa musia predpisovať len s uvedením názvu liečiv v zmysle prílohy č. 1 zákona č. 362/2011, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín s výnimkou tých, ktoré obstarala poisťovňa, sa zakazuje určovať pacientovi, v ktorej verejnej lekárni a výtvarni zdravotníckych pomôcok si má humánny liek, zdravotnícku pomôcku alebo dietetickú potravinu vybrať. Predpísanie liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín je poskytovateľ povinný zaznamenať v zdravotnej dokumentácii, prípadne aj v liekovej knižke v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi.
 - p. pri predpisovaní liekov, zdravotníckych pomôcok, dietetických potravín dodržiavať elektronickú formu ich predpisovania (preskripčný záznam, elektronický lekársky predpis, lekársky poukaz, objednávka) v súlade s ustanoveniami zákona č. 362/2011 Z.z.; vo výnimočných prípadoch ustanovených týmto zákonom (napr. lekársky predpis so šikmým modrým pruhom, na liek s obsahom omamnej látky II. skupiny alebo psychotropnej látky II. skupiny, predpis pre seba alebo blízke osoby atd.) používať len tlačivá lekárske predpisy a lekárske poukazy vyhotovených v súlade so všeobecne záväzným právnym predpisom. Poskytovateľ je povinný na riadne a čitateľne vyplnenom preskripčnom zázname, lekárskom predpise alebo lekárskom poukaze, vyplniť všetky náležitosti v súlade so zákonom č. 362/2011 Z. z. Za úplnosť a správnosť vyplnenia preskripčného záznamu, lekárskeho predpisu, lekárskeho poukazu zodpovedá lekár alebo iná oprávnená osoba, ktorý preskripčný záznam, lekársky predpis alebo lekársky poukaz vyplnil.
 - q. požiadať poisťovňu o dodanie liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín, pri ktorých poisťovňa vopred v písomnej alebo elektronickej forme, najmä však zverejnením na svojom webovom sídle www.vszp.sk (ďalej len „webové sídlo“) oznámi poskytovateľovi, že ich zabezpečuje pre poskytovateľov od ich výrobcu alebo veľkodistribútora.
 - r. výška úhrady zdravotnou poisťovňou, výška úhrady pacienta a podmienky úhrady sa riadia Zoznamom kategorizovaných liekov plne uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia, Zoznamom kategorizovaných zdravotníckych pomôcok plne uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia, Zoznamom kategorizovaných dietetických potravín plne uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia platnými v čase výdaja lieku, zdravotníckej pomôcky a dietetickej potraviny.
 - s. osobitné prípady úhrad registrovaných ale nekategorizovaných liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín sa riadia ustanoveniami § 88 zákona č. 363/2011 Z. z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 363/2011 Z.z.“)
2. Poskytovateľ zodpovedá za účelnosť, efektívnosť a hospodárnosť indikovania zdravotnej starostlivosti a poskytovania lekárskej 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. 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. Postup a príslušné tlačivá sú uverejnené na webovom sídle poisťovne.
 4. Poskytovateľ všeobecnej ambulantnej starostlivosti alebo iná oprávnená osoba (sestra, pôrodná asistentka), ktorá predpisuje lieky, zdravotnícku pomôcku alebo dietetickú potravinu na základe odporúčania odborného lekára (aj v prípade, že ide o predpis bez preskripčného obmedzenia), uvedie v preskripčnom zázname a pri predpisovaní na lekárske predpisy alebo lekárske poukazy, na rubovej strane poznámku: „NA ODPORÚČANIE ODBORNÉHO LEKÁRA“ s uvedením mena a priezviska a kódu odborného lekára, názvu, sídla a kódu poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, dátumu vytvorenia elektronického záznamu o poskytnutí ambulantnej starostlivosti alebo elektronického záznamu o prepustení osoby z ústavnej zdravotnej starostlivosti alebo dátumu lekárskej správy alebo prepúšťacej správy, v ktorej odporučal predpísanie humánneho lieku, zdravotníckej pomôcky a dietetickej potraviny; za opodstatnenosť indikácie odporúčaného lieku, zdravotníckej pomôcky alebo dietetickej potraviny zodpovedá odporúčajúci odborný lekár. Všeobecný lekár alebo iná oprávnená osoba poznámku na lekárskom predpise autorizuje odtlačkom svojej pečiatky, dátumom a jeho vlastnoručným podpisom, ak nejde o predpis formou preskripčného záznamu. Odborný lekár v odporúčaní uvedie ako dlho má všeobecný lekár alebo iná oprávnená osoba liek, zdravotnícku pomôcku alebo dietetickú potravinu

pacientovi predpisovať, pričom táto lehota nesmie presiahnuť 12 mesiacov; ošetrojúci lekár ústavného zdravotníckeho zariadenia v prepúšťacej správe uvedie kód poskytovateľa a kód lekára indikujúceho liečbu s uvedením lehoty, počas ktorej má indikovaná liečba trvať. Humánny liek, zdravotnícka pomôcka alebo dietetická potraviná predpísaná všeobecným lekárom alebo inou oprávnenou osobou na základe odporúčania odborného lekára nie je uhrádzaná na základe verejného zdravotného poistenia, ak poskytovateľ zdravotnej starostlivosti, s ktorým je odborný lekár v pracovnoprávnom vzťahu alebo obdobnom pracovnom vzťahu, nemá uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti so zdravotnou poisťovňou, v ktorej je pacient poistený.

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 podskupin I1 až I5 len vtedy, pokiaľ použitie sériovo vyrábanej zdravotníckej pomôcky je pre poistenca preukázateľne nevhodné. Poskytovateľ je povinný v zdravotnej dokumentácii a na lekárskom poukaze na zdravotnícku pomôcku, uviesť všetky údaje vyplývajúce zo všeobecne záväzných právnych predpisov (vrátane medicínskeho odôvodnenia nevhodnosti použitia sériovo vyrábanej zdravotníckej pomôcky) a ako kód zdravotníckej pomôcky uvedie číselný kód uvedený v Zozname zdravotníckych pomôcok na mieru. Poskytovateľ v preskripčnom zázname/lekárskom poukaze v časti Odôvodnenie predpisu pomôcky medicínsky odôvodní nevhodnosť použitia sériovo vyrábaných zdravotníckych pomôcok rovnakého účelu určenia, ktoré sú zaradené v Zozname zdravotníckych pomôcok plne uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia. Pod nevhodnosťou použitia sa rozumie skutočnosť, že sériovo vyrábané zdravotnícke pomôcky neposkytujú poistencovi liečebný prínos alebo podporu stabilizácie zdravotného stavu primerané k diagnóze, ktorá bola poistencovi objektívne stanovená. Poskytovateľ berie na vedomie, že ak predpíše individuálne zhotovovanú zdravotnícku pomôcku v rozpore s týmto bodom VZP alebo v rozpore s indikačnými alebo preskripčnými obmedzeniami, poisťovňa bude postupovať v súlade s § 121 ods. 6 zákona č. 362/2011 Z.z. (nárok poisťovne na náhradu plnenia voči poskytovateľovi).
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 predchádzajúceho súhlasu revízneho lekára zdravotnej poisťovne (v zmysle Zoznamu kategorizovaných liekov plne uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia, Zoznamu kategorizovaných zdravotníckych pomôcok plne uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia, Zoznamu kategorizovaných dietetických potravín plne uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia platnými v čase podania žiadosti o súhlas skratka „ind. obm., ZP“), požiada o vydanie súhlasu s úhradou na aktuálnom tlačive, ktoré je zverejnené na webovom sídle poisťovne. Vyplnené tlačivo poskytovateľ písomne alebo elektronicky doručí poisťovní pred poskytnutím lieku, zdravotníckej pomôcky, dietetickej potraviny. Poisťovňa do 10 dní po skompletizovaní žiadosti vydá stanovisko k úhrade lieku, zdravotníckej pomôcky, dietetickej potraviny a doručí ho poskytovateľovi.
8. Poskytovateľ v prípade súhlasného stanoviska s úhradou podľa bodu 7 vystaví samostatný preskripčný záznam alebo v zákonom stanovených prípadoch lekársky predpis, resp. poukaz a uvedie evidenčné číslo vydaného súhlasu s úhradou, dátum vydania súhlasu, dobu trvania vydaného súhlasu, kód produktu zhodný s kódom produktu na vydanom súhlase, eventuálne množstvo bal./ks, na ktorý je vydaný súhlas s úhradou, meno a priezvisko revízneho lekára, ktorý súhlas vydal, schválenú maximálnu výšku úhrady zdravotnou poisťovňou a označenie, že ide o PRODUKT NA VÝNIMKU.
9. Poskytovateľ všeobecnej ambulantnej starostlivosti alebo iný ošetrojúci lekár, ktorý potvrdil, navrhol alebo schválil poskytovanie domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ďalej len „DOS“) alebo ošetrovateľskej starostlivosti v zariadení sociálnej pomoci, zabezpečí potrebné lieky, zdravotnícke pomôcky a dietetické potraviny predpisom na lekársky predpis alebo lekársky poukaz; uvedené neplatí ak ide o zdravotnícke pomôcky, ktoré sú súčasťou povinného materiálno-technického vybavenia zariadenia sociálnej pomoci v zmysle súvisiacich všeobecne záväzných právnych predpisov). 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 návštevných služieb alebo ambulantne. Poskytovateľ všeobecnej ambulantnej starostlivosti alebo iný ošetrojúci lekár:
 - a. spolupracuje pri poskytovaní DOS s ADOS a zariadením sociálnej pomoci, ktoré sú v zmluvnom vzťahu s poisťovňou,
 - b. navrhuje poskytovanie DOS poistencom, s ktorými má uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti,
 - c. poskytovateľom ADOS schvaľuje plán ošetrovateľskej starostlivosti a rozsah poskytovania DOS, pre zariadenia sociálnej pomoci špecifikuje indikáciu ošetrovateľskej starostlivosti vzhľadom k zdravotnému stavu poistenca na tlačive Kontrolného listu podľa štandardného postupu Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta v zariadení sociálnej pomoci alebo na samostatnom tlačive lekárskeho nálezu

