

**Zmluva č. 7005VLDO067321  
o poskytovaní zdravotnej starostlivosti**

uzatvorená podľa § 7 zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poistovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

**Článok I  
Zmluvné strany**

**Union zdravotná poistovňa, a. s.**

zastúpená: Ing. Elena Májeková, riaditeľka sekcie zdravotného poistenia  
so sídlom: Karadžičova 10, 814 53 Bratislava  
IČO: 36 284 831  
DIČ: 2022152517  
IBAN: SK37 8180 0000 0070 0025 6518  
označenie registra: Okresný súd Bratislava I, oddiel: Sa, vložka číslo: 3832/B  
právna forma: akciová spoločnosť  
kód Union zdravotnej poistovne, a. s.: 27  
(ďalej aj ako „zdravotná poistovňa“)

a

**Zdravie Seňa s.r.o.**

zastúpený: Ing. Marcela Gallová, konateľ  
so sídlom: Seňa 341, 04458 Seňa  
IČO: 53938186  
identifikátor poskytovateľa (prvých šesť znakov kódu poskytovateľa): P17254  
označenie registra: OR Okresného súdu Košice I, Oddiel: Sro, Vložka číslo: 52007/V  
(ďalej aj ako "poskytovatéľ")  
(zdravotná poistovňa a poskytovateľ spoločne aj ako „zmluvné strany“)

**Článok II  
Kritéria na uzatváranie zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti**

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

- a) v oblasti personálneho zabezpečenia 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 príslušného všeobecne záväzného právneho predpisu
  - b) v oblasti materiálno-technického vybavenia poskytovanie zdravotnej starostlivosti najmenej na úrovni predpísaného minimálneho materiálno-technického vybavenia zdravotníckeho zariadenia podľa príslušného všeobecne záväzného právneho predpisu a len zdravotníckymi pomôckami, ktoré spĺňajú technické požiadavky ustanovené zákonom č. 264/1999 Z.z. o technických požiadavkách na výrobky a o posudzovaní zhody a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov
  - c) geografická dostupnosť zdravotnej starostlivosti pre poistencov najmenej v rozsahu verejnej minimálnej siete poskytovateľov podľa nariadenia vlády SR č. 640/2008 Z. z. o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov
  - d) indikátory kvality ustanovené Ministerstvom zdravotníctva SR všeobecne záväzným právnym predpisom podľa nariadenia vlády SR č. 752/2004 Z. z., ktorým sa vydávajú indikátory kvality na hodnotenie poskytovania zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov
  - e) zavedenie interného systému kontroly kvality a zavedenie externého systému kontroly kvality pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v zariadeniach spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek v jednotlivých medicínskych odboroch laboratórnej medicíny
- a ktoré poskytovateľ splnil, na základe čoho s ním zdravotná poistovňa uzavrela zmluvu.“.

**Článok III  
Predmet (rozsah) zmluvy**

3.1. Predmetom tejto zmluvy je dohodnutie podmienok poskytovania zdravotnej starostlivosti poistencom zdravotnej poistovne, poistencom členských štátov Európskej únie, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu a Švajčiarska, cudzincom zo štátov, s ktorými má Slovenská republika uzatvorené medzinárodné dohody o poskytnutí zdravotnej starostlivosti (ďalej

len „poistenec“), rozsahu zdravotnej starostlivosti, výšky úhrady za zdravotnú starostlivosť a jej splatnosti a úprava vzťahov vznikajúcich z tejto zmluvy medzi zmluvnými stranami.

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

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

#### **Článok IV Práva a povinnosti zmluvných strán**

4.1. Zmluvné strany sa pri plnení predmetu zmluvy a poskytovatelia pri poskytovaní zdravotnej starostlivosť riadia najmä nasledujúcimi predpismi:

- zákonom č. 581/2004 Z.z. o zdravotných poistovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,
- zákonom č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivilosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosť a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,
- zákonom č. 577/2004 Z.z. o rozsahu zdravotnej starostlivosť uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosť v znení neskorších predpisov,
- zákonom č. 578/2004 Z.z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosť, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,
- zákonom č. 579/2004 Z.z. o záchrannej zdravotnej službe a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,
- zákonom č. 580/2004 Z.z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poistovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,
- zákonom č. 362/2011 Z.z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,
- 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,
- zákonom č. 513/1991 Zb. Obchodný zákonník v znení neskorších predpisov,
- zákonom č. 18/1996 Z. z. o cenách v znení neskorších predpisov,
- nariadením (ES) Európskeho parlamentu a Rady č. 883/2004 o koordinácii systémov sociálneho zabezpečenia v platnom znení a nariadením Európskeho parlamentu a Rady (ES) č. 987/2009, ktorým sa stanovuje postup vykonávania nariadenia (ES) č. 883/2004 o koordinácii systémov sociálneho zabezpečenia v platnom znení,
- nariadeniami vlády, vyhláškami a ostatnými vykonávacími predpismi, ktoré sú vydávané na základe všeobecne záväzných právnych predpisov a ktoré sa vzťahujú na poskytovanie zdravotnej starostlivosť vždy v platnom znení,
- opatrením Ministerstva zdravotníctva SR, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva v znení neskorších predpisov,
- výnosom Ministerstva zdravotníctva SR č. 09812/2008-OL z 10. septembra 2008 o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení v znení neskorších predpisov a
- odbornými usmerneniami, smernicami, metodikami, koncepciami a inými obdobnými predpismi, ktoré na základe všeobecne záväzných právnych predpisov v medziach svojich právomocí vydáva Ministerstvo zdravotníctva SR, Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou a iné ústredné orgány štátnej správy, ktoré sa obvykle zverejňujú vo vestníkoch a ktoré sa vzťahujú na poskytovanie zdravotnej starostlivosť, vždy v platnom znení.

4.2. Zmluvné strany sa zaväzujú pri spracovávaní osobných údajov postupovať v súlade so zákonom č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov a nariadením Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) č. 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o volnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES. Osobné údaje zdravotná poistovňa spracúva v súlade s právnymi predpismi o ochrane osobných údajov. Podrobnejšie informácie sú na webovej stránke <https://www.union.sk/ochrana-osobnych-udajov/> v dokumente, ktorý je určený pre poskytovateľov.

4.3. Poskytovateľ spravidla do ôsmich dní, najneskôr však v termíne fakturácie poskytnutej zdravotnej starostlivosťi, písomne informuje zdravotnú poistovňu o zmene základných identifikačných údajov, napr. o zmene štatutárneho orgánu, bankového spojenia, identifikačného čísla organizácie, čísla telefónu a čísla faxu, ako aj o zmenách v zozname číselných kódov lekárov (sestier) a číselných kódov ambulancií, o zmenách vo veľkosti úvázkov lekárov (sestier) a ďalších skutočnostiach, ktoré môžu mať vplyv na riadne plnenie tejto zmluvy, a to najmä o zmenách v personálnom a materiálno-technickom vybavení zdravotníckeho zariadenia.

4.4. Zmluvné strany sú povinné zachovávať mlčanlivosť o skutočnostiach, s ktorými prídu do styku pri plnení zmluvy. Za uvedené skutočnosti sa považujú informácie, ktoré jedna alebo druhá zmluvná strana považuje za dôverné, ktoré zodpovedajú definícii obchodného tajomstva podľa príslušných ustanovení Obchodného zákonníka, ako aj osobné údaje

alebo údaje chránené podľa osobitných predpisov. Táto povinnosť trvá aj po ukončení platnosti zmluvy; netýka sa plnenia oznamovacích povinností vyplývajúcich zo všeobecne záväzných právnych predpisov.

4.5. Poskytovateľ má právo na úhradu zdravotnej starostlivosti poskytnutej v súlade s touto zmluvou a s právnymi predpismi podľa bodu 4.1. zmluvne dohodnutej lehote splatnosti. Poskytovateľ zodpovedá za správnosť a pravdivosť vykazovaných údajov o poskytnutej zdravotnej starostlivosti.

