

Príloha č. 1 k Zmluve č. 62KVYF000411**Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti
od 1.1.2013 do 31.12.2013****A. Ambulantná zdravotná starostlivosť****Všeobecné ustanovenia****Kapitácia**

Kapitáciou sa rozumie paušálna mesačná platba za poistenca s ktorým má poskytovateľ uzatvorenú 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 poisťovni.

Ak poistenec uzatvorí dohodu s ďalším poskytovateľom v rovnakej odbornosti, poisťovňa akceptuje dohodu podpísanú s neskorším dátumom až po preukázaní písomného odstúpenia od skoršej dohody, alebo uplynutí 6 mesiacov od jej uzatvorenia.

Ak nastane konflikt z dôvodu registrácie poistenca viacerými poskytovateľmi (viacnásobná registrácia), poisťovňa neuhradí kapitačnú platbu do vyriešenia konfliktu žiadnemu z nich. Viacnásobnou registráciou je registrácia poistenca súčasne u dvoch, prípadne viacerých poskytovateľov v rovnakej odbornosti v tom istom zúčtovacom období,

Poskytovatelia sú povinní na základe informácie poisťovne (chybový protokol) riešiť konflikty vzájomnou dohodou.

Kapitácia sa neuhrádza poskytovateľovi za Poistencov EÚ, bezdomovcov, cudzincov a poistencov, ktorí podľa platnej legislatívy majú nárok len na neodkladnú starostlivosť

Kapitácia zahŕňa všetky náklady a úhradu za zdravotnú starostlivosť poskytovanému poistencovi, okrem:

- výkonov uhrádzaných cenou bodu alebo cenou za výkon, uvedených v tabuľke Cena bodu, alebo Cena za výkon
- nákladov na lieky so symbolom úhrady „A“ zaradené do zoznamu liekov podľa osobitného predpisu

Úhrada za výkony vyjadrená cenou bodu

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

Výkony uvedené v tabuľke Cena bodu sa vo všeobecnej ambulantnej starostlivosti a špecializovanej ambulantnej starostlivosti v odbore gynekológia a pôrodnictvo uhrádzajú kapitovaným poistencom, ak nie je v tabuľke uvedené inak

Úhrada za výkony vyjadrená cenou za výkon

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

**1. Všeobecná ambulantná starostlivosť a špecializovaná ambulantná starostlivosť
v odbore gynekológia a pôrodnictvo****1.1. Všeobecná ambulantná starostlivosť pre dospelých:****„Cena kapitácie:**

od dovŕšenia 18 rokov do 18 rokov vrátane	2,04 €
od 19 do 40 rokov vrátane	1,89 €
od 41 do 50 rokov vrátane	1,89 €
od 51 do 60 rokov vrátane	2,08 €
od 61 do 80 rokov vrátane	2,31 €
od 81 a viac	2,62 €

Cena bodu:

preventívne zdravotné výkony (aj poistenci EÚ) 160	0,0350 €
výkon 15P - vyšetrenia EKG pri preventívnej prehliadke poistencov 40 ročných a starších- len spolu s výkonom 160 - výkon zahŕňa zhotovenie a vyhodnotenie EKG záznamu	0,039833 €
výkon 5702P - (počet bodov 550)- vyšetrenia EKG pri preventívnej prehliadke poistencov 40 ročných a starších- len spolu s výkonom 160, vykazovanie si vyžaduje odôvodnenie v zdravotnej dokumentácii. Výkon sa nemôže vykazovať spolu s výkonom 15p	0,007635 €
výkon 5702C (počet bodov 500) – akútne diagnostické EKG - výkon môže vykazovať všeobecný lekár pre dospelých, ktorý predloží doklad o prístrojovom vybavení ambulancie – 12 zvodový prístroj EKG, - indikácia pre akútne diagnostické EKG vyšetrenie a výsledok vyšetrenia musí byť zaznamenaný v zdravotnej dokumentácii poistenca u všeobecného lekára pre dospelých. výkon č. 5702C sa nevykazuje spolu s výkonom 160,15p,15c , 5702p.	0,007303 €
očkovanie - výkon 252b (počet bodov 70)	0,026555 €
návšteva - výkon 25, výkon 26 u kapítovaných poistencov	0,016597 €
výkony z I. časti Zoznamu výkonov pre poistencov EÚ, bezdomovcov, cudzincov a poistencov podľa § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z.	0,018257 €
výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ) pre nekapítovaných a poistencov EÚ	0,007303 €
neodkladná zdravotná starostlivosť poskytnutú poistencom poisťovne, s ktorými lekár nemá uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti	0,006639 €

Cena za výkon:

Kod výkonu TOKS	Charakteristika výkonu TOKS	Výsledok výkonu TOKS	Úhrada TOKS
159a	Preventívne vyšetrenie na krv v stolici s použitím troch testovacích papierikov v rámci opatrení na včasnú diagnostiku ochorenia na rakovinu, dodatok k výkonu pod kódom 160. 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.	pozitívny	6,04 €
159z	Preventívne vyšetrenie na krv v stolici s použitím troch testovacích papierikov v rámci opatrení na včasnú diagnostiku ochorenia na rakovinu, dodatok k výkonu pod kódom 160. 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.	negatívny	6,04 €
159x	Preventívne vyšetrenie na krv v stolici s použitím troch testovacích papierikov v rámci opatrení na včasnú diagnostiku ochorenia na rakovinu, dodatok k výkonu pod kódom 160. Výkon môže vykazovať lekár všeobecnej starostlivosti vtedy, ak poistenca poučil o dôležitosti vyšetrenia a zároveň vydal poistencovi diagnostický test	nevrátený/zneho dnotený test	3,02 €

VŠZP akceptuje výkon 159a,159z a 159x v súlade s prílohou č. 2 k zákonu 577/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov a Odborným usmernením Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky pre realizáciu programu skriningu kolorektálneho karcinómu zo dňa 1. septembra 2011, zverejnenému vo Vestníku MZ SR, čiastka 19-31, ročník 59 a v súlade s charakteristikou výkonov uvedených v tabuľke.

Štandardizovaný test na okultné krvácanie (TOKS) všeobecný lekár pre dospelých indikuje u bezpríznakových poistencov starších ako 50 rokov, v intervale raz za dva roky a ako súčasť preventívnej prehliadky (výkon č. 160). Interval medzi výkonom 160 a 159 môže byť maximálne 2 mesiace .

2. Špecializovaná ambulantná starostlivosť**2.1. Špecializovaná ambulantná starostlivosť****Cena bodu:**

výkony z I. časti Zoznamu výkonov	0,019170 €
výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ)	0,007303 €

3. Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky (SVLZ)

SVLZ - Laboratórne

Kód odbornosti	Špecializačný odbor	Cena bodu
024	Klinická biochémia –prevádzka do 24 hod.	0,005643 €
034	Klinická mikrobiológia	0,006639 €

SVLZ - Zobrazovanie

Špecializačný odbor	Cena bodu
Rádiológia – typ ZS 400	0,007303 €

SVLZ - Ostatné

Špecializačný odbor	Cena bodu
výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ) z časti FYZIATRIA BALNEOTERAPIA A LIEČEBNÁ REHABILITÁCIA s kódmi č.: 509a, 512, 513, 514a, 516, 518, 522, 523a, 530, 531, 532, 533a, 540, 541, 542	0,010623 €
výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ okrem vybraných výkonov) z časti FYZIATRIA BALNEOTERAPIA A LIEČEBNÁ REHABILITÁCIA	0,007303 €
Ostatné výkony SVLZ, okrem SVLZ – laboratórne, SVLZ – zobrazovanie a SVLZ – FBLR (funkčná diagnostika – typ ZS 400, endoskopické vyšetrovacie metódy v jednotlivých odboroch)	0,006971 €

Pokiaľ poskytovateľ použije pri SVLZ výkonoch v rádiológii materiál uvedený v tabuľke Maximálne ceny pripočítateľných položiek, poisťovňa uhradí náklady, ktoré poskytovateľ vynaložil na obstaranie takého materiálu, maximálne však vo výške uvedenej v tabuľke.

Poskytovateľ môže vykazovať poisťovní Podobné vyšetrenia, len ak s ich vykazovaním poisťovňa súhlasila.

Maximálne ceny pripočítateľných položiek k výkonom SVLZ :

Maximálne ceny pripočítateľných položiek - filmov a PACS archivácie pri výkonoch RTG (typ ZS 400)

Filmové materiály

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

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

B. Ústavná zdravotná starostlivosť

Cena za ukončenú hospitalizáciu (UH):

Odbornosť oddelenia	Názov oddelenia	Cena za UH
003	pneumológia a ftizeológia	875

Cena za ukončenú hospitalizáciu, ošetrovací deň v ústavnej zdravotnej starostlivosti