- d. Návrh na poskytovanie DOS, ktorého vzor je zverejnený na webovom sídle poisťovne, potvrdí svojim podpisom a odlačkou pečiatky. Do zdravotnej dokumentácie poistenca 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 odberov, kontrola tlaku krvi u imobilných hypertonikov a pod. Návrh musí byť riadne vyplnený, zdôvodnený a potvrdený. Ak poskytovanie DOS navrhuje všeobecný lekár poistenca, návrh zdôvodní, podpíše a potvrdí pečiatkou iba všeobecný lekár. Ak poskytovanie DOS navrhuje iný ošetrojúci lekár poistenca, návrh zdôvodní, podpíše a potvrdí pečiatkou tento ošetrojúci lekár; zároveň tento návrh podpíše a pečiatkou potvrdí aj všeobecný lekár poistenca, ktorého sa takýto návrh iného ošetrojúceho lekára týka. Za indikovanie ošetrovateľskej starostlivosti je zodpovedný indikujúci lekár. Ak všeobecný lekár liečbu nenavrhol, tak v návrhu uvedie kód indikujúceho lekára.
- e. Návrh zodpovednej osoby na indikáciu poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti osobe umiestnenej v zariadení sociálnej pomoci (ďalej len „Návrh“) musí byť riadne vyplnený a potvrdený zodpovednou osobou a všeobecným lekárom poistenca. Do zdravotnej dokumentácie poistenca lekár zaznamená údaj o potvrdení Návrhu a rozsah navrhutej ošetrovateľskej starostlivosti.
10. Poskytovateľ všeobecnej ambulantnej starostlivosti alebo iný ošetrojúci lekár poskytuje v prípade potreby pracovníkom DOS, ADOS a zariadenia sociálnej pomoci konzultácie v rozsahu príslušnej špecializácie týkajúce sa u neho kapitovaných poistencov. Poskytovateľ všeobecnej ambulantnej starostlivosti, ktorý indikoval dlhodobé poskytovanie DOS, vykoná u poistenca 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 poistenca. Poskytovateľ všeobecnej ambulantnej starostlivosti, ktorý navrhol dlhodobé poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti v zariadení sociálnej pomoci, vykoná u poistenca každých šesť mesiacov návštevu a do zdravotnej dokumentácie uvedie epikrízu. Epikrízu vyhotovenú ošetrojúcim lekárom s odôvodnením indikácie pokračovania ošetrovateľskej starostlivosti vzhľadom k zdravotnému stavu poistenca zasiela zariadenie sociálnej pomoci do zdravotnej poisťovne v prípade, že zdravotný stav poistenca vyžaduje pokračovanie poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti podľa indikačných kritérií na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti osobe umiestnenej v zariadení sociálnej pomoci (ďalej len „indikačné kritériá“) aj po 6 mesiacoch a v prípade, ak poistenec preruší pobyt v zariadení sociálnej pomoci na dlhšie ako 1 mesiac a po jeho návrate zdravotný stav poistenca vyžaduje poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti podľa indikačných kritérií.
11. Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti:
- indikuje vykonanie výkonov spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek (ďalej len „SVLZ“) uhrádzaných z verejného zdravotného poistenia, ak ich poskytnutie je potrebné zo zdravotných dôvodov,
 - môže indikovať len tie SVLZ výkony, ktoré sú nevyhnutné pre ním poskytovanú zdravotnú starostlivosť alebo boli tieto výkony vyžiadané iným poskytovateľom,
 - môže o poskytnutie výkonov SVLZ požiadať len poskytovateľa prevádzkujúceho zariadenie SVLZ (ďalej len „poskytovateľ SVLZ“), s ktorým má poisťovňa uzatvorenú zmluvu o poskytovaní a úhrade zdravotnej starostlivosti, to neplatí ak pacient výslovne požiada o to, aby výkony SVLZ poskytol poskytovateľ, s ktorým poisťovňa nemá uzatvorenú zmluvu a tieto výkony SVLZ uhradí ako samoplatca,
 - súčasne platí, že poskytovateľ SVLZ nemôže poisťovní vykázať k úhrade výkonov SVLZ indikovaných poskytovateľom, ktorý nemá s poisťovňou uzatvorenú zmluvu o poskytovaní a úhrade zdravotnej starostlivosti alebo výkony, pri ktorých bola na žiadanke uvedená informácia, že ide o výkon nehradený na základe verejného zdravotného poistenia
12. Poskytovateľ, ktorý indikuje výkony SVLZ, na žiadanke o vykonanie výkonov SVLZ uvedie:
- a. meno, priezvisko, rodné číslo poistenca (resp. evidenčné číslo poistenca),
 - b. kód poisťovne poistenca,
 - c. diagnózu ochorenia poistenca podľa 10. revízie Medzinárodnej klasifikácie chorôb (MKCH 10),
 - d. druh a počet požadovaných vyšetrení,
 - e. kód odosielajúceho zdravotníckeho pracovníka,
 - 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. Uvedené sa týka aj delegovaných výkonov v zmysle platného Odborného usmernenia Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o postupe objednávaní, vykonávaní a kontroly laboratórných a zobrazovacích vyšetrení (ďalej len „OU MZ SR o postupe objednávaní, vykonávaní a kontroly laboratórných a zobrazovacích vyšetrení“).
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 zdravotnej starostlivosti, 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. Uvedené sa týka aj delegovaných výkonov v zmysle platného OU MZ SR o postupe objednávaní, vykonávaní a kontroly laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení
16. Poskytovateľ môže v priamej súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti poistencovi objednať u poskytovateľa, ktorý má uzatvorenú s poisťovňou zmluvu o preprave ako službu súvisiacu s poskytovaním zdravotnej starostlivosti prepravu z miesta bydliska poistenca do miesta poskytovania zdravotnej starostlivosti poistencovi a späť alebo medzi dvomi miestami poskytovania zdravotnej starostlivosti.
17. Poskytovateľ je povinný v zdravotnej dokumentácii odôvodniť objednanie prepravy. Prepravu poskytovateľ objednáva na tlačive „Príkaz na prepravu zo zdravotných dôvodov“, ktorého vzor je uvedený na webovom sídle poisťovne. Za objednanie prepravy je zodpovedný objednávajúci lekár, ktorý môže prepravu objednať iba za účelom prevozu:
- a. poistenca do zdravotníckeho zariadenia alebo zo zdravotníckeho zariadenia v cudzine alebo štátoch EÚ na vopred schválenú liečbu príslušnou pobočkou poisťovne,
 - b. poistenca na vyššie odborné alebo špecializované pracovisko ako pokračovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti,
 - c. poistenca, 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. transfúzných prípravkov a liekov v osobitne naliehavých prípadoch
18. Ak poskytovateľ lekárenskej starostlivosti vydal liek, zdravotnícku pomôcku alebo dietetickú potravinu na základe preskripčného záznamu, lekárskeho predpisu alebo lekárskeho poukazu, ktorého predpísaním predpisujúci lekár alebo iná oprávnená osoba porušila povinnosť dodržiavať preskripčné a indikačné obmedzenia alebo povinnosť podľa § 119 ods. 11 a § 119a zákona č. 362/2011 Z. z., poisťovňa je povinná uhradiť lekárenskú starostlivosť poskytovateľovi, ak poskytovateľ pri výdaji neporušil žiadne povinnosti upravené týmito VZP, ktoré by mali vplyv na to, že inak by zdravotnícka pomôcka nebola vydaná. Poisťovňa má právo na náhradu plnenia podľa predchádzajúcej vety voči predpisujúcemu lekárovi alebo inej oprávnenej osobe, ktorá takéto porušenie zákonných povinností spôsobila.
19. Ak poskytovateľ lekárenskej starostlivosti napriek upozorneniu zo strany poisťovne vydal liek, zdravotnícku pomôcku alebo dietetickú potravinu na základe preskripčného záznamu, lekárskeho predpisu alebo lekárskeho poukazu, pri predpise ktorého predpisujúci lekár alebo iná oprávnená osoba porušila povinnosť § 120 ods. 1 písm. g) zákona č. 362/2011 Z. z. (ide najmä o lekársky predpis alebo poukaz vystavený nezmluvným lekárom, inou oprávnenou osobou alebo odborným lekárom v pracovnom právnom alebo obdobnom pracovnom vzťahu u nezmluvného poskytovateľa), poisťovňa nie je povinná uhradiť lekárenskú starostlivosť poskytovateľovi.
20. V ambulatnom zdravotníckom zariadení nesmie predpisujúci lekár alebo iná oprávnená osoba vydávať humánne lieky, zdravotnícke pomôcky a dietetické potraviny okrem tých, ktoré obstarala zdravotná poisťovňa podľa čl. 6 ods. 13 písm. b) zákona č. 581/2004 Z.z. a o ktorých to ustanoví všeobecne záväzný právny predpis (napr. § 18 ods. 1 písm. c) štvrtého bodu, ďalej lieky s poznámkou na „ad manus medicí“ na preskripčnom zázname alebo lekárskom predpise v zmysle § 119 ods. 16 zákona č. 362/2011 Z.z).
21. Poskytovateľ lekárenskej starostlivosti
- a) poskytuje poistencom poisťovne lekárenskú starostlivosť vo verejnej lekárni v rozsahu činnosti stanovenej v povolení na poskytovanie lekárenskej starostlivosti vydanom príslušným orgánom
 - b) prevádzkuje verejnú lekáreň v súlade so zákonom č 362/2011 Z. z. a s ďalšími súvisiacimi platnými všeobecne záväznými právnymi predpismi,