4.6. Poskytovateľ je povinný:

- a) zdravotnej poistovni doručiť kópiu právoplatného rozhodnutia o vydaní povolenia orgánom príslušným na vydanie povolenia z dôvodu zmeny tých údajov v pôvodnom povolení, ktorých zmena si vyžaduje vydanie nového povolenia a to v lehote desiatich kalendárnych dní odo dňa vykonateľnosti tohto rozhodnutia; predložením nového právoplatného rozhodnutia o vydaní povolenia nedochádza k zmene rozsahu zdravotnej poistovnej objednanej zdravotnej starostlivosti<sup>1</sup>. Zmena rozsahu zdravotnej starostlivosti podľa prílohy č. 1 je možná len písomným dodatkom k tejto zmluve podľa článku IX, bodu 9.5. tejto zmluvy,
- b) zdravotnej poistovni doručiť kópiu dokladu o vyznačení zmeny údajov v povolení vydaného orgánom príslušným na vydanie povolenia, ktorých zmena si nevyžaduje vydanie nového povolenia a to v lehote desiatich kalendárnych dní odo dňa doručenia (prevzatia) dokladu o vyznačení zmeny údajov v povolení,
- c) zdravotnej poistovni doručiť kópiu právoplatného rozhodnutia o dočasnom pozastavení povolenia vydaného orgánom príslušným na vydanie povolenia a to v lehote desiatich kalendárnych dní odo dňa jeho vykonateľnosti; v prípade dočasného pozastavenia povolenia nie je poskytovateľ oprávnený vykonávať činnosť, na ktorú bol oprávnený podľa prerušeného povolenia a zároveň mu zaniká právo zdravotnej poistovni vykazovať a fakturovať výkony zdravotnej starostlivosti odo dňa nadobudnutia účinnosti rozhodnutia o dočasnom pozastavení povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia, s výnimkou fakturácie výkonov, ktoré realizoval pred nadobudnutím právoplatnosti tohto rozhodnutia a kedy splájal zákonné podmienky na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia,
- d) zdravotnej poistovni doručiť kópiu právoplatného rozhodnutia o zrušení povolenia, vydaného orgánom príslušným na vydanie povolenia a to v lehote desiatich kalendárnych dní odo dňa jeho právoplatnosti,
- e) overiť si pred poskytnutím zdravotnej starostlivosti pri priamom kontakte s poistencom podľa preukazu poistenca jeho poistný vzťah k zdravotnej poistovni. Ak poistenec nemá preukaz poistenca, alebo ak existuje dôvodná pochybnosť o jeho poistnom vzťahu, má možnosť overiť si poistný vzťah na telefónnom čísle Call centra zdravotnej poistovne 0850 00 33 33 alebo na webovom sídle zdravotnej poistovne [www.union.sk](http://www.union.sk) (ďalej aj ako „webové sídlo zdravotnej poistovne“),
- f) pri poskytovaní a vykazovaní zdravotných výkonov ambulantnej zdravotnej starostlivosti prístrojovým vybavením, ktoré je nad rámec stanoveného minimálneho materiálno-technického vybavenia, predložiť zdravotnej poistovni kópiu dokladu o odbornej spôsobilosti na vykonávanie a vyhodnocovanie príslušných vyšetrení (špecializácia alebo certifikát), kópiu dokladu o vlastníctve alebo prenájme prístroja s platným certifikátom (vyhlásením o zhode) a písomne požiadať zdravotnú poistovňu o schválenie poskytovania zdravotných výkonov uvedeným prístrojovým vybavením. Zdravotnou poistovňou schválené zdravotné výkony podľa predchádzajúcej vety, s uvedením kódu zdravotného výkonu a kódu odbornosti ambulantnej zdravotnej starostlivosti, tvoria prílohu č. 3, ktorá tvorí neoddeliteľnú súčasť tejto zmluvy,
- g) vykazovať poskytnutú zdravotnú starostlosť v súlade s nariadením vlády SR č. 777/2004 Z. z., ktorým sa vydáva Zoznam chorôb, pri ktorých sa zdravotné výkony čiastočne uhrádzajú alebo sa neuhrádzajú na základe verejného zdravotného poistenia, v súlade s nariadením vlády SR č. 776/2004 Z. z., ktorým sa vydáva Katalóg zdravotných výkonov v znení neskorších predpisov a v súlade s touto zmluvou; spôsob uvádzania kódov chorôb podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb v platnom znení<sup>2)</sup> pri vykazovaní úhrady poskytnutej zdravotnej starostlivosti upravuje príloha č. 2 k tejto zmluve,
- h) nevykazovať zdravotnej poistovni na úhradu také zdravotné výkony a s nimi súvisiace vyšetrenia poistenca, ktoré sú indikované v súvislosti s poskytovanou zdravotnou starostlivosťou, ktorá nie je uhrádzaná na základe verejného zdravotného poistenia,
- i) oznamovať zdravotnej poistovni k poslednému dňu v kalendárnom mesiaci na tlačive predpísanom Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou každé poskytnutie zdravotnej starostlivosti poistencovi v dôsledku preukázaného porušenia liečebného režimu alebo užitia alkoholu alebo inej návykovej látky, ako aj úrazy alebo iné poškodenie zdravia, v súvislosti s ktorými poskytol osobe zdravotnú starostlosť 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 zdravotnej starostlivosti povinný oznamovať všetky bez výnimiek,
- j) v prípade zmeny poskytovateľa zdravotnej starostlivosti v špecializačnom odbore stomatológia poistencom po vykonaní preventívnej prehliadky, vyžiadať si od poistenca potvrdenie o vykonaní preventívnej prehliadky u predchádzajúceho poskytovateľa a založiť ho do zdravotnej dokumentácie poistenca,
- k) pri vystavovaní odporúčania na poskytnutie špecializovanej zdravotnej starostlivosti a ústavnej starostlivosti uhrádzanej zo zdrojov verejného zdravotného poistenia, v odporúčaní uvádza epikrízu, priebeh ochorenia, výsledky doteraz vykonaných vyšetrení, ktoré súvisia s ochorením (ak boli vykonané), odôvodnenie odoslania poistenca

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

2) Medzinárodnú klasifikáciu chorôb v platnom znení uverejňuje Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky na svojom webovom sídle podľa § 3 ods. 1 zákona 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.

a požiadavku na vyšetrenie poistencu; na poskytnutie výkonov SVLZ vystaví žiadanku s kódom choroby adekvátnym k indikovaným parametrom,

I) v prípade indikácie výkonov SVLZ, ktoré sú zahrnuté do spektra výkonov uhrádzaných v rámci preventívnej prehliadky, vystaví samostatnú žiadanku.

4.7. Poskytovateľ objednáva u zmluvného poskytovateľa zdravotnej poistovne na poskytovanie služby súvisiacej s poskytovaním zdravotnej starostlivosti prepravu poistencu v priamej súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti z miesta bydliska do zdravotníckeho zariadenia a späť alebo medzi dvoma zdravotníckymi zariadeniami, z nasledovných dôvodov:

- zdravotný stav neumožňuje poistencovi samostatný pohyb alebo prepravu prostriedkami verejnej hromadnej dopravy,
- poistenec je zaradený do chronického dialyzačného programu alebo do transplantačného programu a preprava sa týka zdravotnej starostlivosti súvisiacej s týmito programami,
- poskytovateľ objednáva prepravu pacienta na tlačive „Príkaz na dopravu“; objednanie prepravy odôvodní a vyznačí v zdravotnej dokumentácii poistencu.

4.8. Poskytovateľ v medicínsky odôvodnených prípadoch odosiela poistencov prednostne do zdravotníckych zariadení ktoré sú v zmluvnom vzťahu so zdravotnou poistovňou; zoznam zmluvných zdravotníckych zariadení je zverejnený na webovej stránke zdravotnej poistovne.

4.9. Poskytovateľ indikuje a predpisuje humánne lieky, dietetické potraviny a zdravotnícke pomôcky v súlade s preskripcnými a indikačnými obmedzeniami, množstvovými a finančnými limitmi uvedenými v platnom zozname kategorizovaných liekov, v platnom zozname kategorizovaných zdravotníckych pomôcok a v platnom zozname kategorizovaných dietetických potravín podľa zákona č. 362/2011 Z.z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon o liekoch a zdravotníckych pomôckach“). Ak ide o liečivo uvedené v prílohe č. 1 k zákonom o liekoch a zdravotníckych pomôckach, predpisujúci lekár je povinný predpísat humánny liek s obsahom tohto liečiva uvedením názvu liečiva za dodržania podmienok ustanovených v § 119 ods. 5 tohto zákona. Pri predpisovaní humánneho lieku spôsobom podľa predchádzajúcej vety a zdravotníckej pomôcky a dietetickej potraviny je predpisujúci lekár povinný postupovať účelne a hospodárne podľa súčasných poznatkov farmakoterapie a plniť ostatné povinnosti podľa § 119 zákona o liekoch a zdravotníckych pomôckach.

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

4.10. Poskytovateľ lieky a zdravotnícke pomôcky, ktoré mu obstarala a dodala zdravotná poistovňa, vykazuje zdravotnej poistovni s nulovou hodnotou súčasne s vykázaním výkonu podania lieku, alebo zdravotníckej pomôcky.

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

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

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

4.14. Poskytovanie zdravotnej starostlivosti poistencom EÚ:

- náklady za zdravotné výkony poskytnuté poistencom z iných členských štátov Európskej únie, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu a Švajčiarska a cudzincom zo štátov, s ktorými má Slovenská republika uzavorené medzinárodné dohody o poskytnutí zdravotnej starostlivosti, sa uhrádzajú za rovnakých podmienok ako pre poistencov zdravotnej poistovne,
- poistencovi poistenému v Európskej únii (ďalej len „EÚ“), ktorý sa preukáže európskym preukazom zdravotného poistenia, sa poskytuje zdravotná starostlivosť v rozsahu potrenej starostlivosti; poskytnutá potrebná zdravotná starostlivosť sa uhrádzza za rovnakých podmienok ako pre poistencov zdravotnej poistovne,
- poistencovi poistenému v EÚ, ktorý sa preukáže preukazom poistenca Union zdravotnej poistovne, a.s. s označením „EÚ“ sa poskytuje zdravotná starostlivosť, ktorá zahŕňa aj preventívne prehliadky podľa platných všeobecne záväzných právnych predpisov; poskytnutá zdravotná starostlivosť podľa tohto bodu sa uhrádzza v rovnakom rozsahu a za rovnakých podmienok ako pre poistencov zdravotnej poistovne,
- pre skupinu poistencov uvedených v tomto bode sa uhrádzza poskytnutá zdravotná starostlivosť v rozsahu poskytnutých zdravotných výkonov; neuhrádzsa sa zdravotná starostlivosť cenou kapitácie, ak je spôsob úhrady kapitáciou dohodnutý v prílohe č. 2 tejto zmluvy.

4.15. Zdravotná poist'ovňa a poskytovateľ sa podľa § 7 ods. 20 zákona č. 581/2004 Z. z. dohodli na vzájomnom poskytovaní údajov uvedených na lekárskom predpise alebo lekárskom poukaze; tieto údaje sa poskytujú zdravotnej poist'ovni:

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

4.16. Zdravotná poist'ovňa a poskytovateľ sa dohodli na vzájomnom poskytovaní údajov uvedených v odporúčaní na poskytnutie zdravotnej starostlivosti vo forme laboratórneho alebo zobrazovacieho vyšetrenia (ďalej aj ako „žiadanka“); tieto údaje sa poskytujú zdravotnej poist'ovni

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

4.17. Zdravotná poist'ovňa a poskytovateľ sa dohodli na vzájomnom poskytovaní údajov o zdravotnej starostlivosti poskytnutej poistencovi; tieto údaje sa poskytujú zdravotnej poist'ovni

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

4.18. Údaje podľa bodu 4.15., 4.16., 4.17. zmluvy sa poskytujú elektronicicky z informačného systému zdravotnej poist'ovne a poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, v ktorých sú spracovávané. Takéto poskytovanie údajov sa začne bez zbytočného odkladu po inštalácii potrebného softvérového vybavenia do informačných systémov zmluvných strán, najskôr však od 1.1.2018, s tým, že zmluvné strany sú povinné pri vytváraní týchto podmienok poskytovať si nevyhnutnú súčinnosť. Podrobnosti poskytovania údajov určujú Všeobecné podmienky pre poskytovanie a využívanie elektronickej služieb Internetového portálu Union zdravotnej poist'ovne (ďalej len „Všeobecné podmienky“), ktoré sú zverejnené na webovom sídle zdravotnej poist'ovne [www.union.sk](http://www.union.sk) a s ktorými sa poskytovateľ oboznámil a zaväzuje sa ich dodržiavať. V prípade zmeny alebo doplnenia Všeobecných podmienok, zdravotná poist'ovňa informuje poskytovateľa najneskôr 21 dní pred plánovaným dňom o účinnosti takejto zmeny alebo doplnenia.