1. UZS je poskytovaná poistencovi, ktorého zdravotný stav vyžaduje nepretržité poskytovanie zdravotnej starostlivosti dlhšie ako 24 hodín. Neodkladná UZS je poskytovaná aj bez odporúčania iného ošetrojúceho lekára. Odkladná (plánovaná) UZS je poskytovaná na základe odporúčania ošetrojúceho lekára poistenca, odôvodnenia prijatia do UZS,
2. Poistovňa uhradí za hospitalizáciu dlhšiu ako 24 hodín cenu za ukončenú hospitalizáciu alebo cenu za ošetrovaní deň, to neplatí v prípade výkonov hrađených osobitným spôsobom. Cena za ukončenú hospitalizáciu sa uhrádza za oddelenie, na ktorom bola poistencovi poskytovaná zdravotná starostlivosť dlhšie ako 24 hodín..
3. Cena za ukončenú hospitalizáciu a cena za ošetrovací deň zahŕňa všetky náklady a úhradu za komplexnú poskytnutú starostlivosť pokiaľ ďalej nie je uvedené inak.
4. Ak bol poistenec prijatý na lôžkové oddelenie na poskytovanie UZS, hospitalizácia však nebola dlhšia ako 24 hodín, je poskytovateľ oprávnený vykázať poisťovní všetky výkony, ktoré boli poskytnuté poistencovi formou ambulantných výkonov.
5. Ak bol poistenec prijatý na lôžkové oddelenie na poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti, hospitalizácia však nebola dlhšia ako 24 hodín v dôsledku úmrtia poistenca, je poskytovateľ oprávnený vykázať poisťovní hospitalizáciu a pripočítateľné položky, ktoré boli poskytnuté poistencovi počas poskytovania ústavnej zdravotnej starostlivosti v dávke ústavnej starostlivosti vo výške 50% ceny za ukončenú hospitalizáciu.
6. Ak bol poistenec prijatý na lôžkové oddelenie na poskytovanie UZS, hospitalizácia však nebola dlhšia ako 1 hodinu v dôsledku úmrtia poistenca, je poskytovateľ oprávnený vykázať výkony poskytnuté počas resuscitácie spolu s pripočítateľnými položkami, ktoré sú vykazované v dávkach ambulantnej starostlivosti.
7. Hospitalizácie na oddelení anestéziológie a intenzívnej medicíny budú posudzované vždy individuálne, na základe dokumentovaného zdravotného stavu poistenca, poskytnutej zdravotnej starostlivosti. Pri posudzovaní odôvodnenosti hospitalizácie poistenca bude poisťovňa uplatňovať ako pomocné kritérium TISS skórovací systém (Therapeutic Intervention Scoring System). Hospitalizácia bude považovaná za odôvodnenú, ak zdravotný stav poistenca vyžadoval podporu základných životných funkcií prístrojom a dosiahne 25 – 30 bodov počas prvých 24 hodín hospitalizácie na oddelení. Za prístrojové udržiavanie životných funkcií sa nepovažuje krátkodobé ventilovanie poistencov po anestézii.
8. Na JIS jednotlivých oddelení je poskytovaná intenzívna starostlivosť nižšieho a stredného stupňa pri hroziacej poruche niektorej životnej funkcie, pri TISS skóre 15 bodov a viac, s trvalým neinvazívnym monitorovaním najmenej jednej životnej funkcie, s vnútrožilovou infúznou liečbou, nepretržitým sledovaním zdravotného stavu poistenca, bilanciou príjmu a výdaja tekutín a zavedenou osobitnou dokumentáciou (dokumentácia musí obsahovať písomné zdôvodnenie indikácie intenzívnej starostlivosti lekárom, ktorý žiada prijatie na JIS). Po preklade na základné oddelenie, ku ktorému JIS prináleží, resp. pri preklade z oddelenia na JIS, alebo pri opakovanom preklade z oddelenia na JIS a z JIS späť na oddelenie, bude uhradená len cena jednej hospitalizácie (cena hospitalizácie JIS).
9. Ak je poistenec hospitalizovaný za účelom plánovaného poskytnutia operačného výkonu a tento nie je z akýchkoľvek dôvodov vykonaný, poisťovňa neuhradí cenu ukončenej hospitalizácie. Poskytovateľ je oprávnený vykázať v dávke ambulantnej starostlivosti rovnakej odbornosti poskytnutie výkonu s kódom 60a.
10. Poskytovateľ môže prijať na geriatrické oddelenie poistenca, ktorý v čase začatia hospitalizácie dovŕšil 65-ty rok života. Na oddelenie dlhodobo chorých alebo do liečebne dlhodobo chorých možno prijať poistenca, ktorého zdravotný stav predpokladá trvanie hospitalizácie dlhšie ako 21 kalendárnych dní.
11. Hospitalizácia na oddeleniach cievnej chirurgie bude poisťovňou posudzovaná ako odôvodnená a bude uhrádzaná vtedy, ak u poistenca bude vykonaný operačný výkon na magistralných cievach: operačné výkony na karotických artériách, hrudnej a brušnej aorte, hornej a dolnej dutej žile, by-passové operácie na periférnych vetvách artériového cievneho riečiska, trombektómie a embolectómie.
12. Podmienkou akceptovania hospitalizácie na oddeleniach, kde je poskytovaná liečba cytostatickými a imunomodulačnými liekmi (napr. onkológia, hematológia, urológia, pneumológia, atď.) a jej úhrady je, že lieky podávané počas hospitalizácie neboli predpísané na lekárske predpis.
13. Na oddeleniach paliatívnej starostlivosti, jednotkách paliatívnej medicíny a hospicoch je poskytovaná paliatívna starostlivosť poistencom s chronickou nevyliciteľnou, pokročilou a aktívne progredujúcou chorobou s časovo obmedzeným prežívaním a terminálna starostlivosť zomierajúcim poistencom.
14. Vysokošpecializované ústavy môžu prijímať poistencov len s ochoreniami na ktoré je ústav špecializovaný
15. Poskytovateľ môže poistenca, ktorému poskytuje UZS, preložiť na iné oddelenie toho istého zdravotníckeho zariadenia len v prípade, ak zdravotný stav poistenca nevyhnutne vyžaduje hospitalizáciu na inom oddelení. Opakovaná hospitalizácia na rovnakom oddelení počas jedného súvislého poskytovania UZS v jednom zdravotníckom zariadení sa považuje za jednu pokračujúcu hospitalizáciu na príslušnom oddelení. Preklad