- c) zodpovedá za to, že odborný zástupca vykonáva činnosť odborného zástupcu len na jednom mieste výkonu činnosti a že zdravotnícki pracovníci poskytujúci lekárenskú starostlivosť spĺňajú zákonom stanovené podmienky na poskytovanie tejto starostlivosti,
- d) dodržiava všetky povinnosti stanovené v § 23 ods. 1 zákona č. 362/2011 Z. z., najmä:
- da) poskytuje lekárenskú starostlivosť podľa zákona č. 362/2011 Z. z.,
 - db) dodržiava požiadavky správnej lekárenskej praxe,
 - dc) vykonáva zabezpečovanie, uchovávanie, prípravu, kontrolu, výdaj liekov a zdravotníckych pomôcok vrátane internetového výdaja,
 - dd) vykonáva zabezpečovanie a výdaj dietetických potravín,
 - de) vykonáva zhotovovanie zdravotníckych pomôcok na mieru a ich výdaj,
 - df) vykonáva dohľad nad liekmi a dohľad nad zdravotníckymi pomôckami,
 - dg) vykonáva zabezpečovanie, uchovávanie a výdaj doplnkového sortimentu,
 - dh) vykonáva fyzikálne a biochemické vyšetrenia zamerané na primárnu prevenciu a sledovanie účinnosti a bezpečnosti farmakoterapie, ktoré si nevyžadujú ďalšie laboratórne spracovanie,
 - di) zabezpečuje spätný predaj humánnych liekov zaradených v zozname kategorizovaných liekov držiteľovi povolenia na veľkodistribúciu humánnych liekov, ktorý ich držiteľovi povolenia na poskytovanie lekárenskej starostlivosti vo verejnej lekárni alebo v nemocničnej lekárni dodal, a predaj humánnych liekov zaradených v zozname kategorizovaných liekov medzi držiteľmi povolenia na poskytovanie lekárenskej starostlivosti vo verejnej lekárni alebo v nemocničnej lekárni na účel ich výdaja vo verejnej lekárni alebo v nemocničnej lekárni ak bol tento predaj uskutočnený v súlade s § 23 ods. 1 písm. as) zákona č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 362/2011 Z. z.“).
 - dj) vyberá od poisťencov poisťovne úhradu za humánne lieky, zdravotnícke pomôcky a dietetické potraviny čiastočne uhrádzané na základe verejného zdravotného poistenia pri zachovaní stanoveného pomeru úhrady poisťovne a poistenca poisťovne, s výnimkou postupu podľa § 89 ods. 2 zákona č. 363/2011 Z.z.,
 - dk) uvádza na doklade z registračnej pokladne údaj o výške prepočítaného doplatku za najlacnejší náhradný liek, ak sa tento započítava do úhrnnej výšky úhrad poistenca poisťovne podľa osobitného predpisu;
 - dl) pri výdaji lieku, zdravotníckej pomôcky alebo dietetickej potraviny na základe lekárskeho predpisu alebo lekárskeho poukazu, ktoré sú čiastočne alebo úplne uhrádzané na základe verejného zdravotného poistenia, overuje zhodu údajov na lekárskom predpise alebo lekárskom poukaze s údajmi v preskripčnom zázname a s údajmi na preukaze poistenca, občianskom preukaze s elektronickým čipom alebo doklade o pobyte s elektronickým čipom a ak zistí nesprávnosť údajov lekárskeho predpisu alebo lekárskeho poukazu v mene, priezvisku, rodnom čísle alebo v číselnom kóde zdravotnej poisťovne, pričom pôjde o zjavnú chybu v písaní, vykonať opravu týchto údajov na lekárskom predpise alebo lekárskom poukaze, inak je oprávnený lekárske predpisy alebo lekárske poukazy odmietnuť,
- e) zabezpečí pri zaobchádzaní s liekmi, zdravotníckymi pomôckami a dietetickými potravinami podmienky pre zachovanie ich kvality, účinnosti a bezpečnosti,
- f) vydá liek, dietetickú potravinu a zdravotnícku pomôcku len na preskripčný záznam, výpis z preskripčného záznamu, lekárske predpisy, výpisy z lekárskeho predpisu a lekárske poukazy, ktoré spĺňajú náležitosti podľa zákona č. 362/2011 Z. z., s výnimkou dôležitých liekov, o ktorých vydanie rozhodne osoba oprávnená vydať liek,
- g) vydá liek, zdravotnícku pomôcku, dietetickú potravinu na základe preskripčného záznamu, ak bol liek, zdravotnícka pomôcka, dietetická potravina predpísaná elektronicky vytvorením preskripčného záznamu,
- h) na základe lekárskeho poukazu vydá poisťencovi poisťovne len zdravotnícku pomôcku platne registrovanú alebo evidovanú Štátnym ústavom pre kontrolu liečiv (ďalej len „ŠÚKL“) v súlade s § 110 zákona č. 362/2011 Z. z.,
- i) lieky, zdravotnícke pomôcky alebo dietetické potraviny, ktoré tvoria osobitné prípady úhrad a vyžadujú predchádzajúci súhlas poisťovne s ich úhradou, vydá poskytovateľ iba v prípade, ak na zadnej strane lekárskeho predpisu je predpisujúcim lekárom uvedený evidenčné číslo vydaného súhlasu s úhradou, dátum vydania súhlasu, dobu trvania vydaného súhlasu, kód produktu zhodný s kódom produktu na vydanom súhlase, eventuálne množstvo bal./ks, na ktorý je vydaný súhlas s úhradou, údaj o nedočerpanom množstve, meno a priezvisko revízneho lekára, ktorý súhlas vydal, schválenú maximálnu výšku úhrady zdravotnou poisťovňou a označenie, že ide o PRODUKT NA VÝNIMKU,
- j) vedie riadne a v súlade so skutočným stavom kusovú evidenciu liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín a systém kusovej evidencie sprístupní poisťovní na požiadanie tak, aby poisťovňa mohla účinne skontrolovať správnosť predpisovania a výdaja; na požiadanie sprístupní poisťovní všetky doklady o nadobudnutí liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín a umožní súčasne