4.19. Poskytovateľ sa zaväzuje, že bude poistencom poist'ovne poskytovať zdravotnú starostlivosť na najvyššej možnej úrovni čo do kvality, rozsahu aj štruktúry. Za predpokladu, že nebude ohrozené poskytovanie neodkladnej zdravotnej starostlivosti, poskytovateľ umožní poistencom objednať sa na konkrétny termín, pričom pri objednávaní zohľadní najmä zdravotný stav objednávaného poistencu.

## Článok V Splatnosť úhrady zdravotnej starostlivosti a platobné podmienky

5.1. Poskytovateľ zdravotnej poist'ovni predkladá účtovný doklad – faktúru (ďalej len „faktúra“) za poskytnutú zdravotnú starostlivosť v zúčtovacom období, spravidla do 10-tich kalendárnych dní po uplynutí tohto zúčtovacieho obdobia. Zúčtovacím obdobím je celý kalendárny mesiac. V prípade doručenia faktúry pred uplynutím zúčtovacieho obdobia sa za deň doručenia faktúry považuje prvý kalendárny deň nasledujúceho mesiaca.

5.2. Povinnou prílohou faktúry za poskytovanie zdravotnej starostlivosti sú elektronicicky spracované dávky obsahujúce zoznam poskytnutých zdravotných výkonov a to v dátovom rozhraní určenom metodickým usmernením o spracovaní a vykazovaní zdravotných výkonov poskytovateľov zdravotnej starostlivosti elektronickej formou v platnom znení vydaným Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

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

- a) poskytovanie domácej ošetrovateľskej starostlivosti povinnou prílohou faktúry pri prvej fakturácii poskytnutej ošetrovateľskej starostlivosti je aj návrh na poskytnutie ošetrovateľskej starostlivosti,
- b) poskytovanie jednodňovej zdravotnej starostlivosti povinnou prílohou faktúry v prípade následných komplikácií a následných hospitalizácií po výkonoch jednodňovej zdravotnej starostlivosti je aj hlásenie o následnej komplikácii alebo následnej hospitalizácii po výkonoch jednodňovej zdravotnej starostlivosti.

5.3. Zdravotná poist'ovňa vykoná kontrolu formálnej správnosti doručenej faktúry; pod kontrolou formálnej správnosti zmluvné strany rozumejú kontrolu formálnych náležitostí doručenej faktúry a jej prílohy podľa bodu 5.2. tohto článku. Ak

zdravotná poisťovňa zistí, že faktúra nie je v zmysle predchádzajúcej vety formálne správna, vráti ju poskytovateľovi najneskôr do 10-tich dní odo dňa jej doručenia na jej doplnenie alebo opravu spolu s uvedením dôvodu vrátenia. V prípade vrátenia formálne nesprávnej faktúry poskytovateľovi plynie lehota stanovená pre kontrolu vecnej správnosti údajov, uvedená v bode 5.4. tohto článku a lehota splatnosti dohodnutá v bode 5.9. tohto článku, odo dňa doručenia formálne správnej faktúry do zdravotnej poisťovne.

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

5.5. Pokiaľ podľa zdravotnej poisťovne sú vo faktúre uvedené nesprávne, nepravdivé alebo neúplné údaje alebo sú vykázané v rozpore s touto zmluvou, spracuje tieto zistenia do elektronického chybového protokolu<sup>3</sup> (ďalej len „protokol sporných dokladov“). Oprávnenie zdravotnej poisťovne vykonáť u poskytovateľa kontrolo všetkých údajov uvedených vo faktúre v súlade s článkom VI tejto zmluvy nie je týmto dotknuté. Zdravotná poisťovňa protokol sporných dokladov zašle poskytovateľovi najneskôr do 25-tich dní odo dňa doručenia formálne správnej faktúry. Spolu s protokolom sporných dokladov zdravotná poisťovňa zasiela poskytovateľovi aj súhrnný prehľad výsledku spracovania zdravotných výkonov (lekársky protokol) a zdravotnou poisťovňou vystavený opravný účtovný doklad (dobropis alebo t'archopis) na sumu vo výške rozdielu medzi poskytovateľom fakturovanou sumou a sumou uznanou podľa lekárskeho protokolu.

5.6. Zdravotná poisťovňa uhradí poskytovateľovi faktúru vo výške sumy uznanej podľa lekárskeho protokolu, ak poskytovateľ vystaví a zdravotnej poisťovni doručí opravný účtovný doklad (dobropis alebo t'archopis) na sumu vo výške rozdielu medzi ním fakturovanou sumou a sumou uznanou podľa lekárskeho protokolu, alebo zdravotnej poisťovni doručí pečiatkou a svojim podpisom potvrdený opravný účtovný doklad vystavený a poskytovateľovi doručený zdravotnou poisťovňou podľa bodu 5.5. tohto článku. Doručením formálne a vecne správneho opravného účtovného dokladu zdravotnej poisťovni sa faktúra považuje za vecne správnu. Tým nie je dotknuté právo poskytovateľa na postup podľa bodu 5.7. tohto článku.

5.7. Ak poskytovateľ napriek zaslaniu opravného účtovného dokladu podľa bodu 5.6. tohto článku nesúhlasi so skutočnosťami uvedenými v protokole sporných dokladov, má právo ich reklamovať a písomne odôvodniť vykádzanie neuznaných zdravotných výkonov zdravotnej poisťovni do 10-ich dní od doručenia lekárskeho protokolu. Zdravotná poisťovňa zašle poskytovateľovi písomné stanovisko k podanej reklamácii do 10-ich dní od jej doručenia. Ak zdravotná poisťovňa akceptuje vykádzanie reklamovaných sporných zdravotných výkonov alebo ich časti, poskytovateľ vystaví samostatnú faktúru len na akceptované reklamované zdravotné výkony alebo ich časť podľa platných dátových rozhraní a predloží ju zdravotnej poisťovni na úhradu. Prílohou tejto faktúry je elektronicicky spracovaná dávka na dátovom médiu podľa platných dátových rozhraní v rozsahu akceptovanej reklamácie. Faktúra je vystavená za obdobie, v ktorom bola poskytnutá reklamovaná zdravotná starostlivosť. Toto nemá vplyv na skutočnosti uvedené v bode 5.9. tohto článku.

5.8. Ak zdravotná poisťovňa neakceptuje reklamáciu poskytovateľa podľa bodu 5.7. tohto článku, poskytovateľ môže požiadať zdravotnú poisťovňu o rokovanie do 10-tich dní od doručenia písomného stanoviska zdravotnej poisťovne k podanej reklamácii. Rozpor obidve zmluvné strany prerokujú v sídle Union zdravotnej poisťovne, a.s. do 40-tich dní od doručenia lekárskeho protokolu. O výsledku rokovania sa vyhotoví písomný záznam, ktorého jeden rovnopis bude zaslaný poskytovateľovi. V prípade, že výsledkom rokovania zmluvných strán bude akceptácia reklamovaných nehradených zdravotných výkonov alebo len ich časti, poskytovateľ vystaví samostatnú faktúru na zdravotné výkony v rozsahu rokovania akceptovanej reklamácie nehradených zdravotných výkonov. Prílohou tejto faktúry je elektronicicky spracovaná dávka na dátovom médiu podľa platných dátových rozhraní v rozsahu rokovania akceptovanej reklamácie. Faktúra je vystavená za obdobie, v ktorom bola poskytnutá reklamovaná zdravotná starostlivosť. Toto nemá vplyv na skutočnosti uvedené v bode 5.9. tohto článku.

5.9. Zmluvné strany sa dohodli, že splatnosť formálne a vecne správnej faktúry je 30 dní odo dňa jej doručenia do zdravotnej poisťovne. V prípade doručenia vecne nesprávnej faktúry, podľa bodu 5.3. tohto článku sa faktúra považuje za formálne a vecne správnu až doručením formálne a vecne správneho opravného účtovného dokladu. V prípade, že formálne a vecne správny opravný účtovný doklad je doručený do 25-tich dní od doručenia vecne nesprávnej faktúry, splatnosť takto opravenej faktúry je 30 dní od doručenia vecne nesprávnej faktúry do zdravotnej poisťovne. V prípade, že formálne a vecne správny opravný účtovný doklad je doručený po 25-tom dni od doručenia vecne nesprávnej faktúry, splatnosť takto opravenej faktúry je 5 pracovných dní odo dňa doručenia formálne a vecne správneho opravného účtovného dokladu do zdravotnej poisťovne.

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

5.11. Faktúry, ako aj opravné účtovné doklady sa považujú za doručené do zdravotnej poisťovne, ak sú doručené priamo na adresu zdravotnej poisťovne, uvedené neplatí v prípade doručovania podľa článku VIII., bodu 8.2. tejto zmluvy.

3) Podľa Metodického usmernenia Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou č. 3/2012 v platnom znení.

## Článok VI Kontrolná činnosť

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

6.2. Zdravotná poisťovňa vykonáva kontrolnú činnosť podľa bodu 6.1. revíznymi lekármi, revíznymi farmaceutmi a revíznymi sestrami; ak ide o kontrolu hospodárenia vynakladania prostriedkov verejného zdravotného poistenia, aj inými zamestnancami poverenými výkonom kontroly na základe písomného poverenia na výkon kontroly (ďalej len „poverená osoba“).