- z oddelenia na oddelenia z dôvodu poskytnutia výkonu, vyšetrenia, ošetrovania, ktoré hospitalizáciu na ďalšom oddelení nevyžaduje, nebude poisťovňou akceptovaný a uhradený.
16. Poskytovateľ môže odoslať poistenca na poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti k inému poskytovateľovi po vzájomnej dohode len v prípade, ak to nevyhnutne vyžaduje zdravotný stav poistenca. Odoslanie poistenca na ďalšie poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti podľa predchádzajúcej vety musí byť podrobne odôvodnené v zdravotnej dokumentácii a v prepúšťacej správe a musí byť podpísané primárom oddelenia, resp. primárom alebo prednostom kliniky, v ktorej bol poistenec hospitalizovaný.
 17. Hospitalizácia poistenca, ktorá nadväzuje na hospitalizáciu na oddelení iného zdravotníckeho zariadenia, a ktorá nespĺňa podmienky odôvodnenia pokračovania poskytovania UZS podľa predchádzajúceho bodu, nebude poisťovňou akceptovaná a uhradená.
 18. Poisťovňa neuhradí v priebehu hospitalizácie ambulantné výkony poskytnuté v špecializovanej ambulantnej starostlivosti okrem prvého a posledného dňa hospitalizácie.
 19. Poisťovňa počas hospitalizácie poistenca neuhradí osobitne SVLZ výkony rovnakej odbornosti ako je odbornosť oddelenia, na ktorom je poistenec hospitalizovaný (napr. radiačná onkológia, fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia, výkony funkčnej diagnostiky prislúchajúce odbornosti lôžkového oddelenia).
 20. Poskytovateľ v súvislosti s poskytovaním ústavnej zdravotnej starostlivosti používa špeciálny zdravotnícky materiál, uvedený v Zozname kategorizovaných špeciálnych zdravotníckych materiálov (ďalej len „Zoznam kategorizovaných ŠZM“). Poisťovňa uhradí poskytovateľovi cenu za použitý kategorizovaný ŠZM vo výške skutočných nadobúdacích nákladov, maximálne vo výške určenej v Zozname kategorizovaných ŠZM ako „maximálna výška úhrady zdravotnou poisťovňou“ a do výšky zmluvne dohodnutého rozsahu zdravotnej starostlivosti. Poskytovateľ vykazuje kategorizovaný ŠZM s kódom uvedeným v Zozname kategorizovaných ŠZM pod názvom „kód MZ SR“. Ak je v Zozname kategorizovaného ŠZM uvedená podmienka súhlasu poisťovne, poskytovateľ vyplní a zašle poisťovní na schválenie žiadosť uverejnenú na webovej stránke poisťovne pod názvom „Žiadosť o úhradu špeciálneho zdravotníckeho materiálu“.
 21. Ak poskytovateľ používa nekategorizovaný špeciálny zdravotnícky materiál, ktorý je uvedený v tabuľke pod názvom „Maximálne úhrady nekategorizovaných špeciálnych zdravotníckych materiálov“ (ďalej len „maximálne úhrady nekategorizovaných ŠZM“), poisťovňa uhradí poskytovateľovi sumu vo výške skutočných nadobúdacích nákladov, maximálne vo výške určenej v tabuľke „maximálne úhrady nekategorizovaných ŠZM“ a do výšky zmluvne dohodnutého rozsahu zdravotnej starostlivosti, v súlade s indikačnými kritériami uvedenými na webovej stránke poisťovne. Ak je v tabuľke „Maximálne úhrady nekategorizovaných ŠZM“ uvedená skratka R alebo RR, je potrebný súhlas poisťovne pred použitím nekategorizovaným ŠZM. Poskytovateľ vyplní a zašle poisťovní na schválenie žiadosť uverejnenú na webovej stránke poisťovne pod názvom „Žiadosť o úhradu špeciálneho zdravotníckeho materiálu“. Poskytovateľ vykazuje nekategorizovaný ŠZM s kódom uvedeným v tabuľke „maximálne úhrady nekategorizovaných ŠZM“.
 22. V prípade, že sa špeciálny zdravotnícky materiál stane na základe kategorizácie súčasťou Zoznamu kategorizovaných ŠZM, bude hrazený podľa bodu 20“.
 23. Pripustky počas hospitalizácie sú akceptované výlučne na psychiatrickom oddelení psychiatrickej nemocnice, psychiatrickej liečebne alebo centra pre liečbu drogovo závislých, v ktorých je poskytovanie zdravotnej starostlivosti uhrádzané formou dohodnutej ceny za ošetrovací deň. Dni, počas ktorých je poistenec na pripustke, sú zdravotníckemu zariadeniu uhrádzané v dĺžke najviac 3 dni vo výške 30% ceny ošetrovacieho dňa, pričom celkový stanovený zmluvný rozsah výkonov sa musí dodržať.
 24. Po ukončení hospitalizácie je poskytovateľ povinný vyhotoviť prepúšťacu správu (táto zásada platí aj pri preklade pacienta na iné oddelenie), ktorá okrem komplexného zhodnotenia zdravotného stavu poistenca a súhrnu výkonov poskytnutej zdravotnej starostlivosti musí obsahovať aj:
 - a) zoznam liekov, ktoré poskytovateľ podal poistencovi počas hospitalizácie,
 - b) zoznam liekov a zdravotníckych pomôcok, ktoré poskytovateľ odporúča predpisovať poistencovi po ukončení hospitalizácie,
 - c) mená a kódy lekárov - špecialistov, ktorí odporúčali predpísanie liekov za podmienky dodržania preskripčných a indikačných obmedzení,
 - d) medicínske zdôvodnenie prekladu na iné oddelenie, resp. do iného zdravotníckeho zariadenia.
 - e) dátum a čas začiatku a ukončenia hospitalizácie
 25. 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.
 26. Zabezpečovanie, schvaľovanie a vykazovanie osobitne uhrádzaných ZP:
 - a. Zdravotnícke zariadenie je povinné použiť ekonomicky a kvalitatívne najvýhodnejší druh ZP a na požiadanie poisťovne dokladovať účelnosť a efektívnosť vynaloženia prostriedkov verejného zdravotného poistenia pri nákupe ZP.
 - b. Zmluvné zdravotnícke zariadenie pri plánovanom poskytnutí ZP, ktorej úhrada vyžaduje schválenie poskytnutia vopred, podá Žiadosť o schválenie poskytnutia a úhrady ZP (ďalej len „žiadosť“) v dvoch vyhotoveniach zmluvnej pobočke (schvaľovanie označené symbolom „R“) resp. Odboru zdravotnému a revíznemu generálneho riaditeľstva poisťovne (schvaľovanie ZP označené symbolom „RR“). Vzor žiadosti je uverejnený na internetovej stránke poisťovne
 27. Vyhodnotenie liečby po implantácii ZP:

- a. Pooperačný výsledok vyhodnotí lekár pracoviska, ktoré poskytlo osobitne uhrádzanú ZP po troch mesiacoch od operácie. Vyhodnotenie zaznamenané v Protokole o výsledku implantácie osobitne uhrádzanej ZP (ďalej len „protokol“), ktorý je uverejnený na internetovej stránke poisťovne.
 - b. Protokol je vypracovaný v dvoch vyhotoveniach; jedno vyhotovenie protokolu o efektívnosti a výsledku vykonanej operácie si ponechá pracovisko ako súčasť zdravotnej dokumentácie poistenca a druhé vyhotovenie zašle pobočke poisťovne.
 - c. Protokol o výsledku implantácie sa vyhotovuje pri implantácii ZP s kódmi: 110001 – 110002; 120010 – 120012; 120016 – 120017; 130004 – 130005; 130007 – 130008; 150001 – 150002 a 110014 – 110015.
28. Postup pri schvaľovaní a uhrádzaní finančne nákladných liekov v UZZ
- a. Poisťovňa považuje za finančne náročnú liečbu podanie lieku ako jedinej terapeutickej alternatívy, ktorá bola použitá v súlade s SPC a súčasne s indikačnými a preskripčnými obmedzeniami podľa aktuálneho Opatrenia MZ SR, ktorým sa vydáva Zoznam liekov a liečiv. Poskytovateľ môže požiadať o úhradu finančne náročnej liečby, ak náklady na podanie jedného lieku alebo skupiny liekov prevýšia cenu ukončenej hospitalizácie. Poisťovňa dohodne v prílohe k zmluve s oprávneným UZZ predpokladaný finančný objem, ktorý je účelovo viazaný na uhrádzanie týchto finančne náročných liekov. Ak je pri poskytovaní ústavnej zdravotnej starostlivosti pacient hospitalizovaný na viacerých oddeleniach, uvedený postup sa vzťahuje na oddelenie, ktoré liečbu indikovalo. Požiadavku na úhradu si môže uplatniť poskytovateľ až po ukončení hospitalizácie.
 - b. Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti zasiela žiadosť o úhradu finančne náročnej liečby Generálnemu riaditeľstvu poisťovne - Sekcii nákupu zdravotnej starostlivosti na osobitnom tlačíve uverejnenom na internetovej stránke poisťovne, ktorá je potvrdená podpisom a odtlačkom pečiatky vedúceho lekára lôžkového zariadenia a odtlačkom pečiatky a podpisom riaditeľa UZZ. Neoddeliteľnou súčasťou žiadosti sú:
 - prepúšťacia lekárska správa,
 - medicínske zdôvodnenie podania finančne náročných liekov,
 - vyčíslenie nákladov podľa jednotlivých položiek,
 - povolenie na použitie lieku vydané MZ SR, ak ide o liek, u ktorého sa vyžaduje povolenie MZ SR na použitie podľa zákona č.140/ 1998 Z.z. v znení neskorších predpisov,
 - kópia dokladu o nadobudnutí lieku (faktúra od dodávateľa),
 - kópie žiadaníek z ústavnej lekárne s vyznačením mena a rodného čísla poistenca.
29. Výkony finančne náročnej zdravotnej starostlivosti sú hradené ako pripočítateľná položka k cene za ukončenú hospitalizáciu ak nie je v Zmluve uvedené inak.
30. Návrh na poskytnutie plánovanej ústavnej zdravotnej starostlivosti indikovanej pre diagnózy: Astma bronchiale a Chronická obštrukčná choroba pľúc, postúpi poskytovateľ vopred na schválenie revíznemu lekárovi pobočky poisťovne podľa miesta trvalého bydliska poistenca. Schvaľovanie vopred sa netýka ťažkých, akútnych foriem ochorenia.