- kontrolu skladových zásob, údaje o počtoch všetkých vydaných liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín v kontrolovanom období za všetky zdravotné poisťovne,
- k) ak poistenec poisťovne nepredloží občiansky preukaz s elektronickým čipom, ak ho má vydaný, preukaz poistenca alebo európsky preukaz zdravotného poistenia, poskytovateľ môže vydať liek, dietetickú potravinu alebo zdravotnícku pomôcku len za plnú úhradu poisťovne; poskytovateľ nemá v takom prípade voči poisťovni nárok na úhradu,
 - l) je povinný plniť vlastné daňové povinnosti podľa § 78 zákona č. 222/2004 Z. z. o dani z pridanej hodnoty v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 222/2004 Z. z.“) tak, aby poisťovňa nebola zaviazaná na plnenie ručenia za daň v zmysle § 69b tohto zákona,
 - m) postupovať v súlade s platným odborným usmernením MZ SR pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v oblasti poskytovania a úhrady vecných dávok podľa platnej legislatívy Európskej únie (ďalej len „EÚ“) pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti poisťovňou v Slovenskej republike,
 - n) pri výdaji liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín dodržiavať všetky preskripčné obmedzenia, množstvom, finančné a časové limity stanovené v záväzných opatreniach MZ SR,
 - o) zabezpečiť, aby výdajová pečiatka lekárne bola vyhotovená podľa aktuálne platného Metodického usmernenia Úradu o pečiatkach lekárov, vybraných pracovníkov v zdravotníctve a poskytovateľov zdravotnej starostlivosti,
 - p) zodpovedá za doručenie faktúry poisťovni, pričom za deň doručenia faktúry sa považuje deň, kedy k zaslanej faktúre boli dodané do centra spracovania výkonov príslušného podľa miesta prevádzky poskytovateľa (ďalej aj ako „do poisťovne“) tie lekárske predpisy a lekárske poukazy, ktoré sú neoddeliteľnou prílohou faktúry v súlade s čl. 5 týchto VZP,
 - y) je povinný na základe osobitnej písomnej žiadosti poisťovne, zabezpečiť uskladnenie liekov a zdravotníckych pomôcok obstaraných poisťovňou na základe žiadosti poskytovateľa zdravotnej starostlivosti v zmysle § 6 ods. 13 písm. b) zákona č. 581/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov a zabezpečiť ich výdaj poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti v súlade s požiadavkami na správnu lekárenskú prax a zabezpečiť, aby nedošlo k ich poškodeniu alebo zneužitiu,
 - z) sa zaväzuje dodržiavať povinnosti stanovené zákonom č. 153/2013 Z.z.,
 - za) je povinný bezodkladne vytvoriť dispenzačný záznam podpísaný zdokonaleným elektronickým podpisom v elektronickej zdravotnej knižke o vydanom humánnom lieku, ktorého predpis je viazaný na lekársky predpis, zdravotníckej pomôcke, dietetickej potravine, ktorá je uvedená v zozname kategorizovaných dietetických potravín, alebo zdravotníckej pomôcke, ktorá je uvedená v zozname kategorizovaných zdravotníckych pomôcok, ak je dietetická potravina alebo zdravotnícka pomôcka uhrádzaná na základe verejného zdravotného poistenia,
 - zb) pri výdaji humánného lieku alebo dietetickej potraviny predpísanej na lekárskom predpise alebo pri výdaji zdravotníckej pomôcky predpísanej na lekárskom poukaze je poskytovateľ povinný vytvoriť dispenzačný záznam podľa § 121 ods. 3 písm. d) zákona č. 362/2011 Z. z. a potvrdiť výdaj humánného lieku, zdravotníckej pomôcky alebo dietetickej potraviny svojím podpisom na lekárskom predpise alebo lekárskom poukaze odtlačkom svojej pečiatky a dátumom výdaja; uvedené neplatí, ak sa humánný liek, zdravotnícka pomôcka alebo dietetická potravina vydáva na základe preskripčného záznamu,
 - zc) je oprávnený, v prípade záujmu poistenca poisťovne, autentifikovať tohto poistenca za účelom aplikácie mobilnej aplikácie poisťovne. Podrobnosti ohľadne postupu autentifikácie poistenca sú zverejnené na webovom sídle poisťovne.
22. V rámci postupu pri výdaji liekov a manipulácii s lekáskymi predpismi a poukazmi platia nasledovné podmienky:
- a) platnosť lekárskeho predpisu alebo preskripčného záznamu je
 - aa) sedem dní na hromadne vyrábaný humánný liek a individuálne pripravovaný humánný liek, ak neobsahuje protimikrobiálne antibiotikum, chemoterapeutikum, omamnú látku II. skupiny a psychotropnú látku II. skupiny a dietetickú potravinu,
 - ab) päť dní na humánný liek s obsahom omamnej látky II. skupiny a psychotropnej látky II. skupiny,
 - ac) tri dni na humánný liek s obsahom protimikrobiálneho antibiotika a chemoterapeutika,
 - ad) jeden deň na humánný liek predpísaný lekárom zubolekárskej pohotovostnej služby, lekárom ambulantnej pohotovostnej služby a lekárom ústavnej pohotovostnej služby,
 - ae) pri preskripčnom zázname s poznámkou „REPETATUR“ najviac jeden rok.
 - b) Platnosť preskripčného záznamu, ak ide o zdravotnícku pomôcku, a lekárskeho poukazu je jeden mesiac. Platnosť preskripčného záznamu a lekárskeho poukazu na individuálne zhotovenie ortopedicko-protetickej zdravotníckej pomôcky na mieru alebo stomatologickej zdravotníckej pomôcky na mieru je tri mesiace, ak bol preskripčný záznam uplatnený alebo lekársky poukaz predložený vo výdajni zdravotníckych pomôcok do jedného mesiaca odo dňa, keď bol vystavený.
 - c) Poskytovateľ nevydá humánný liek, zdravotnícku pomôcku a dietetickú potravinu, ak preskripčný záznam, lekársky predpis alebo lekársky poukaz nie je vyplnený podľa § 120 ods. 1 zákona č. 362/2011 Z. z., okrem dôležitého humánného lieku, o vydaní ktorého rozhodne osoba oprávnená vydať humánný