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

6.4. Poverené osoby sú pri výkone kontroly oprávnené:

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

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

6.6. O záveroch kontroly kontrolná skupina vypracuje:

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

6.7. Poverené osoby vypracujú protokol o kontrole podľa bodu 6.6., písm. b) tohto článku, ktorý zašľú poskytovateľovi v lehote do 20 kalendárnych dní odo dňa skončenia kontroly. Protokol o kontrole sa doručuje štatutárnemu zástupcovi poskytovateľa osobne proti podpisu alebo doporučenou poštou alebo kuriérnomu službou na adresu sídla poskytovateľa alebo prostredníctvom podateľne poskytovateľa.

6.8. Poskytovateľ má právo podať písomne námietky proti kontrolným zisteniam a záverom uvedeným v protokole o kontrole do 20 kalendárnych dní odo dňa doručenia protokolu o kontrole. Zdravotná poisťovňa sa k podaným námietkam vyjadriť písomne alebo osobne prerokuje podané námietky s poskytovateľom v termíne s ním dohodnutom. Písomné vyjadrenie zdravotnej poisťovne k námietkam poskytovateľa sa považuje za zápisnicu k protokolu o kontrole. Ak sa námietky poskytovateľa prerokujú osobne, kontrolná skupina spíše zápisnicu k protokolu o kontrole o výsledku prerokovania námietok poskytovateľa. Poskytovateľ má právo na uvedenie svojho písomného vyjadrenia k zápisnici k protokolu o kontrole. V prípade písomného vyjadrenia zdravotnej poisťovne k námietkam poskytovateľa má poskytovateľ právo na písomné vyjadrenie k zápisnici k protokolu o kontrole do 10 kalendárnych dní odo dňa doručenia písomného vyjadrenia zdravotnej poisťovne k námietkam poskytovateľa.

6.9. Pokial' poskytovateľ nepodal proti protokolu o kontrole námietky, protokol sa považuje za prerokovaný pracovný dňom nasledujúcim po mŕtvom uplynutí lehoty na podanie námietok, pričom platí, že poskytovateľ súhlasi so zisteniami uvedenými v protokole. Zápisnica sa v tomto prípade nespisuje.

6.10. Pokial' poskytovateľ odmietne podpísat' zápisnicu k protokolu o kontrole, uvedie sa táto skutočnosť v zápisnici. Zápisnica k protokolu o kontrole sa doručuje štatutárnemu zástupcovi poskytovateľa osobne proti podpisu alebo doporučenou poštou alebo kuriérnomu službou na adresu sídla poskytovateľa alebo prostredníctvom podateľne poskytovateľa.

6.11. Kontrola je ukončená dňom prerokovania protokolu o kontrole s poskytovateľom a spisaním zápisnice k protokolu o kontrole o výsledku prerokovania námietok poskytovateľa. V prípade písomného vyjadrenia zdravotnej poisťovne k námietkam poskytovateľa sa považuje kontrola za ukončenú dňom doručenia písomného vyjadrenia zdravotnej poisťovne k podaným námietkam poskytovateľa k protokolu o kontrole podľa bodu 6.8. tohto článku alebo mŕtvym uplynutím lehoty na podanie písomného vyjadrenia k zápisnici k protokolu o kontrole. Ustanovenie bodu 6.10. tohto článku tým nie je dotknuté.

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

### **Článok VII Sankcie**

7.1. V prípade, že zdravotná poistovňa na základe vykonanej kontroly (článok VI zmluvy) zistí, že poskytovateľ vykázal zdravotnej poistovni výkon, ktorý preukázateľne neposkytol v celom rozsahu alebo v určitej jeho časti a zdravotná poistovňa takto výkon poskytovateľovi uhradila (ďalej len „neoprávnená úhrada“), poskytovateľ sa zaväzuje, že zdravotnej poistovni vráti takúto neoprávnenú úhradu alebo jej časť za podmienok podľa bodu 7.2. a 7.4. tohto článku.

7.2. Zmluvné strany sa dohodli, že pre vrátenie neoprávnenej úhrady podľa bodu 7.1. tohto článku, sa nevyžaduje predchádzajúce upozornenie druhej zmluvnej strany. Písomná výzva na vrátenie neoprávnenej úhrady podľa tohto bodu musí obsahovať špecifikáciu porušenia povinnosti a výšku neoprávnenej úhrady.

7.3. V prípade zistenia neoprávnenej úhrady zdravotnou poistovňou podľa bodu 7.1. tohto článku je poskytovateľ v každom jednotlivom prípade povinný uhradiť zdravotnej poistovni zmluvnú pokutu až do výšky 50 % sumy neoprávnenej úhrady na základe výzvy zdravotnej poistovne podľa bodu 7.4. tohto článku.

7.4. Zmluvné strany sa dohodli, že poskytovateľ vykoná vrátenie neoprávnenej úhrady alebo úhradu sankcie vo výške uplatnenej zdravotnej poistovňou v lehote do 30 dní odo dňa doručenia písomnej výzvy zdravotnej poistovňou.

7.5. Ak poskytovateľ v lehote podľa bodu 7.4. tohto článku nevráti zdravotnej poistovni neoprávnenú úhradu alebo neuhradí uplatnenú sankciu, je zdravotná poistovňa oprávnená vykonať jednostranný zápočet týchto pohľadávok voči najbližšiemu splatnému vyúčtovaniu úhrady zdravotnej starostlivosti poskytovateľa.

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

### **Článok VIII Doručovanie**

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

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

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

8.2. Poskytovateľ zásielku - faktúru spolu s prílohami ako aj ostatné doklady podľa tohto bodu zmluvy doručuje zdravotnej poistovni elektronicky, prostredníctvom Internetového portálu, ktorý prevádzkuje zdravotná poistovňa na svojom webovom sídle a ktorého používanie upravujú Všeobecné podmienky podľa bodu 4.18. zmluvy.

8.3. Zmluvné strany sa dohodli, že zásielky s výnimkou korešpondencie podľa článku VI tejto zmluvy-a korešpondencie obsahujúcej osobné údaje alebo údaje chránené podľa osobitných predpisov; sú môžu doručovať aj e-mailom.

### **Článok IX Trvanie, zmena a zánik zmluvy**

9.1. Zmluva je uzavorená dňom jej podpisania obidvoma zmluvnými stranami. Pokiaľ nedôjde k podpisaniu zmluvy obidvoma zmluvnými stranami v ten istý deň, považuje sa zmluva za uzavorenú v deň, kedy zmluvu podpísala v poradí druhá zmluvná strana.

9.2. Zmluva nadobúda účinnosť dňom **4.10.2021**.

9.3. Zmluva sa uzavára na dobu neurčitú, s výnimkou prílohy č. 2 tejto zmluvy, ktorá je účinná do **31.12.2022**.

9.4. Zmluvné strany sa dohodli, že ak po uplynutí účinnosti prílohy č. 2 tejto zmluvy nedôjde medzi zmluvnými stranami k dohode o jej úprave, do doby dohody zmluvných strán platia ceny dohodnuté v prílohe č. 2 tejto zmluvy a jej účinnosť sa automaticky predĺžuje až do doby nadobudnutia účinnosti dodatku k zmluve, ktorým sa príloha č. 2 upravi.

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

9.6. Zmluva:

- a) zaniká dohodou zmluvných strán,
- b) zaniká výpovedou (podľa § 7 ods. 11 a ods. 15 zákona č. 581/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov),
- c) zaniká okamžitým skončením v prípade zrušenia povolenia alebo zániku zdravotnej poistovne alebo v prípade zrušenia alebo zániku povolenia poskytovateľa na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia,
- d) zaniká uplynutím posledného dňa účinnosti prílohy č. 2 tejto zmluvy podľa bodu 9.4. tohto článku,

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

9.7. Zmluvné strany sa dohodli, že ak sa zdravotná poisťovňa rozhodne nepokračovať v zmluvnom vzťahu podľa tejto zmluvy a z toho dôvodu poskytovateľovi nepredložiť návrh na predĺženie účinnosti prílohy č. 2 k tejto zmluve, jej účinnosť dohodnutá podľa bodu 9.3. tohto článku sa predĺžuje o tri kalendárne mesiace; písomné oznámenie rozhodnutia o nepokračovaní v zmluvnom vzťahu je zdravotná poisťovňa povinná zaslať doporučenou poštou na korešpondenčnú adresu poskytovateľa najneskôr 30 dní pred uplynutím doby účinnosti prílohy č. 2 k tejto zmluve. V prípade, že zdravotná poisťovňa nezašle poskytovateľovi oznámenie o nepokračovaní v zmluvnom vzťahu, v dohodnotej lehote podľa predchádzajúcej vety, je povinná zaslať poskytovateľovi návrh dodatku k zmluve na predĺženie účinnosti prílohy č. 2 k tejto zmluve o 6 kalendárnych mesiacov v lehote 14 dní pred uplynutím jej účinnosti podľa bodu 9.3. tohto článku.

#### **Článok X Záverečné ustanovenia**

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

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

10.3. Neoddeliteľnou súčasťou tejto zmluvy sú nasledovné prílohy:

Príloha č. 1 Dohodnutý rozsah poskytovanej zdravotnej starostlivosti

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

Príloha č. 3 Zdravotnou poisťovňou schválené zdravotné výkony nad rámec materiálno-technického vybavenia

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

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

V Bratislave dňa 04.10.2021

Union zdravotná poisťovňa, a.s



Zdravie Seňa s.r.o.