C. Prírodné liečebné kúpele

- Poskytovateľ poskytuje poistencom kúpeľnú starostlivosť indikovanú príslušným lekárom podľa Návrhu na kúpeľnú starostlivosť – 1. a 2. diel, ktorú schválil revízný lekár poisťovne. V prípade, že vedúci lekár poskytovateľa zistí u poistenca kontraindikáciu, je poskytovateľ oprávnený odmietnuť poskytnutie kúpeľnej starostlivosti, čo ihneď písomne oznámi poistencovi a tej pobočke poisťovne, ktorá Návrh schválila.
- Poskytovateľ vráti do 5 pracovných dní od dňa stanoveného nástupu príslušnej pobočky poisťovne Návrh poistenca v skupine A, ktorý nenastúpil v stanovenom termíne na kúpeľnú starostlivosť bez predchádzajúceho ospravedlnenia a dohodnutia náhradného termínu. Ako ospravedlnenie uznáva poisťovňa úmrtie v rodine, ošetrovanie člena rodiny, neodkladnú hospitalizáciu a ochorenie, ktoré je kontraindikáciou nástupu na kúpeľnú starostlivosť.
- Poskytovateľ vráti do 5 pracovných dní od dňa plánovaného nástupu príslušnej pobočky Návrh poistenca v skupine B, ktorý nenastúpil v stanovenom termíne na kúpeľnú starostlivosť bez predchádzajúceho dohodnutia náhradného termínu.
- Ak v mieste prírodných liečebných kúpeľov nie je zavedená hromadná doprava, zabezpečí poskytovateľ prepravu poistencov, batožín poistencov a ich sprievodcov zo železničnej alebo autobusovej stanice do prírodných liečebných kúpeľov, ak pacient nahlási príchod a späť. Poskytovateľ zabezpečí dopravu poistenca v priestore areálu kúpeľov na liečebné procedúry a stravovanie, ak poistenec nie je dostatočne mobilný.
- Poskytovateľ zabezpečí, aby prijímacia kancelária zaznačila do dokumentácie poistenca hodinu a dátum jeho príchodu do prírodných liečebných kúpeľov (ďalej len „PLK“).
- Poskytovateľ organizuje poistencom komplexnú a kvalitnú kúpeľnú starostlivosť so zabezpečením týchto služieb:
 - a) potrebné lekárske vyšetrenie vrátane potrebných diagnostických výkonov (vstupné vyšetrenie do 24 hodín od nástupu súvisiace s liečebnými procedúrami, kontrolné vyšetrenia podľa potreby a výstupné vyšetrenie pred skončením liečenia) a naordinovanie liečebných procedúr, ktoré budú aplikované od prvého dňa v prípade nástupu poistenca na kúpeľnú starostlivosť do 10. 00 hod.,