- liek s prihliadnutím na naliehavosť podania humánneho lieku poistencovi poisťovne, ak ide o bezprostredné ohrozenie života alebo hrozí závažné zhoršenie jeho zdravotného stavu.
- d) Poskytovateľ, ktorý vydáva lieky, zdravotnícke pomôcky a diétetické potraviny pri výdaji humánneho lieku, zdravotníckej pomôcky alebo diétetickej potraviny je povinný vyznačiť v dispenzačnom zázname časť ceny vydaného humánneho lieku, zdravotníckej pomôcky alebo diétetickej potraviny, ktorú uhrádza príslušná zdravotná poisťovňa, a časť ceny vydaného humánneho lieku, zdravotníckej pomôcky alebo diétetickej potraviny, ktorú uhrádza poistenec. Osoba oprávnená vydávať lieky pri výdaji humánneho lieku potvrdí v liekovej knižke poistenca výdaj humánneho lieku, ak ju poistencovi zdravotná poisťovňa vydala a poistenec ju pri výdaji humánnych liekov predložil; to neplatí, ak sa humánny liek, zdravotnícka pomôcka alebo diétetická potravina vydáva na základe preskripčného záznamu.
- e) Poskytovateľ je povinný v prípadoch uvedených v Čl. 5 časť B bod 13 pripojiť lekársky predpis a lekársky poukaz, na základe ktorého bol vydaný humánny liek, diétetická potravina alebo zdravotnícka pomôcka uhrádzaná z verejného zdravotného poistenia k faktúre, ktorú zašle poisťovní, ak v osobitnej Zmluve nie je uvedené inak. V prípade lekárskeho predpisu na lieky s obsahom omamnej látky II. skupiny, je prvopis osobitného tlačiva lekárskeho predpisu povinnou prílohou faktúry podľa zákona č. 362/2011 Z. z. § 120 ods. 8. V prípade poistencov iných členských štátov EÚ, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu a Švajčiarska je poskytovateľ povinný k faktúre ako prílohu pripojiť kópiu nárokového dokladu, ak sa poistenec iného štátu preukázal európskym preukazom alebo náhradným certifikátom a súčasne lekársky predpis alebo výpis z lekárskeho predpisu, ak sa liek, diétetická potravina alebo zdravotnícka pomôcka nevydáva na základe preskripčného záznamu. Kópia nárokového dokladu sa nepredkladá za poistenca EÚ, ktorý sa preukázal preukazom zdravotnej poisťovne SR s označením „EÚ“, príslušným nárokovým dokladom zaevidovaným v slovenskej zdravotnej poisťovni.
- f) Poskytovateľ zodpovedá za správnosť výdaja podľa preskripčného záznamu lekárskeho predpisu a lekárskeho poukazu. Ak ide o výdaj humánneho lieku je osoba oprávnená vydávať lieky povinná kontrolovať správnosť dávkovania humánneho lieku z hľadiska prekročenia najvyššej jednotlivej a dennej dávky liečiva a upozorniť na osobitné varovania pri užívaní a používaní humánneho lieku. Rovnako je osoba, ktorá vydáva humánny liek, zdravotnícku pomôcku alebo diétetickú potravinu na základe lekárskeho predpisu alebo lekárskeho poukazu, povinná kontrolovať správnosť údajov uvedených na lekárskom predpise alebo lekárskom poukaze s údajmi uvedenými v preskripčnom zázname; to neplatí, ak bol lekársky predpis alebo lekársky poukaz vystavený ručne.
- g) Ak má poskytovateľ, ktorý vydáva humánny liek, zdravotnícku pomôcku a diétetickú potravinu pochybnosti o správnosti lekárskeho predpisu, lekárskeho poukazu alebo o správnosti preskripčného záznamu alebo o správnosti dávkovania humánneho lieku z hľadiska prekročenia najvyššej jednotlivej a dennej dávky liečiva alebo o dodržaní preskripčných a indikačných obmedzení a nemožno tieto pochybnosti odstrániť ani po overení u predpisujúceho lekára, humánny liek, zdravotnícku pomôcku alebo diétetickú potravinu nevydá.
- h) Poskytovateľ, ktorý vydáva humánny liek, zdravotnícku pomôcku a diétetickú potravinu pri výdaji
- ha) humánneho lieku, ktorý je uhrádzaný alebo čiastočne uhrádzaný na základe verejného zdravotného poistenia, je povinný informovať poistenca poisťovne o možnosti výberu náhradného humánneho lieku a o výške doplatku poistenca poisťovne za všetky náhradné humánne lieky podľa platného zoznamu kategorizovaných liekov, ktoré je možné vydať na základe predloženého preskripčného záznamu alebo lekárskeho predpisu,
 - hb) je povinný vydať poistencovi poisťovne humánny liek, ktorého liečivo je uvedené v prílohe č. 1 zákona č. 362/2011 Z. z., ktorý je bez doplatku alebo s najnižším doplatkom poistenca poisťovne a ktorý je dostupný, ak si poistenec poisťovne nevyberie inak; uvedené neplatí v prípade liekov, ktoré vyžadujú predchádzajúci súhlas zdravotnej poisťovne,
 - hc) humánneho lieku, zdravotníckej pomôcky a diétetickej potraviny vyznačí v dispenzačnom zázname a na lekárskom predpise alebo lekárskom poukaze názov a kód vydaného humánneho lieku,
 - hd) je povinný vydať humánny liek, zdravotnícku pomôcku alebo diétetickú potravinu na základe preskripčného záznamu, ak bol humánny liek, zdravotnícka pomôcka alebo diétetická potravina predpísaná elektronicky vytvorením preskripčného záznamu,
 - he) humánneho lieku na základe preskripčného záznamu s poznámkou „REPETATUR“ je povinný zaznamenať v dispenzačnom zázname počet balení vydaného humánneho lieku; pri výdaji humánneho lieku na základe preskripčného záznamu s poznámkou „REPETATUR“ sa nesmie vyhotoviť výpis z lekárskeho predpisu.

Čl.3

Kritériá na uzatváranie zmlúv

1. Poisťovňa v zmysle zákona č. 581/2004 Z. z. stanovuje a uverejňuje na úradnej tabuli v mieste sídla poisťovne a na webovom sídle poisťovne najmenej jedenkrát za deväť mesiacov kritériá na uzatváranie

- zmlúv s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti vzťahujúce sa na personálne a materiálno-technické vybavenie poskytovateľa a na indikátory kvality.
2. Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti je povinný poskytovať poisťovní údaje potrebné na vyhodnotenie indikátorov kvality uverejnených v rámci kritérií na uzatváranie zmlúv podľa bodu 1 tohto článku vo formáte určenom ministerstvom zdravotníctva, najneskôr do jedného kalendárneho mesiaca po ukončení časového obdobia, za ktoré budú indikátory kvality hodnotené.
 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, poskytovateľov záchranej zdravotnej služby a poskytovateľov lekárenskej starostlivosti; povinnosť poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti poskytovať poisťovní údaje potrebné na vyhodnocovanie indikátorov kvality tým nie je dotknutá.

Čl. 4

Vykazovanie poskytnutej zdravotnej a lekárenskej starostlivosti

1. Poskytovateľ vykazuje poskytnutú zdravotnú a lekárenskú starostlivosť a uplatňuje si úhradu od poisťovne za zúčtovacie obdobie, ktorým je jeden kalendárny mesiac.
2. Poskytovateľ je povinný správne, pravdivo, úplne, bez formálnych nedostatkov vykazovať:
 - na základe údajov uvedených v zdravotnej dokumentácii zdravotnú starostlivosť uhrádzanú na základe verejného zdravotného poistenia a poskytnutú v zúčtovacom období podľa zoznamu zdravotných výkonov pre klasifikačný systém diagnosticko-terapeutických skupín kódovaných podľa pravidiel kódovania chorôb a pravidiel kódovania zdravotných výkonov,
 - na základe preskripčných, dispenzačných záznamov, lekárskeho predpisu a lekárskeho poukazu lekárenskú starostlivosť poskytnutú v zúčtovacom období v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi tak, aby údaje v uvedených dokumentoch poskytovali pravdivý a komplexný prehľad o preskribovaných liekoch, zdravotných pomôckach a dietetických potravinách.Za neoprávnené vykázanú zdravotnú alebo lekárenskú starostlivosť sa považuje najmä:
 - a) nesprávne vykázaná starostlivosť – zdravotná alebo lekárenská starostlivosť je vykázaná správne, pokiaľ ju poskytovateľ vykázal v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi, Zmluvou a VZP. Starostlivosť, ktorú poskytovateľ poskytol, avšak chybné ju vykázal, t.j. nevykázal ju v súlade so všeobecnými záväznými právnymi predpismi, Zmluvou a VZP, sa považuje za nesprávne vykázanú,
 - b) nepravdivo vykázaná starostlivosť – zdravotná alebo lekárenská starostlivosť je vykázaná pravdivo, pokiaľ poskytovateľ vykáže zdravotnú alebo lekárenskú starostlivosť, ktorú v skutočnosti poskytol. Starostlivosť, ktorú poskytovateľ pri objektívnom posúdení všetkých okolností reálne nemohol poskytnúť a neposkytol, sa považuje za nepravdivo vykázanú starostlivosť. Za nepravdivo vykázanú starostlivosť sa považuje aj starostlivosť, ktorej poskytnutie nie je uvedené v zdravotnej dokumentácii pacienta vedenej poskytovateľom a poskytnutie starostlivosti nie je možné preukázať iným spôsobom v súlade so zákonom 576/2004 Z.z.,
 - c) starostlivosť vykázaná neúplne a/alebo s formálnymi nedostatkami - zdravotná alebo lekárenská starostlivosť je vykázaná úplne a/alebo bez formálnych nedostatkov, pokiaľ ju poskytovateľ vykázal správne a pravdivo, pričom kontrolou vykonanou podľa Čl. 6 VZP nie sú u poskytovateľa v súvislosti s vykázanou starostlivosťou zistené žiadne iné formálne nedostatky a pochybenia. Pokiaľ kontrolou vykonanou podľa Čl. 6 VZP boli u poskytovateľa zistené formálne nedostatky a pochybenia, 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, sestier, 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 poskytovateľa len v prípade, ak s jej použitím poisťovňa vopred súhlasila.
6. Poisťovňa preplatí liek vo výške za akú poskytovateľ liek obstaral za podmienky, že ide o obstarávaciu cenu rovnakú alebo nižšiu než je maximálna cena uvedená v kategorizácii MZ SR; ak je obstarávacía cena lieku vyššia poisťovňa preplatí liek len vo výške stanovenej maximálnej úhrady zdravotnej poisťovne za liek v zmysle kategorizácie MZ SR platnej v čase obstarania lieku poskytovateľom.
7. Poskytnutú zdravotnú starostlivosť vykazuje poskytovateľ zúčtovacími dokladmi. Zúčtovacím dokladom v prípade zdravotnej starostlivosti sú súbory v elektronickej forme obsahujúce zoznam poskytnutej zdravotnej starostlivosti, ktorú poskytovateľ poskytol počas zúčtovacieho obdobia, prírastky a úbytky kapitovaných poistencov (ďalej len „dávka“). Zúčtovacím dokladom v prípade lekárenskej starostlivosti sú