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

Ing Marcela Gallová, konatel'

P17254 \_Union ZP\_UNZS \_MV\_2021

**Príloha č. 1**  
**k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti**

**Dohodnutý rozsah poskytovanej zdravotnej starostlivosti**

V súlade s bodom 3.2. článku III tejto zmluvy si zdravotná poisťovňa u poskytovateľa objednáva poskytovanie zdravotnej starostlivosti v rozsahu odborností útvarov zdravotníckeho zariadenia poskytovateľa podľa tejto prílohy:

Kód odbornosti útvaru/*	Názov odbornosti útvaru	Druh odborného útvaru/**
020	všeobecné lekárstvo	2

**Vysvetlivky:**

/\* kód odbornosti útvaru v tvare „spp“ z kódu poskytovateľa (kód poskytovateľa má tvar „p99999sppyyzz“),

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

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

P17254 \_Union ZP\_UNZS \_MV\_2021

**Príloha č. 2**  
**k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti**

**Dohodnutá výška úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť a finančný rozsah**

**Časť – Všeobecné ustanovenia**

1. Zdravotné výkony sa uhrádzajú v súlade so zmluvou o poskytovaní zdravotnej starostlivosti a za nasledovných podmienok:

- a) Zdravotná poistovňa uhrádzá všetky medicínsky indikované, zdravotnej poistovni vykázané a zdravotnou poistovňou uznané zdravotné výkony podľa podmienok vyplývajúcich zo zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.
- b) Ak je ako spôsob úhrady určená „cena bodu“, výška úhrady za zdravotný výkon sa určí ako súčin počtu bodov podľa „Zoznamu výkonov a ich bodové hodnoty k zdravotným výkonom uvedeným v časti A“ (ďalej len „zoznam výkonov“) uvedeným v prílohe č. 4 časť C opatrenia MZ SR č. 07045/2003 – OAP z 30. decembra 2003, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva v znení neskorších predpisov, s výnimkou zdravotných výkonov, pre ktoré je v tejto prílohe určené iné bodové ohodnotenie, a príslušnej (výslednej) ceny bodu dohodnutej v tejto prílohe pre daný výkon; ak dôjde k zrušeniu právneho predpisu uvedeného v tomto písme, použije sa na účely určenia bodovej hodnoty posledné platné a účinné znenie tohto právneho predpisu, ak nebude dohodnutej inak.
- c) Ak je ako spôsob úhrady určená „cena výkonu“, príslušná cena za výkon dohodnuta v tejto prílohe predstavuje výšku úhrady za výkon.
- d) Ak je úhrada za zdravotný výkon zahrnutá v úhrade za iný zdravotný výkon alebo v kapitácii, takýto zdravotný výkon sa osobitne neuhrádza a vykazuje sa na úhradu do zdravotnej poistovne s nulovou výškou úhrady.
- e) Úhrada za zdravotný výkon zahŕňa náklady na všetku zdravotnú starostlivosť poskytnutú v rámci zdravotného výkonu, ak nie je dojednané inak.
- f) Zdravotný výkon, ktorý nemá v zozname výkonov určenú bodovú hodnotu, môže zdravotná poistovňa uhradiť poskytovateľovi len s jej predchádzajúcim súhlasom a to najviac vo výške preukázateľných nákladov spojených s jeho poskytnutím poistencovi.

2. Ak je ako spôsob úhrady určená kapitácia, zdravotná poistovňa ju uhrádzá za nasledovných podmienok:

- a) Kapitácia je mesačná paušálna úhrada za poskytovanie zdravotnej starostlivosti jednému poistencovi (ďalej aj ako „kapitovaný poisteneck“), s ktorým má poskytovateľ podľa § 12 zákona č. 576/2004 Z. z. uzavretú platnú a účinnú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (ďalej len „dohoda“).
- b) Pre účely úhrady kapitácie zdravotná poistovňa akceptuje uzavretie dohody len s jedným poskytovateľom všeobecnej ambulantnej starostlivosti a s jedným poskytovateľom ambulantnej starostlivosti v odbore gynekológia a pôrodníctvo. Ak poistenec uzavrel dohodu s ďalším poskytovateľom všeobecnej ambulantnej starostlivosti alebo poskytovateľom ambulantnej starostlivosti v odbore gynekológia a pôrodníctvo, zdravotná poistovňa pre účel úhrady kapitácie akceptuje novú dohodu len za podmienky, že predchádzajúca dohoda zanikne v súlade so zákonom č. 576/2004 Z. z.
- c) Kapitácia zahŕňa náklady na všetku zdravotnú starostlivosť poskytnutú kapitovanému poistencovi za daný kalendárny mesiac, ak v tejto prílohe nie je dojednané inak.
- d) Poskytovateľ:
  - da) zasiela kópiu dohody a kópiu odstúpenia od dohody s predchádzajúcim poskytovateľom zdravotnej poistovni na jej vyžiadanie v prípade, ak v jednom kalendárnom mesiaci budú fakturovať kapitáciu na tohto istého poistencu dvaja alebo viacerí poskytovatelia; zdravotná poistovňa je oprávnená vyžadovať kópie dohody písomne, telefonicky alebo e-mailom; za účelom prípadného doriešenia kolízie podľa tohto bodu je zdravotná poistovňa oprávnená vyžadovať aj preukázanie odstúpenia od dohody poistencom a vyžiadanie (odovzdanie) zdravotnej dokumentácie poistencu zo strany tohto poskytovateľa, ktorý uzavrel s poistencom novú dohodu,
  - db) zasiela k termínu 30. jún a 31. december príslušného kalendárneho roka hlásenie o počte kapitovaných poistencov zdravotnej poistovni v elektronickej podobe v dátovom rozhraní určenom metodickým usmernením vydaným Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou,
  - dc) má nárok na úhradu kapitácie aj späťne, ak poistenec alebo jeho zákonný zástupca neohlásil poskytovateľovi zmenu zdravotnej poistovne; nárok na spätnú úhradu kapitácie za kapitovaného poistencu, ktorého opomenul vykázať má iba v tom prípade, ak zdravotná poistovňa v období, za ktoré si tohto poistencu späťne vykazuje, neuhradila kapitáciu inému poskytovateľovi,
  - dd) má nárok, aby zdravotná poistovňa vykonalala porovnanie kapitačného stavu poistencov poskytovateľa a označila výsledok poskytovateľovi na základe údajov poskytnutých poskytovateľom podľa písma. db) tohto bodu a informovala poskytovateľa o skutočnom počte kapitovaných poistencov u poskytovateľa, evidovaných v informačnom systéme zdravotnej poistovne,
  - e) Ak poskytovateľ nemal uzavretú dohodu s poistencom po dobu celého kalendárneho mesiaca, zdravotná poistovňa má právo krátiť kapitáciu za tie dni kalendárneho mesiaca, za ktoré nebola uzavretá dohoda.

3. Výška úhrady za zdravotný výkon a kapitácia nezahŕňa náklady na lieky plne alebo čiastočne uhrádzané na základe verejného zdravotného poistenia zaradené v Zozname kategorizovaných liekov (platnom čase podania lieku), označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písomom A a AS. Úhrada za výkony domácej ošetrovateľskej starostlivosti nezahŕňa náklady na špeciálny zdravotnícky materiál zaradený v Zozname kategorizovaných špeciálnych zdravotníckych materiálov.

## Časť - Všeobecná ambulantná starostlivosť pre dospelých

1. Kapitácia sa v závislosti od veku kapitovaného poistenca uhrádza nasledovne:

Špecifikácia podmienok úhrady	Kapitácia v €
poistenec vo veku od 18 rokov do 50 rokov života vrátane	2,54
poistenec vo veku od 51 rokov do 60 rokov života vrátane	2,92
poistenec vo veku od 61 rokov do 80 rokov života vrátane	4,07
poistenec vo veku od 81 rokov života	4,46

2. V kapitácii nie je zahrnutá úhrada za zdravotné výkony poskytnuté kapitovanému poistencovi, ktoré sa podľa tejto časti uhrádzajú u kapitovaného poistenca cenou bodu alebo cenou výkona.

3. Ak nie je dojednané inak, cenou bodu sa u kapitovaného poistenca a poistencu EÚ, ktorý má na to právny nárok v zmysle príslušných všeobecne záväzných právnych predpisov, uhrádzajú nasledovné zdravotné výkony za podmienok úhrady uvedených v tejto tabuľke:

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena bodu v €
159b	Vykazuje sa - s kódom choroby Z00.1, Z00.0 alebo Z52.0 u darcov krvi, - s výkonom 160, - aj u poistencov vo veku od 19 do 39 rokov vrátane, ak výkon doteraz alebo v uplynulom roku poskytnutý neboli.	0,053
3671	Vykazuje sa - s kódom choroby Z00.1, Z00.0 alebo Z52.0 u darcov krvi - s výkonom 160	0,053
252b	pri očkovaní proti chrípkovej sa vykazuje s kódom choroby Z25.1 pri povinnom očkovaní proti diftérii a tetanu sa vykazuje s kódom choroby Z00.0 alebo Z23.5 pri očkovaní proti vírusovej hepatitíde typu A sa vykazuje s kódom choroby Z20.5 pri očkovaní proti vírusovej hepatitíde typu B sa vykazuje s kódom choroby Z00.0 pri očkovaní proti vírusovej hepatitíde typu A + B sa vykazuje s kódom choroby Z24.6 pri očkovaní proti meningokokovej meningitíde sa vykazuje s kódom choroby Z20.8 pri očkovaní proti kliešťovej encefalítíde sa vykazuje s kódom choroby Z24.1 pri očkovaní proti pneumokokom sa vykazuje s kódom Z23.8 v zmysle indikačných obmedzení pri očkovaní proti osýpkam sa vykazuje s kódom choroby Z27.4, Z27.8, Z27.3, Z27.1, Z24.4	0,06
25 26 29	Výkon 25 je možné vykázať aj: - s výkonom 160 u imobilných poistencov alebo z dôvodu iného závažného dlhodobého zdravotného postihnutia poistencu, - s výkonom 25b, ak ide o vykonanie očkovania na základe rozhodnutia regionálneho úradu verejného zdravotníctva alebo Úradu verejného zdravotníctva SR u poistencov, ktorí dlhodobo odmietajú dostaviť sa do ambulancie poskytovateľa za účelom vykonania očkovania. O uvedených skutočnostiach vykoná poskytovateľ záznam v zdravotnej dokumentácii poistencu	0,025
4;5;6;30	Výkony sa vykazujú nasledovne: - výkon 4 s výkonom 25 alebo 26 - výkon 5 s výkonom 26 a s výkonom 30 - výkon 6 s výkonom 26 alebo 29 a s výkonom 30 - výkon 30 s výkonom 26 alebo 29	0,015
40	Zotravanie poskytovateľa pri poistencovi mimo ambulancie cez deň (za každú začatú polhodinu), najmä v súvislosti s potrebou jeho zotravania do príchodu záchrannej zdravotnej služby zabezpečujúcej prevoz poistencu do ústavnej zdravotnej starostlivosti; vyžaduje sa odôvodnenie v zdravotnej dokumentácii poistencu.	0,015
41	Zotravanie poskytovateľa pri poistencovi mimo ambulancie v noci medzi 20.00 a 7.00 hodinou (za každú začatú polhodinu), najmä v súvislosti s potrebou jeho zotravania do príchodu záchrannej zdravotnej služby zabezpečujúcej prevoz poistencu do ústavnej zdravotnej starostlivosti; vyžaduje sa odôvodnenie v zdravotnej dokumentácii poistencu	0,015
5702*	Elektrokardiografické (EKG) vyšetrenie, štandardné 12-zvodové zosnímanie aspoň s 10 QRS komplexami, ak ho poskytovateľ sám vykonal a vyhodnotil.	0,0082
5300* 5301*	USG vyšetrenie v ambulancii VLD – hornej časti brucha USG vyšetrenie v ambulancii VLD – jedného orgánu alebo orgánového systému	0,0088
4571a	C - reaktívny proteín, ak ho poskytovateľ sám vykonal a vyhodnotil (380 bodov).	0,012