- b) priemerne 3 liečebné procedúry denne okrem nedele a sviatkov (ústavná kúpeľná liečba, ambulantná kúpeľná liečba), pokiaľ tomu nebráni zdravotný stav poistenca. Počas interkurentného ochorenia poskytnúť poistencovi procedúry primerané jeho zdravotnému stavu. Kontraindikáciu podávania procedúr uviesť do zdravotnej dokumentácie. Prvý a posledný deň pri podávaní procedúr počas kúpeľnej starostlivosti sa rovná jednému dňu. Indikovaný a absolvovaný počet procedúr podpíše poistenec v kúpeľnom preukaze pri jeho odovzdaní. Kúpeľný preukaz bude súčasťou zdravotnej dokumentácie. Každá poskytnutá procedúra bude podpísaná pracovníkom, ktorý ju poskytol,
 - c) poskytnutie liekov pri akútne vzniknutom ochorení alebo zhoršení zdravotného stavu v zmysle zásad racionálnej farmakoterapie. Lieky a zdravotnícke pomôcky, ktoré poistenec dlhodobo užíva, je povinný priniesť si so sebou na celú dĺžku pobytu, na čo je upozornený v oznámení o schválení kúpeľnej starostlivosti,
 - d) poskytovanie upravenej, kaloricky vyváženej stravy na raňajky, obed a večeru, u detí raňajky, desiatu, obed, olovrant, večeru v súlade s platným diétnym režimom, pre poistencov s dg. diabetes mellitus liečených inzulínom poskytnúť aj druhú večeru. Súčet jedál prvý a posledný deň sa rovná počtu jedál jedného dňa. Pri skoršom odchode poistenca v deň odchodu je možné jedlo nahradiť cestovným balíčkom okrem predčasného ukončenia kúpeľnej starostlivosti z dôvodu porušenia kúpeľného poriadku a svojvoľného predčasného odchodu poistenca,
 - e) pri príchode, poskytnutie obedu, ak poistenec príde do jedálne najneskôr do 13.00 hod, poskytnutie večere, ak poistenec príde do jedálne najneskôr do 18.00 hod.,
 - f) ubytovanie v liečebných domoch, uvedených v prílohe zmluvy, od 10.00 hod. prvého dňa do 10.00 hod. posledného dňa liečenia, pričom sa prvý a posledný deň počíta ako jeden deň. Ak poistenec odchádza v neskorších hodinách, poskytovateľ je povinný zabezpečiť poistencovi uschovanie batožiny,
- Poskytovateľ môže preložiť poistenca do iného liečebného domu ako je uvedený v zmluve iba v prípade výnimočnej havarijnej situácie so súhlasom poisťovne.
 - Poskytovateľ je povinný pri skončení kúpeľnej starostlivosti vyhotoviť a odovzdať poistencovi prepúšťaciu správu. Kópia prepúšťacej správy s podpisom ošetrojúceho lekára bude založená v zdravotnej dokumentácii poistenca v PLK,
 - Poskytovateľ je povinný oznámiť poisťovní prípad, ak je poistenec prepustený z kúpeľnej liečby z disciplinárnych dôvodov alebo svojvoľne predčasne ukončí kúpeľnú liečbu.
 - Poskytovateľ môže vystaviť priepustku najviac dvakrát po 3 dni vo výnimočných a odôvodnených prípadoch, pri dlhodobej kúpeľnej starostlivosti pre deti s dg. Morbus Perthes po individuálnom posúdení zdravotného stavu dieťaťa.
 - Poskytovateľ sa zaväzuje predvolávať poistencov na kúpeľnú liečbu rovnomerne počas celého roka. Poistenec musí absolvovať celú dĺžku kúpeľného pobytu v dobe platnosti kúpeľného návrhu (platnosť kúpeľného návrhu je jeden rok od vypísania návrhu ošetrojúcim lekárom, ak legislatíva neuvádza inak). Z uvedených dôvodov nástup na liečbu musí byť najneskôr 21, resp. 28 dní (pri M. Perthes 150 dní) pred ukončením doby platnosti návrhu. Pri predvolávaní poistencov na kúpeľnú starostlivosť zohľadňuje stupeň naliehavosti uvedeného návrhu na kúpeľnú starostlivosť a dobu platnosti návrhu, vyplývajúcu z jednotlivých indikácií uvedených v Indikačnom zozname pre kúpeľnú starostlivosť. Z hľadiska organizácie kúpeľnej starostlivosti a v záujme včasnej kúpeľnej liečby poistenca, sa bude poskytovateľ snažiť akceptovať poisťovňou odporúčaný termín nástupu do PLK.
 - Ak pri nástupe poistenca na kúpeľnú starostlivosť poskytovateľ zistí, že kúpeľný návrh bol schválený inou zdravotnou poisťovňou (v čase jeho poistného vzťahu v tejto poisťovni), a z preukazu poistenca je zrejma príslušnosť poistenca k poisťovni, poskytovateľ sa skontaktuje s príslušnou pobočkou poisťovne, z dôvodu dodatočného odsúhlasenia kúpeľnej liečby (faxom a následne originálom).
 - Poskytovateľ môže predčasne ukončiť kúpeľnú starostlivosť poistenca a písomne informovať o tejto skutočnosti poisťovňu, v prípade vzniku kontraindikácie v priebehu poskytovania kúpeľnej starostlivosti. Písomná informácia o predčasnom ukončení pobytu bude i prílohou k faktúre,
 - V prípade prerušenia kúpeľnej liečby z dôvodu hospitalizácie alebo iných zdravotných dôvodov, ktoré si vyžadujú domáce liečenie, ak v ich dôsledku nedošlo ku kontraindikácii kúpeľnej starostlivosti, umožní poskytovateľ poistencovi pokračovať v kúpeľnej starostlivosti najviac do počtu nedočerpaných dní, so súhlasom poisťovne, s nástupom v čo najskoršom možnom termíne po uplynutí dôvodov, ktoré viedli k prerušeniu liečby.
 - Poisťovňa vysiela poistencov na kúpeľnú starostlivosť s vyplneným Návrhom, schváleným a potvrdeným revíznym lekárom poisťovne najneskôr 28 dní pred nástupom na kúpeľnú starostlivosť. V Návrhoch, kde to zdravotný stav poistenca vyžaduje, musí byť vyznačená imobilita a nesamoobslužnosť poistenca.
 - Poisťovňa upozorní poistenca v oznámení o schválení Návrhu
 - na zabezpečenie si potvrdenia o aktuálnom zdravotnom stave od všeobecného lekára najskôr 14 dní pred nástupom na kúpeľnú starostlivosť,
 - na nevyhnutnosť priniesť si so sebou na celú dĺžku liečenia potrebné lieky a zdravotnícke pomôcky, ktoré pravidelne užíva.