elektronické dispenzačné záznamy, ak v týchto VZP alebo osobitnej Zmluve nie je uvedené inak. 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 (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. Lekárenskú starostlivosť je poskytovateľ povinný vykazovať v súlade s integrovaným manuálom Národného centra zdravotníckych informácií.

8. Zdravotnú a lekárenskú 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; ak v osobitnej Zmluve nie je uvedené inak.
9. Zdravotnú a lekárenskú starostlivosť poskytnutú cudzincom tých štátov, s ktorými má Slovenská republika uzatvorené dohody o poskytnutí zdravotnej starostlivosti z prostriedkov štátneho rozpočtu na základe medzinárodných zmlúv a bezdomovcom (okrem členských štátov EÚ, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu a Švajčiarska) zdržujúcim sa na území SR, ak nemôžu preukázať poistný vzťah preukazom poistenca, vykazuje poskytovateľ osobitne na samostatných zúčtovacích dokladoch podľa platného metodického usmernenia Úradu, ak v osobitnej Zmluve nie je uvedené inak.

Čl.5 Platobné podmienky

Časť A Všeobecné platobné podmienky

1. Ak v Zmluve, ktorej súčasťou sú tieto Všeobecné zmluvné podmienky (ďalej len „Zmluva“) nie je ustanovené inak, poskytovateľ je povinný elektronicky prostredníctvom ePobočky fakturovať poskytnutú zdravotnú a lekárenskú starostlivosť a je oprávnený zaslať faktúru najskôr po uplynutí zúčtovacieho obdobia, ktorým je jeden kalendárny mesiac. V prípade doručenia faktúry pred uplynutím zúčtovacieho obdobia sa za deň doručenia faktúry považuje prvý kalendárny deň nasledujúceho mesiaca. Faktúru alebo faktúru s prílohami poskytovateľ doručí do poisťovne, najneskôr do 10 dní po uplynutí zúčtovacieho obdobia. Poskytovateľ predkladá za zúčtovacie obdobie iba jednu samostatnú faktúru, okrem opravných dokladov v zmysle Časti C tohto článku. Faktúru nie je možné zasielať v listinnej podobe.
2. Povinnou prílohou faktúry za poskytnutú zdravotnú starostlivosť sú:
 - dávky vykázané podľa platného dátového rozhrania (neplatí pre lekárenskú starostlivosť),
 - doklady podľa Zmluvy
3. Splatnosť formálne a vecne správnej faktúry je 30 dní odo dňa jej doručenia do poisťovne. Ak posledný deň lehoty pripadne na sobotu, nedeľu, sviatok alebo deň pracovného pokoja, posledným dňom lehoty je najbližší nasledujúci pracovný deň. V prípade predloženia vecne nesprávnej faktúry, t. j. v prípade potreby vystavenia opravného dokladu k pôvodne predloženej faktúre v zmysle bodu 3 Časti C., je splatnosť takto opravenej faktúry 5 pracovných dní odo dňa doručenia opravného dokladu, najmenej však 30 dní odo dňa doručenia pôvodnej, formálne správnej faktúry.
4. K splneniu záväzku poisťovne dôjde dňom pripísania finančných prostriedkov za poskytnutú zdravotnú starostlivosť na účet poskytovateľa.
5. Poskytovateľ alebo poverená osoba poskytovateľa súčasne s uzatvorením zmluvy o poskytovaní a úhrade zdravotnej alebo lekárenskej starostlivosti uzatvorí 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 elektronickou formou.
6. Ak poskytovateľ nemá zriadený prístup v ePobočke, poisťovňa poskytne poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti prihlasovacie údaje potrebné na tento prístup na účel kontroly výsledku spracovania finančného zúčtovania.

Časť B. Osobitné platobné podmienky pri vykazovaní lekárenskej starostlivosti

1. Poisťovňa uhradza poskytovateľovi poskytnutú lekárenskú starostlivosť uhrádzanú na základe verejného zdravotného poistenia na základe Zmluvy.
2. Podkladom na úhradu poskytnutej lekárenskej starostlivosti sú dispenzačné záznamy vytvorené poskytovateľom do mesačnej závierky dispenzačných záznamov (ďalej ako „mesačná závierka“) príslušného zúčtovacieho obdobia.
3. Poskytovateľ predloží za jedno zúčtovacie obdobie poisťovni jednu samostatnú faktúru za lekárenskú starostlivosť poskytnutú fyzickým osobám, podľa kategórií v zmysle § 3 a nasledujúcich zákona č. 580/2004 Z. z. nasledovným spôsobom:
 - 3.1. fyzická osoba – poistenec poisťovne,
 - 3.2. fyzická osoba – cudzinec,

- 3.3. fyzická osoba – poistenec iných členských štátov EÚ, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu a Švajčiarska,
 3.4. fyzická osoba – bezdomovec, ktorý sa zdržiava na území Slovenskej republiky,
 3.5. fyzická osoba – bez podanej prihlášky v zmysle § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z..
4. Faktúra podľa bodu 5 tejto časti obsahuje dispenzačné záznamy vyhotovené poskytovateľom do mesačnej závierky príslušného účtovacieho obdobia za lieky, diätetické potraviny a zdravotné pomôcky.
 5. Opravné, nevytvorené alebo nezaslané dispenzačné záznamy posielajú poskytovateľ do poisťovne ako súčasť faktúry za účtovacie obdobie, ktoré nasleduje po účtovacom období, za ktoré boli alebo mali byť pôvodné dispenzačné záznamy evidované, ak v Zmluve nie je uvedené inak.
 6. Prílohy k faktúre posielajú poskytovateľ výlučne prostredníctvom ePobočky, ak v Zmluve nie je uvedené inak.
 7. Poisťovňa vykonáva mesačnú závierku raz za kalendárny mesiac a to v posledný deň kalendárneho mesiaca o 24:00 hod.
 8. Pri vydaní zdravotníckej pomôcky, ktorá je zaradená v skupine so špeciálnym režimom výdaja, bude prílohu k lekárskeму poukazu tvoriť v jednom vyhotovení riadne vyplnená a poistencom poisťovne podpísaná dohoda o používaní zdravotníckej pomôcky v originálnom vyhotovení, v ktorej poskytovateľ vyznačí výrobné číslo vydanéj zdravotníckej pomôcky, dátum výdaja, výšku úhrady poisťovňou a poistencom poisťovne.
 9. Poskytovateľ môže realizovať opravu dispenzačného záznamu formou stornovania pôvodného dispenzačného záznamu a nahraním nového dispenzačného záznamu kedykoľvek do mesačnej závierky príslušného účtovacieho obdobia.
 10. Po mesačnej závierke príslušného účtovacieho obdobia je možné poisťovňou odmietnutý dispenzačný záznam stornovať a nahradiť ho až v nasledujúcom účtovacom období.
 11. Poisťovňa priebežne sprístupňuje zoznam dispenzačných záznamov, ktorý si poskytovateľ môže na ePobočke skontrolovať.
 12. V okamihu mesačnej závierky bude poskytovateľovi na ePobočke sprístupnený zoznam dispenzačných záznamov spolu so sumou, ktorú je možné uviesť na faktúre.
 13. K faktúram:
 - za výdaj humánneho lieku s obsahom omamnej látky II. skupiny alebo psychotropnej látky II. skupiny, ktorý je plne uhrádzaný alebo čiastočne uhrádzaný na základe verejného zdravotného poistenia, alebo zasielaným podľa § 12 ods. 3 Vyhlášky Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 232/2014 Z. z., ktorou sa upravuje postup poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, zdravotnej poisťovne a Úradu pri poskytovaní cezhraničnej zdravotnej starostlivosti alebo
 - za výdaj humánneho lieku, diätetické potraviny alebo zdravotníckej pomôcky, uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia, keď lekárske predpis/dispenzačný záznam alebo lekárske poukaz/dispenzačný záznam neobsahuje identifikátor preskripčného záznamu,