-	Výkony (okrem SVLZ výkonov) neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnuté nekapitovanému poistencovi	<b>0,026</b>
-	SVLZ výkony neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnuté nekapitovanému poistencovi	<b>0,0082</b>
-	Výkony (okrem SVLZ výkonov) zdravotnej starostlivosti poskytnuté poistencovi EÚ s výnimkou výkonov, pre ktoré je v tejto časti prílohy určená iná cena bodu alebo cena výkonu	<b>0,026</b>
-	SVLZ výkony zdravotnej starostlivosti poskytnuté poistencovi EÚ s výnimkou výkonov, pre ktoré je v tejto časti prílohy určená iná cena bodu alebo cena výkonu	<b>0,0082</b>
-	Vybrané výkony za podmienok uvedených v dokumente „ <b>Usmernenie k vykazovaniu výkonov telematicky</b> “ zverejnenom na webovom sídle zdravotnej poistovne. V prípade zmeny uvedeného dokumentu zdravotná poistovňa elektronickou poštou o tom informuje poskytovateľa najneskôr 7 dní pred plánovaným dňom účinnosti takejto zmeny, ak zdravotná poistovňa disponuje mailovým kontaktom poskytovateľa.	<b>0,026</b>

\*Výkon sa uhrádza na základe splnenia povinnosti poskytovateľa podľa bodu 4.6. písma f) tejto zmluvy, prípadne aj po preukázani ďalších podmienok úhrady výkonu. Zdravotnou poistovňou schválený zdravotný výkon podľa predchádzajúcej vety, s uvedením kódu odbornosti ambulantnej zdravotnej starostlivosti a kódu zdravotného výkonu tvorí prílohu č. 3, ktorá tvorí neoddeliteľnú súčasť tejto zmluvy. Pri výkone 5300 a 5301 sa vyžaduje zdokladovanie certifikátu o spôsobilosti vykonávať dané vyšetrenia.

4. Cenou výkonu sa u kapitovaného poistencu a poistencu EÚ, ktorý má na to právny nárok v zmysle príslušných všeobecne záväzných právnych predpisov, uhrádzajú nasledovné zdravotné výkony za podmienok úhrady uvedených v tejto tabuľke:

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena výkonu v €
160	Vykazuje sa - s kódom choroby Z00.0 alebo Z52.0 u darcov krvi, - s výkonom 5702 u poistencov, ktorí dovršili 40 rokov veku, ak ho poskytovateľ sám urobil a vyhodnotil	<b>19,35</b>
159a	Vykazuje sa - pri pozitívnom výsledku s kódom choroby Z00.0 alebo Z12.1 - u poistencov vo veku nad 40 rokov raz za dva roky a u poistencov s pozitívnou rodinou anamnézou karcinómu hrubého čreva a konečníka	<b>8,80</b>
159z	Vykazuje sa - pri negatívnom výsledku s kódom choroby Z00.0 alebo Z12.1 - u poistencov vo veku nad 40 rokov raz za dva roky a u poistencov s pozitívnou rodinou anamnézou karcinómu hrubého čreva a konečníka	<b>8,80</b>
159x	Vykazuje sa - pri neznámom / znehodnotenom teste s kódom choroby Z00.0 alebo Z12.1 - u poistencov vo veku nad 40 rokov raz za dva roky a u poistencov s pozitívnou rodinou anamnézou karcinómu hrubého čreva a konečníka	<b>8,80</b>
60b	Základné vyšetrenie zahŕňa potrebné odbery krvi, zhodnotenie laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení a zaradenie pacienta do rizikovej skupiny ASA. Výkon možno vykazovať iba raz v rámci jednej operácie, výkon sa vykazuje s kódom choroby, pre ktorú je poistenec plánovaný na operáciu. V prípade odoslatia poistencu na vykonanie predoperačného vyšetrenia k lekárovi špecializovanej zdravotnej starostlivosti, zdravotná poistovňa poskytnutú zdravotnú starostlivosť v súvislosti s predoperačným vyšetrením uhrádza v rámci kapitačnej platby za poistencu.	<b>13,00</b>
5702Z*	Elektrokardiografické (EKG) vyšetrenie, štandardné 12-zvodové zosnímanie aspoň s 10 QRS komplexami ako súčasť predoperačného vyšetrenia; vykazuje sa s výkonom 60b.	<b>4,41</b>
3842a*	Meranie INR z kapilárnej krvi všeobecným lekárom pre dospelých (ďalej aj ako „vyšetrenie INR VLD“) sa uhrádza, ak poskytovateľ: - je držiteľom certifikátu o absolvovaní certifikačného školenia na Lekárskej fakulte Slovenskej zdravotníckej univerzity (LF SZU) alebo predloží písomné čestné vyhlásenie, že sa oboznámil a bude dodržiavať postupy antikoagulačnej liečby zverejnené na webovom sídle zdravotnej poistovne, - je účastníkom povinného externého hodnotenia kvality akreditovaným prevádzkovateľom EHK so získaním osvedčenia o účasti a absolvovaní externého hodnotenia kvality v dvojročnom cykle, - je držiteľom Prehlásenia ES o zhode P.O.C.T. prístroja podľa smernice IVD; technická špecifikácia prístroja je v zhode s ISO 17593 a ISO 22870 a metrologická nadväznosť merania je v súlade s WHO, - dodržiava indikácie a štandardné terapeutické postupy pri výkone zdravotného výkonu, - správne vedie a archivuje zdravotnú dokumentáciu vrátane písomného záznamu o posúdení rizika krvácania a určenia rizika tromboembolizmu pri nastavovaní pacienta na antikoagulačnú liečbu, - vedie dokumentáciu údržby P.O.C.T. prístroja v predpísanom režime. - je povinný v polročných intervaloch vyhodnotiť a v dokumentácii zaznamenať hodnotu	<b>5,00</b>

	<p>TTR. V prípade dvoch za sebou nasledujúcich neuspokojivých hodnôt TTR je poskytovateľ povinný odoslať pacienta na ďalší manažment antikoagulačnej liečby na pracovisko ŠAS (hematológ, kardiológ, internista).</p> <p>Vyšetrenie INR VLD v ambulancii lekára nie je povolené vykázať, ak súčasne v ten istý deň bolo toto vyšetrenie indikované do laboratória.</p> <p>Maximálna frekvencia vyšetrení INR VLD v ambulancii lekára u jedného poistencu maximálne 16 / rok.</p>	
5715*	<p>24 hodinové monitorovanie tlaku krvi" pre diagnostiku a liečbu artériovej hypertenzie u dospelých pacientov v ambulancii všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti (ďalej aj ako „výkon AMTK v ambulancii VLD"). Výkon AMTK v ambulancii VLD pre účel tejto prílohy zahŕňa meranie a vyhodnotenie tohto výkonu na základe klinických indikácií pre meranie tlaku krvi mimo ambulanciu na diagnostické účely podľa Odborného usmernenia Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky na poskytovanie ambulantnej zdravotnej starostlivosti dospelým pacientom s artériovou hypertenziou, pokiaľ vyšetrenie nemožno nahradíť domácim monitorovaním tlaku krvi.</p> <p>Výkon sa uhrádza, ak:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pri realizácii výkonu AMTK v ambulancii VLD boli dodržané podmienky indikácie a štandardné terapeutické postupy,</li> <li>- indikácia poskytnutia výkonu zodpovedá klinickému stavu a odporúčaniam podľa Odborného usmernenia Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky na poskytovanie ambulantnej zdravotnej starostlivosti dospelým pacientom s artériovou hypertenziou. Kontrola vyšetrením v dvojročnom intervale. V prípade nutnosti častejšej kontroly písomné zdôvodnenie PZS,</li> <li>- je zabezpečené správne vedenie a archivovanie zdravotnej dokumentácie pacienta vrátane písomného záznamu, vyhodnotenia vyšetrenia a diagnostického záveru.</li> </ul> <p>Výkon sa uhrádza maximálne raz za dva roky u jedného poistencu.</p>	13,00
H0008*	<p>Obsahom zdravotného výkonu je stanovenie indexu ABI oscilometrickou metódou, meranie a vyhodnotenie indexu ABI na štyroch končatinách na zistenie zvýšeného rizika ischemickej choroby dolných končatín;</p> <p>Výkon sa uhrádza, ak:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- bol poskytnutý v rámci preventívnej prehliadky poistencovi vo veku nad 40 rokov s minimálne jedným rizikovým faktorom - podozrenie na ischemickú chorobu dolných končatín, artériová hypertenzia, abnormálne EKG, diabetes mellitus, obezita, fajčenie, vysoká hladina celkového cholesterolu, porucha metabolizmu lipidov,</li> <li>- nebude súčasne vykázaný v ambulancii ŠAS,</li> <li>- poskytovateľ predložil aj doklady o zaškolení výrobcom prístrojového vybavenia.</li> </ul>	5,00
629b*	<p>Skriningový antigénový test SARS-CoV-2 imunofluorescenčnou metódou</p> <p>Obsahová náplň výkonu:</p> <p>Skriningový, rýchly antigénový test SARS-CoV-2 imunofluorescenčnou metódou zahŕňa odber biologického materiálu na stanovenie antigénov SARS-CoV-2 imunofluorescenčnou metódou pomocou prístroja na odčítanie výsledku reakcie, vrátane použitia osobných ochranných pracovných prostriedkov a dezinfekcie. Zdravotný výkon vykonáva lekár alebo sestra, sestra špecialistka alebo iný zdravotnícky pracovník. Vyhodnotenie je súčasťou zdravotného výkonu.</p> <p>Výkon:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- je indikovaný na základe klinickej (nie výlučne epidemiologickej) indikácie ošetrujúceho lekára,</li> <li>- uhrádza sa u symptomatického pacienta s klinickými príznakmi respiračného syndrómu,</li> <li>- vykazuje sa diagnózou U07.1 alebo U07.2,</li> <li>- sa uhrádza u jedného poistencu maximálne 2x za 30 dní,</li> <li>- bol zrealizovaný za pomocí certifikovaného antigénového testu,</li> <li>- sa vykazuje s diagnózou U07.1. alebo U07.2.</li> </ul> <p>Odber pre účely výkonu sa vykonáva s použitím osobitných ochranných pracovných prostriedkov:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- respirátor FFP2-3, respirátor musí byť prekrytý rúškom, ak má výdychový ventil,</li> <li>- ochranný plastikový tvárový štít alebo okuliare,</li> <li>- jednorazové rukavice.</li> </ul> <p>Zároveň sú splnené aj tieto podmienky:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- zrealizuje sa dezinfekcia bezprostredného priestoru po odbere pre účely daných výkonov;</li> <li>- poskytovateľ v prípade pozitívne testovaného poistencu zabezpečí ďalší manažment starostlivosti o pacienta,</li> </ul> <p>Výkon 629b nie je možné vzájomne kombinovať s výkonom 629a pri jednom vyšetrení pacienta.</p>	10,20
1540	Výplach zvukovodu (jedno ucho). Výkon sa uhrádza dva krát ročne u jedného poistencu.	1,00
163	- Obsahom zdravotného výkonu je realizácia testu na zistenie rizika kognitívneho deficitu, ktorý/ktorého	6,00