Cena za ošetrovací deň :

Miesto prevádzky - Piešťany

Skupina	Indikácie	Dĺžka liečebného pobytu v dňoch	Cena za OD
Skupina A	VI/8,9 VII/2,4,11	21	34,69 €
Skupina A	VI/1,4,5,7 VII/10	28	34,69 €
Skupina B	VI/2,3,6,10,12 VII/1,3,5,6,7,8,9 XII/3,4,9	21	22,00 €
Skupina B	XII/1	28	22,00 €
Ambulantná kúpeľná starostlivosť	VI, VII, XII		22,00 €
Sprievodca pacienta			5,48 €

Miesto prevádzky - Tatranské Zruby

Skupina	Indikácie	Dĺžka liečebného pobytu v dňoch	Cena za OD
Skupina A	V/2,4,7,8	21	34,69 €
Skupina B	XII/5,6,8,10	21	22,00 €
Skupina B	XII/1	28	22,00 €
Skupina B	V/1,5,6	21	20,50 €
Ambulantná kúpeľná starostlivosť	V		20,50 €
Ambulantná kúpeľná starostlivosť	XII		22,00 €
Sprievodca pacienta			5,48 €

Čl. 1
Zmluvné strany

1. Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.

so sídlom Mamateyova 17, 850 05 Bratislava,
Zastúpená: Ing. Marcel Forai, MPH, predseda predstavenstva
IČO: 35 937 874
IČ DPH: SK2022027040
Zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I., oddiel Sa,
vložka číslo: 3602/B
Bankové spojenie: Štátna pokladnica
Číslo účtu: 7000182387/8180
(ďalej len „poisťovňa“)

a

2. Vojenské zdravotnícke zariadenia, a.s.

so sídlom: Teplická 81, 921 01 Piešťany
Zastúpené: Ing. Štefan Ráž, predseda predstavenstva
Identifikátor poskytovateľa: P68657
IČO: 36280127
IČ DPH: SK2022129384
Zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Trnava, oddiel Sa,
vložka č.:10414/T
Bankové spojenie: Československá obchodná banka, a.s.
Číslo účtu: 4013152327/7500 - Vysokošpecializovaný ústav pre pľúcne choroby
4013152255/7500 - Kúpeľný ústav F. E. Scherera
4013152351/7500 - Hotel a klimatické kúpele Tatranské zrubý
(ďalej len „poskytovateľ“)

uzatvárajú

tento dodatok k Zmluve č. 62KVYF000411 (ďalej len „zmluva“)

Čl. 2
Predmet dodatku

Na základe Čl. 7 - Záverečné ustanovenia bod 7 zmluvy sa zmluvné strany dohodli na týchto zmenách zmluvy:

1. V Čl. 6 – Osobitné ustanovenia sa dopĺňa bod 6 nasledovného znenia:

„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.“

2. V Čl. 7 – Záverečné ustanovenia sa mení znenie bodu 1 a nahrádza sa nasledovným znením:

„1. Zmluva sa uzatvára na dobu určitú do 31.12.2013.“

3. Príloha č.1 zmluvy - Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti sa od 1.1.2013 mení a nahrádza novým znením. Nové znenie Prílohy č. 1 zmluvy tvorí prílohu č. 1 tohto dodatku.
4. V Prílohe č. 2 zmluvy – Rozsah zdravotnej starostlivosti sa dátum platnosti „31.12.2012“ nahrádza dátumom „31.12.2013“.
5. V Prílohe č. 3 zmluvy - Kritéria na uzatváranie zmlúv sa dátum platnosti „31.12.2012“ nahrádza dátumom „31.12.2013“.

Čl. 3 **Záverečné ustanovenia**

1. Tento dodatok, ktorý tvorí súčasť zmluvy, nadobúda platnosť dňom podpisu zmluvnými stranami a účinnosť dňom nasledujúcim po dni jeho zverejnenia v zmysle § 47a zákona č. 40/1964 Zb. Občiansky zákonník v znení neskorších predpisov.
2. Súhlas s obsahom dodatku vyjadria zástupcovia zmluvných strán svojim podpisom na dodatku.
3. Tento dodatok je vyhotovený v dvoch rovnopisoch, z ktorých každý sa považuje za originál. Každá zmluvná strana obdrží jeden rovnopis dodatku.

V Bratislave dňa

Za poskytovateľa:

Za poisťovňu:

Ing. Štefan Ráž
predseda predstavenstva
Vojenské zdravotnícke zariadenia, a.s.

Ing. Marcel Forai, MPH
predseda predstavenstva
Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.