prílohu poskytovateľ ako povinnú prílohu originály riadne vyplnených, otaxovaných lekárske predpisov, výpisov

z lekárske predpisov a lekárske poukazov. Tieto originály balí poskytovateľ do zväzkov. Počet originálov v jednom zväzku nie je stanovený. Každý zväzok bude označený príslušným číslom faktúry, účtovacím obdobím faktúry, dvoma poradovými číslami, ktoré budú zodpovedať prvému a poslednému poradovému číslu originálu v zväzku, celkovým počtom dokladov vo zväzku. Každý zväzok bude tiež označený IČO, názvom poskytovateľa, kódom poskytovateľa, a názvom prevádzkarne, pričom môžu byť označené aj pečiatkou poskytovateľa s uvedenými údajmi.

Časť C Kontrola formálnej a vecnej správnosti faktúry a jej splatnosť

1. Poisťovňa vykoná kontrolu formálnej správnosti doručenej faktúry a úplnosti povinných príloh faktúry v zmysle tohto Čl. 5 a ak zistí, že faktúra nie je formálne správna, vráti ju poskytovateľovi najneskôr do 5 pracovných dní odo dňa jej doručenia do poisťovne na jej doplnenie alebo opravu spolu s uvedením dôvodu vrátenia. Lehota stanovená na vecnú kontrolu uvedená v bode 3 tejto časti C. a lehota splatnosti dohodnutá v Čl. 5 časti A bod 3 plyní odo dňa doručenia formálne správnej faktúry do poisťovne.
2. Poisťovňa u formálne správnej faktúry vykoná vecnú kontrolu vykázanéj zdravotnej a lekárskej starostlivosti, zameranú najmä na správnosť a úplnosť vykázaných údajov poskytovateľom.
3. Ak poisťovňa pri vecnej kontrole zistí zdravotnú alebo lekárske starostlivosť fakturovanú v rozpore so všeobecne záväznými právnymi predpismi alebo Zmluvou a VZP, spracuje tieto zistenia do chybových protokolov, v ktorých budú uvedené neakceptované výkony alebo lekárske predpisy, výpisy z lekárske predpisov a lekárske poukazy alebo dispenzačné záznamy s uvedením dôvodu ich zamietnutia. Neakceptovanie výkonov zamestnancom poisťovne povereným výkonom kontroly, bude stručne slovne odôvodnené. Tieto dokumenty sa odosielaajú cez ePobočku najneskôr 25 dní odo dňa doručenia formálne správnej faktúry spolu so Žiadosťou o vystavenie opravného dokladu k faktúre a návrhom opravného dokladu. Poskytovateľovi lekárskej starostlivosti sa poštou zasielaajú neakceptované lekárske predpisy, výpisy z lekárske predpisov a lekárske poukazy, ktoré boli povinnou prílohou k faktúre najneskôr do 25 dní odo dňa doručenia formálne správnej faktúry. Doručením opravného dokladu zodpovedajúceho sume

- uvedenej na doklade Žiadosť o vystavenie opravného dokladu k faktúre sa považuje faktúra za vecne správnu. Vystavenie opravného dokladu nevyučuje postup podľa bodu 4 tejto časti C. Ak poskytovateľ nevystaví opravný doklad alebo nepotvrdí návrh opravného dokladu doručený do ePobočky v lehote 3 mesiacov od poslania faktúry, poisťovňa vykoná úhradu faktúry vo výške uznanej sumy.
4. Ak poskytovateľ nesúhlasí so skutočnosťami uvedenými v chybovom protokole, doručí poisťovní písomne námietky voči skutočnostiam uvedeným v chybovom protokole do 30 dní odo dňa doručenia chybového protokolu. Námietky poisťovňa posúdi do 30 dní odo dňa ich doručenia. Opakované námietky v tej istej veci budú zmluvné strany riešiť dohodovacím konaním. Výzva na dohodovacie konanie musí byť písomná.
 5. Opakované vykázanie zdravotnej starostlivosti formou opravnej alebo aditívnej dávky, ktorá už bola súčasťou faktúry kontrolovanej poisťovňou v predchádzajúcom období viac ako jedenkrát zo strany poskytovateľa nemusí byť poisťovňou akceptované.

Čl. 6 **Kontrolná činnosť**

1. Poisťovňa v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi, Zmluvou a VZP vykonáva kontrolnú činnosť u poskytovateľa zameranú na správnosť, oprávnenosť, účelnosť, efektívnosť a hospodárnosť vynakladania prostriedkov verejného zdravotného poistenia, na rozsah a kvalitu vykázanej zdravotnej starostlivosti, na dodržiavanie všeobecne záväzných právnych predpisov, Zmluvy a VZP. Kontrolná činnosť sa vykonáva za prítomnosti poskytovateľa, alebo ním poverenej osoby tak, aby nebola závažne narušená prevádzka zdravotníckeho zariadenia; v prípade kontroly poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnej pomoci a prostredníctvom ADOS sa vykonáva kontrola aj na mieste poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti (v domácom alebo inom prirodzenom sociálnom prostredí poistenca), pričom sa nevyžaduje osobná prítomnosť poskytovateľa. Poskytovateľ je o tejto kontrole informovaný najneskôr pred jej začatím. Kontrolou na diaľku sa rozumie aj vyhodnocovanie elektronických zdravotných záznamov v elektronickej zdravotnej knižke revíznym lekárom, revíznou sestrou a revíznym farmaceutom v rozsahu ustanovenom všeobecne záväznými právnymi predpismi. Revízny lekár, revízna sestra a revízny farmaceut prístupujú k elektronickým zdravotným záznamom v elektronickej zdravotnej knižke prostredníctvom elektronického preukazu zdravotníckeho pracovníka.
2. Poisťovňa vykonáva kontrolu aj na základe informácií, podkladov, dokumentov, ktoré poskytol poskytovateľ poisťovní a údajov obsiahnutých v informačnom systéme poisťovne.
3. Zamestnanci poisťovne poverení výkonom kontroly, t.j. revízny lekár, revízna sestra, revízny farmaceut a v prípade, že ide o kontrolu hospodárnosti vynakladania prostriedkov verejného zdravotného poistenia, aj iný zamestnanec (ďalej len „kontrolná skupina“ alebo „poverená osoba“) sú povinní preukázať sa pri kontrole služobným preukazom a písomným poverením na výkon kontroly.
4. 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 v nevyhnutnom rozsahu 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; sprístupniť systém kusovej evidencie liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín tak, aby poisťovňa mohla účinne skontrolovať správnosť predpisovania a výdaja; na požiadanie sprístupniť poisťovní všetky doklady o nadobudnutí liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín a umožniť súčasne kontrolu skladových zásob, údaje o počtoch všetkých vydaných liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín v kontrolovanom období za všetky zdravotné poisťovne,
 - 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 prepravu, odporúčajúce listky, odborné lekárske nálezy, prepúšťacie správy)
5. Finančnú a kusovú kontrolu liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín, ktoré plne alebo čiastočne uhrádza zdravotná poisťovňa z prostriedkov verejného zdravotného poistenia vykoná farmaceut, alebo poverený zamestnanec poisťovne overením skutočnosti, či v kontrolovanom období poskytovateľ disponoval sledovanými liekmi, dietetickými potravinami a zdravotníckymi pomôckami v množstve a cene zodpovedajúcej množstvu a cene vykázanej poisťovňami. Pri podozrení na nezákonnú spoluprácu poskytovateľa a predpisujúceho lekára alebo poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, môže poisťovňa kontaktovať dotknutých pacientov (poistencov poisťovne), u ktorých je možné sa domnievať, že lekárska starostlivosť im nebola poskytnutá vo verejnej lekární alebo pobočke verejnej lekárne poskytovateľa, v požadovanom (t. j. vykazanom) rozsahu. V prípade ak sa potvrdia podozrenia poisťovne, tá je oprávnená vykázajú zdravotnú starostlivosť s definitívnou platnosťou odmietnuť, požadovať vrátenie neoprávnené