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- sa môže vykonať u poistencov vo veku nad 50 rokov maximálne raz dva roky v rámci preventívnej prehliadky, alebo v prípade záujmu poistencu,</li> <li>- sa vykazuje s diagnózami v závislosti od výsledku testu: <ul style="list-style-type: none"> <li>• negatívny výsledok testu: Z00.0 (všeobecné lekárske vyšetrenie)</li> <li>• pozitívny výsledok testu: Z03.2 (pozorovanie pri podozrení na duševnú poruchu a poruchu správania),</li> </ul> </li> <li>- výstupom je celkové dosiahnuté skóre,</li> <li>- po vyplnení zostáva súčasťou zdravotnej dokumentácie poistencu.</li> </ul> <p>Výsledok testu všeobecny lekár oznámi poistencovi, poskytne mu informácie a zabezpečí jeho ďalší manažment (napr. odporučenie odborného vyšetrenia u špecialistu).</p>	
10	<p>Starostlivosť o poistenca s artériovou hypertenziou, dyslipidémiou a/alebo obezitou. Výkon sa uhrádza nad rámec kapitácie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- u kapitovaného poistencu, ktorý má aspoň jedno z nasledujúcich ochorení alebo ich kombináciu: <ul style="list-style-type: none"> <li>• artériová hypertenzia</li> <li>• dyslipidémia</li> <li>• obezita (ďalej jednotlivo aj ako „dané ochorenie“ alebo spoločne ako „dané ochorenia“)</li> </ul> </li> <li>- ak ide o poistencu, ktorý má len izolovanú obezitu (t.j. nemá artériovú hypertenziu a/alebo dislipidémiu), podmienkou úhrady je aj: <ul style="list-style-type: none"> <li>• BMI: 30 – 34,99 (obezita I. stupňa) alebo 35 – 39,99 (obezita II. stupňa) alebo nad 40 (obezita III. stupňa)</li> <li>• 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</li> </ul> </li> <li>- ak poisteneč nie je dispenzarizovaný a/alebo liečený u iného poskytovateľa pre dané ochorenia; ak je poisteneč dispenzarizovaný u iného poskytovateľa pre dané ochorenia, podmienkou akceptácie zmluvnej úhrady výkonu 10 je absencia výkonov v špecializovanej ambulantnej starostlivosťi nad rámec dispenzárnnej starostlivosťi u pacienta s daným ochorením, a to v období 6 mesiacov pred vykázaním výkonu 10; táto podmienka akceptácie sa netýka výkonov ústavnej pohotovostnej služby, urgentných príjmov a záchrannej zdravotnej služby ani výkonov počas hospitalizácie,</li> <li>- po stanovení diagnózy a liečebného plánu s tým, že poskytovateľ určí aj BMI poistencu a zapíše ho do zdravotnej dokumentácie,</li> <li>- ak je vykázaný s príslušnou diagnózou,</li> <li>- maximálne trikrát za kalendárny rok u jedného poistencu; v prípade potreby vyššej frekvencie vyšetrení je úhrada za ďalšiu zdravotnú starostlivosť zahrnutá v kapitácii,</li> <li>- ak poskytovateľ postupuje v súlade s príslušnými platnými odbornými usmerneniami pre poskytovanie zdravotnej starostlivosťi vydanými Ministerstvom zdravotníctva SR podľa príslušného ustanovenia zákona č. 576/2004 Z.z. (ak existujú),</li> <li>- ak poskytovateľ vykonáva príslušné zápisu v súvislosti s liečbou daného ochorenia do zdravotnej dokumentácie.</li> </ul> <p>V cene výkonu je zahrnuté komplexné poskytovanie zdravotnej starostlivosťi v súvislosti daným ochorením, najmä</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- iniciálne a/alebo kontrolné vyšetrenie poistencu,</li> <li>- odbery na laboratórne vyšetrenia a/alebo vyhodnotenie dostupných výsledkov vyšetrení poistencu,</li> <li>- ďalšia zdravotná starostlivosť v zmysle príslušných odborných usmernení vydaných Ministerstvom zdravotníctva SR (ak existujú).</li> </ul> <p>Pre účely úhrady tohto výkonu nad rámec kapitácie zároveň platí:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- o iniciálne vyšetrenie ide v prípade, keď poisteneč, nebol v posledných 24 mesiacoch liečený, diagnostikovaný alebo dispenzarizovaný pre dané ochorenie u iného poskytovateľa,</li> <li>- kontrolné vyšetrenie je každé ďalšie vyšetrenie po iniciálnom vyšetrení,</li> <li>- pri hodnotení laboratórnych a iných výsledkov vyšetrení zdravotná poistovňa akceptuje vyšetrenia, ktoré neboli realizované neskôr ako 3 mesiace pred dňom realizácie iniciálneho alebo kontrolného vyšetrenia.</li> </ul>	10,00
H0006	<p>Stratifikácia kardiovaskulárneho rizika</p> <p>Výkon sa uhrádza nad rámec kapitácie za nasledovných podmienok:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- poskytovateľ vykonáva u poistencov nad 40 rokov stratifikáciu kardiovaskulárneho rizika systémom SCORE v súlade s Odborným usmernením Ministerstva zdravotníctva SR č. Z52182-2014 - IZP na poskytovanie ambulantnej zdravotnej starostlivosťi dospelým pacientom s artériovou hypertenziou zo dňa 1. 12. 2014 v platnom znení a v súlade s Odborným usmernením Ministerstva zdravotníctva SR na poskytovanie</li> </ul>	5,00

	<p>zdravotnej starostlivosti dospelým pacientom s dyslipidémiou v ambulantnej zdravotnej starostlivosti zo dňa: 27. 11. 2015 v platnom znení,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- maximálne jedenkrát za kalendárny rok u jedného poistenca,</li> <li>- ak je vykázaný pri preventívnej prehliadke minimálne s jedným rizikovým faktorom, napr. artériovou hypertenziou, dyslipidémiou, obezitou, fajčením, diabetes mellitus, a s kódom diagnózy, pre ktorú bola stratifikácia kardiovaskulárneho rizika u poistencu vykonaná, alebo ak je vykázaný pri starostlivosti o pacienta s artériovou hypertenziou a/alebo dyslipidémiou (výkon č. 10) a súčasne poisteneč nie je dispenzarizovaný u iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti pre dané ochorenie,</li> <li>- ak je s výkonom v dávke 751a Dátové rozhranie - Vykazovanie výkonov v ambulantnej zdravotnej starostlivosti určenom príslušným metodickým usmernením Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, v položke č. 13 – PRIPOČITATEĽNÁ POLOŽKA v závislosti od rizika alebo dosiahnutého skóre vykázaná pripočítateľná položka v tvare:</li> <ul style="list-style-type: none"> <li>• SKOR01 pri nízkom riziku alebo SCORE &lt;1%,</li> <li>• SKOR02 pri strednom riziku alebo SCORE ≥1% &lt; 5 %,</li> <li>• SKOR03 pri vysokom riziku alebo SCORE ≥5% a &lt; 10 %,</li> <li>• SKOR04 pri veľmi vysokom riziku alebo SCORE ≥10%;</li> </ul> <p>pričom na 5. a 6. mieste položky je vyjadrenie dosiahnutého skóre,</p> <li>- pri novozistenej fibrilácii predsení stanovenie rizika CMP podľa príslušného odborného usmernenia MZSR; v tomto prípade sa výkon vykazuje s dg. I48.9 a podmienkou je aj vyhotovenie a vyhodnotenie 12-zvodového EKG záznamu s minimálne s 10QRS komplexami.</li> </ul> <p>Poskytovateľ súhlasi, aby zdravotná poistovňa analyzovala údaje o dosiahnutom skóre jeho kapitačného kmeňa pre účely benchmarku poskytovateľov zdravotnej starostlivosti; o výsledkoch takejto analýzy zdravotná poistovňa môže oboznámiť poskytovateľa.</p>	
60	<p>Komplexné vyšetrenie poistencu pri prevzatí dospej osoby do zdravotnej starostlivosti ako prvotné komplexné vyšetrenie s vystavením zdravotného záznamu.</p> <p>Výkon sa uhrádza nad rámec kapitácie za nasledovných podmienok:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z.</li> <li>- Poskytovateľ poskytne poistencovi komplexné vyšetrenie (kompletná anamnéza, vyšetrenie všetkých orgánových systémov, založenie zdravotnej dokumentácie a stanovenie diagnostického záveru a diagnostického a liečebného plánu) v termíne do 60 dní od podpisania dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.</li> <li>- Kontrola povinného očkovania poistencu.</li> <li>- Kontrola poslednej preventívnej prehliadky poistencu.</li> </ul>	4,50
250D	<p>Delegovaný odbor biologického materiálu na základe písomnej žiadosti ŠAS pri návštive poistencu v ambulancii VLD.</p> <p>Výkon sa uhrádza nad rámec kapitácie za nasledovných podmienok:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Poskytovateľ dodržiava postup, ktorý ustanovuje Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o postupe objednávania, vykonávania a kontroly laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení zo dňa 10.06.2014 číslo 02032/2014-SZ v platnom znení,</li> <li>- poskytovateľ dodržiava podmienky zdravotnej indikácie v zmysle účelného, efektívneho a hospodárneho nakladania s prostriedkami verejných zdrojov.</li> </ul>	1,05