- uhradených nákladov poskytovateľa a zároveň okrem sankcií v zmysle Článku 7 odstúpiť vec na ďalšie šetrenie Slovenskej lekárskej komory ako aj ďalším orgánom kontroly v zmysle zákona č. 362/2011 Z. z.
6. 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 časť C bod 3 VZP. V tomto prípade sa záznam resp. protokol o kontrole nevystavuje.
 7. 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.
 8. Protokol bude obsahovať konkrétne porušenie všeobecne záväzných právnych predpisov alebo porušenie zmluvných povinností a upozornenie poskytovateľa na možnosť uloženia zmluvnej pokuty a na možnosť vypovedania zmluvy v prípade opakovaného porušenia povinností.
 9. 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 v stanovenej lehote nepodá písomné námietky 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 časť C bod. 4 VZP.
 10. Pokiaľ poskytovateľ v stanovenej lehote podá námietky k protokolu o kontrole, zmluvné strany prerokujú námietky k protokolu písomne alebo ústne do 30 kalendárnych dní odo dňa ich doručenia poisťovni. Výsledkom prerokovania námietok k protokolu je vyhotovenie zápisnice, ktorú podpíše vedúci kontrolnej skupiny a zodpovedný zástupca poskytovateľa. Zápisnica o prerokovaní námietok k protokolu bude obsahovať najmä konkrétne porušenie všeobecne záväzných právnych predpisov, ustanovení zmluvy alebo VZP, ktoré boli porušené, informácie o námietkach PZS k protokolu ako aj informácie, ktoré z námietok boli poisťovňou uznané ako opodstatnené, čiastočne opodstatnené, resp. boli uznané ako neopodstatnené.
 11. Kontrola je uzavretá uplynutím lehoty na podanie námietok k protokolu, resp. podpísaním zápisnice. V prípade odmietnutia podpísania zápisnice je kontrola uzavretá dňom tohto odmietnutia.
 12. V prípade doručenia zápisnice formou zásielky, ktorú poskytovateľ z akéhokoľvek dôvodu nepreberie, sa kontrola považuje za ukončenú dňom vrátenia nedoručenej zásielky poisťovni.
 13. Ak je uzavretou kontrolou zistená neoprávnene vykázaná zdravotná alebo lekárska starostlivosť, ktorá bola poisťovňou uhradená, poskytovateľ je povinný vrátiť takto uhradené plnenie poisťovni. V prípade, že poskytovateľ poisťovni do 30 dní od uzavretia kontroly nevráti neoprávnene prijaté plnenie, poisťovňa vykoná jednostranný zápočet svojej pohľadávky voči najbližšiemu splatnému vyúčtovaniu poskytovateľa. Ustanovenia Čl. 7 tým nie sú dotknuté.
 14. 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 písomne namietne kontrolovaný subjekt a možno mať pochybnosť o jej nezaujatosti. 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.

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 bod 2 písm. a) VZP zmluvnú pokutu vo výške 10% zo sumy nesprávne vykázané zdravotnej alebo lekárskej starostlivosti, ktorú poskytovateľ nesprávne vykázal a poisťovňa mu ju uhradila;

- ii. v článku 4 bod 2 písm. b) VZP zmluvnú pokutu maximálne do výšky 200% úhrady za zdravotnú alebo lekárenskú starostlivosť, ktorú poskytovateľ vykázal, no neposkytol a/alebo vykázal nad rámec lekárskeho predpisu alebo lekárskeho poukazu
 - iii. v článku 4 bod 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 podľa § 121 ods. 6 zákona č. 362/2011 Z.z. 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 alebo iná oprávnená osoba porušil povinnosť podľa Čl. 2 bod 1. písm. o) VZP;
 - ii. vo výške 50 EUR za každý prípad porušenia povinnosti podľa Čl. 2 bod 1 písm. p) a Čl. 2 bod 7 VZP,
 - iii. vo výške 100% realizovanej úhrady poisťovňou, ak predpisujúci lekár alebo iná oprávnená osoba predpisal 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 zdravotnú alebo lekárenskú starostlivosť za posledné 3 kalendárne mesiace predchádzajúce mesiacu, v ktorom bola začatá kontrola, maximálne však do výšky 3 000 EUR za každý prípad, ak poskytovateľ porušil povinnosť podľa Čl. 2 bod 1 písm. c), i) VZP;
- d. u poskytovateľa zmluvnú pokutu vo výške 500 EUR za každý prípad, ak poskytovateľ poruší povinnosť podľa Čl. 6 bod 4 VZP, maximálne však do výšky 5 000 Eur
- 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;
- f) maximálne do výšky 200% vykazanej hodnoty lekárenskej starostlivosti v rámci vykonávanej kontroly, ak poskytovateľ na požiadanie nepredloží doklady o nadobudnutí liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín, ktoré mali byť predmetom poskytnutej lekárenskej starostlivosti alebo v prípade, keď boli poisťencovi poisťovne vydané iné lieky, ako boli vykázané poskytovateľom;
- g) maximálne do výšky 500 Eur za akékoľvek porušenie niektorej z povinností podľa Čl. 2 bod 21 písm. a), b), c) a Čl. 2 bod 22 písm. g) VZP;
- h) maximálne do výšky 600 Eur, ak poskytovateľ v čase kontroly na požiadanie predloží doklady o nadobudnutí liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín, ale napriek tomu poisťovňa pri výkone kontroly zistí, že stav kontrolovaných liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín nie je totožný so systémom kusovej evidencie
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 bode 2 tohto článku za porušenie predmetnej povinnosti a vypovedať zmluvu. Za opakované porušenie rovnakej zmluvnej povinnosti sa považuje také porušenie, ku ktorému došlo v období začínajúcom po dni uzavretia kontroly, ktorou bolo konštatované porušenie povinnosti prvý raz a trvajúcom 12 kalendárnych mesiacov.
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, prípadne lekárenskú starostlivosť; to neplatí na pohľadávku štátu v správe poskytovateľa.
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 poisťovní.

Čl. 8 Záverečné ustanovenia

1. Súčasťou VZP sú „Pravidlá uznávania laboratórnych výkonov“, zverejnené na webovom sídle www.vszip.sk.
2. Jednotlivé ustanovenia VZP sú záväzné pre poskytovateľa, ak sa vzťahujú na ten druh zdravotnej starostlivosti, ktorý je predmetom Zmluvy,

3. Poistovňa je oprávnená zmeniť VZP z dôvodu zmeny právnych predpisov, zmeny a zvyšovania kvality technických, informačných, bezpečnostných a iných parametrov poskytovania verejného zdravotného poistenia.
4. VZP tvoria neoddeliteľnú súčasť zmluvy. Zmenu VZP podľa bodu 3 tohto článku VZP poisťovňa oznamuje poskytovateľovi prostredníctvom písomnosti doručenej na adresu sídla spoločnosti alebo dohodnutú korešpondenčnú adresu poskytovateľa, alebo prostredníctvom ePobočky na webovom sídle poisťovne do elektronického konta poskytovateľa, a to najneskôr 30 dní pred účinnosťou zmeny. Poskytovateľ písomný nesúhlas so zmenou VZP musí doručiť poisťovni najneskôr v deň predchádzajúci dňu účinnosti navrhovaných zmien. Poskytovateľ je oprávnený svoj písomný nesúhlas so zmenou VZP doručiť poisťovni. Ak do nadobudnutia účinnosti zmeny poskytovateľ neoznámí svoj nesúhlas s navrhovanou zmenou, platí, že zmeny prijal. Ak do nadobudnutia účinnosti zmeny poskytovateľ oznámí svoj nesúhlas s navrhovanou zmenou, pre zmluvné strany je záväzným znením VZP v doterajšom znení bez navrhovaných zmien.
5. 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.