\* Výkon sa uhrádza na základe splnenia povinnosti poskytovateľa podľa bodu 4.6. písm. f) tejto zmluvy, prípadne aj po preukázaní ďalších podmienok úhrady výkonu. Zdravotnou poistovňou schválený zdravotný výkon podľa predchádzajúcej vety, s uvedením kódu odbornosti ambulantnej zdravotnej starostlivosti a kódu zdravotného výkonu tvoria prílohu č. 3, ktorá tvorí neoddeliteľnú súčasť tejto zmluvy.

##### 5. Zdravotná poistovňa uhradí poskytovateľovi bonusy ku kapitácií za podmienok dohodnutých v tomto bode:

- Zdravotná poistovňa na základe údajov zo svojho informačného systému vyhodnotí, či poskytovateľ splnil ukazovatele podľa tabuľky tohto bodu v kalendárnom polroku alebo kalendárnom roku, za ktorý sa vykonáva hodnotenie (ďalej len „hodnotené obdobie“). Ukazovateľ je dojednaná podmienka, za splnenia ktorej zdravotná poistovňa prizná bonus poskytovateľovi podľa tabuľky tohto bodu.
- Hodnotené obdobie je kalendárny polrok, ktorý bezprostredne predchádza kalendárному polroku, v ktorom sa vykonáva hodnotenie, s výnimkou Ukazovateľa „Preventívne prehliadky“, kde hodnoteným obdobím je bezprostredne predchádzajúci kalendárny rok.
- Zdravotná poistovňa uhrádza bonusy, pri ktorých poskytovateľ splnil ukazovatele v celom kalendárnom polroku, ktorý bezprostredne nasleduje po kalendárnom polroku, v ktorom zdravotná poistovňa vykonala hodnotenie plnenia ukazovateľov. Zdravotná poistovňa oznamí poskytovateľovi bonusy, pri ktorých splnil ukazovatele. Zdravotná poistovňa môže na vybrané obdobie hodnoty priznaných bonusov navýsiť nad rámec hodnot bonusov alebo priznať bonusy nad rámec podmienok ich priznania podľa tohto bodu tejto časti, o čom informuje poskytovateľa.
- Ukazovatele a bonusy, ktoré sa uplatňujú u poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti sú uvedené v nasledovnej tabuľke:

	Max. bonus spolu:	1,36 €	
Oblast'	Názov ukazovateľa	Špecifikácia ukazovateľa	Bonus (€)

<b>Prevencia</b>	<b>Preventívne prehliadky</b>	Splnené, ak % vykonaných kompletnejších preventívnych prehliadiok (PP) u kapitovaných poistencov, ktorí ju mali absolvovať v hodnotenom období, bolo minimálne 21 %; v tomto prípade je priznaný bonus vo výške 0,05 €. Ak podmienka podľa predchádzajúcej vety nie je splnená, avšak % vykonaných nekompletnejších PP u kapitovaných poistencov, ktorí ju mali absolvovať v hodnotenom období, bolo minimálne 21 %, je priznaný bonus vo výške 0,02 €. Definícia kompletnej a nekompletnej PP je uvedená v písme e) tohto bodu tejto časti prílohy.	0,05 (max.)
	<b>Racionálna farmakoterapia</b>	Splnené, ak minimálne u 10% pacientov, ktorým bol elektronicky vystavený lekársky predpis alebo lekársky poukaz, bol v deň jeho vystavenia zobrazená aj elektronická lieková knižka.	0,02
<b>Kvalita</b>	<b>Náročnosť kmeňa</b>	Ukazovateľ hodnotí náročnosť kmeňa poskytovateľa s využitím indexov rizika používaných v prerozdeľovaní poistného na verejné zdravotné poistenie podľa zákona č. 580/2004 Z. z. (demografické, farmaceuticko-nákladové a viacročné nákladové skupiny) v poslednom mesiaci hodnoteného obdobia. Porovnáva náročnosť kmeňa poskytovateľa so všetkými poskytovateľmi v danej odbornosti k poslednému mesiacu hodnoteného obdobia, na základe čoho sa vytvori rebríček hodnotených poskytovateľov. Pásma pre stanovenie bonusu: dolných 25% poskytovateľov = bonus 0,04 €, stredné pásmo poskytovateľov = bonus 0,08 €, horných 25% poskytovateľov = bonus 0,16 €.	0,16 (max.)
	<b>"Gatekeeping"</b>	Splnené, ak % ošetrových kapitovaných poistencov odoslaných do ambulancie špecializovanej ambulantnej starostlivosti neprekročí 25% alebo je v rozmedzí od 25% (vrátane) do 30% alebo je v rozmedzí od 30% (vrátane) do 35%. Pásma pre stanovenie bonusu: do 25% = bonus 0,75 €; od 25% (vrátane) do 30% = bonus 0,15 €; od 30% (vrátane) do 35% = bonus 0,05 €	0,75 (max.)
<b>Elektronické služby</b>	<b>eObjednávanie</b>	Ukazovateľ je splnený, ak poskytovateľ zverejný aspoň 1 termín za kalendárny mesiac (= 6 termínov za hodnotené obdobie) v jednom z online objednávkových systémov splňajúcich kritériá zverejnených na webovom sídle zdravotnej poisťovne. Pre účely vyhodnocovania ukazovateľa eObjednávanie poskytovateľ súhlasi, aby jeho dodávateľ online objednávkového systému poskytoval zdravotnej poisťovni údaje o využívaní tohto systému poskytovateľom v rozsahu nevyhnutnom na vyhodnotenie ukazovateľa eObjednávanie. <b>V celom roku 2021 bude bonus za tento ukazovateľ priznaný automaticky každému hodnotenému poskytovateľovi.</b>	0,06
<b>Dostupnosť</b>	<b>Počet kapitovaných poistencov</b>	V závislosti od počtu kapitovaných poistencov u poskytovateľa k poslednému dňu hodnoteného obdobia sa výška bonusu za tento ukazovateľ určí podľa podmienok v zmysle písma f) tohto bodu tejto časti zmluvy; výška bonusu je min. 0,01 € a max. 0,32 €.	0,32 (max.)

e) Na účely hodnotenia ukazovateľa s názvom „Preventívne prehliadky“ ide o kompletnejší PP vtedy, keď okrem samotného výkonu PP bola u daného poistencu indikovaná a realizovaná aj súvisiaca diagnostika v intervale +/- 90 dní odo dňa vykonania PP. Pod súvisiacou diagnostikou sa rozumejú súvisiace zdravotné výkony označené symbolom „X“ v tabuľke tohto písma. Hodnotený poskytovateľ vykazuje súvisiaci výkon len vtedy, ak ho sám realizoval. Ak súvisiaci výkon realizoval iný poskytovateľ zdravotnej starostlivosti, vykáže ho tento poskytovateľ zdravotnej starostlivosti. Pri vyhodnocovaní sa prihláda na to, či na rodné číslo daného poistencu, ktorý podstúpil PP, bol súvisiaci výkon vykázaný a uznaný. PP, ktorá nesplňa podmienky tohto písma, je nekompletnejší PP.

<b>Kód výkonu</b>	<b>poistenec od 18 do 40 rokov</b>	<b>poistenec od 40 rokov (vrátane)</b>
3679 alebo 3679a	X	X
3671	X	X
3784 alebo 3782 alebo 3783	X	X
5702 alebo 603a + 15c		X
3692	X	X

f) Výška bonusu za ukazovateľ s názvom „Počet kapitovaných poistencov“ v € sa určí podľa tabuľky tohto bodu. Poskytovateľ je zaradený vždy do jedného a to najvyššieho možného pásmá, ktorého spodnú hranicu už dosahuje alebo prekračuje podľa nasledovnej tabuľky:

pásma pre stanovenie príslušnej hodnoty								
počet kapitovaných u poskytovateľa (vrátane)	od 1	od 201	od 301	od 501	od 801	od 1001	od 2001	od 2501
Výška bonusu za ukazovateľ Dostupnosť	0,01	0,04	0,08	0,12	0,16	0,20	0,25	0,32

P17254 \_Union ZP\_UNZS \_MV\_2021

**Príloha č. 3**  
**k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti**

**Zdravotnou poist'ovňou schválené zdravotné výkony nad rámec materiálno-technického vybavenia**

Zdravotnou poist'ovňou schválené zdravotné výkony poskytované v rámci ambulantnej zdravotnej starostlivosti, ktoré je poskytovateľ oprávnený vykonávať vzhľadom na dosiahnutú špecializáciu, resp. certifikovanú pracovnú činnosť prístrojovým vybavením nad rámec stanoveného minimálneho materiálno-technického vybavenia zdravotníckeho zariadenia.

Kód odbornosti	Schválené výkony (vyplní Union zdravotná poist'ovňa, a.s.)
020	629b,5702,5702Z,5715

