

**Dodatok č. 1  
k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti  
č. 5006ADOS000412**

**Článok 1  
Zmluvné strany**

**Union zdravotná poisťovňa, a. s.**

zastúpená: Ing. Elena Májeková, riaditeľka sekcie nákupu zdravotnej starostlivosti, revízií a programov zdravia  
so sídlom: Bajkalská 29/A, 821 08 Bratislava  
IČO: 36 284 831  
DIČ: 2022152517  
bankové spojenie: Štátna pokladnica  
číslo účtu: 7 000 256 518 / 8180  
označenie registra: Okresný súd Bratislava I, oddiel: Sa, vložka číslo: 3832/B, právna forma: akciová spoločnosť  
kód Union zdravotnej poisťovne, a. s.: 27  
(ďalej len „zdravotná poisťovňa“)

a

**Nezábudka, n.o.**

zastúpený: Ing. Mária Veliká, riaditeľ  
so sídlom: Záhradnícka 2, 986 01 Filakovo  
IČO: 42000041  
identifikátor poskytovateľa (prvých šesť znakov kódu poskytovateľa): P79373  
(ďalej len "poskytovateľ")  
(alebo spoločne aj „zmluvné strany“)

Zmluvné strany uzatvárajú tento dodatok č. 1 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti č. 5006ADOS000412 (ďalej len „zmluva o poskytovaní zdravotnej starostlivosti“), ktorým sa pôvodný text zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v znení na zmluvu nadväzujúcich dodatkov nahrádza znením uvedeným v článku 2 bode 1 tohto dodatku:

**Článok 2  
Predmet dodatku**

1. Týmto dodatkom sa zmluva o poskytovaní zdravotnej starostlivosti počnúc článkom II nahrádza nasledujúcim znením:

**„Článok II  
Preambula**

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

**Článok III  
Predmet (rozsah) zmluvy**

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

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

## Článok IV Práva a povinnosti zmluvných strán

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

- zákonom č. 581/2004 Z.z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,
- zákonom č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,
- zákonom č. 577/2004 Z.z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov,
- zákonom č. 578/2004 Z.z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,
- zákonom č. 579/2004 Z.z. o záchranej 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 poisťovníctve 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 starostlivosti 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 starostlivosti, vždy v platnom znení.

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

4.3. Zmluvné strany sú povinné zachovávať mlčanlivosť o skutočnostiach, s ktorými prídu do styku pri plnení zmluvy. Za uvedené skutočnosti sa považujú informácie, ktoré jedna alebo druhá zmluvná strana považuje za dôverné, ktoré zodpovedajú definícii obchodného tajomstva podľa príslušných ustanovení Obchodného zákonníka, ako aj osobné údaje alebo údaje chránené podľa osobitných predpisov. Táto povinnosť trvá aj po ukončení platnosti zmluvy; netýka sa plnenia oznamovacích povinností vyplývajúcich zo všeobecne záväzných právnych predpisov. Zmluvné strany sa zaväzujú pri spracovávaní osobných údajov postupovať v súlade so zákonom č. 428/2002 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov.

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

4.5. Poskytovateľ je povinný:

a) zdravotnej poisťovni 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 zdravotnou poisťovňou 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 poisťovni 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 poisťovni 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 poisťovni 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 spĺňal zákonné podmienky na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia,

d) zdravotnej poisťovni 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 poisťný vzťah k zdravotnej poisťovni. Ak poistenec nemá preukaz poistenca, alebo ak existuje dôvodná pochybnosť o jeho poisťnom vzťahu, má možnosť overiť si poisťný vzťah na telefónnom čísle Call centra zdravotnej poisťovne 0850 00 33 33 alebo na webovej stránke zdravotnej poisťovne [www.unionzp.sk](http://www.unionzp.sk) (ďalej len „webová stránka zdravotnej poisťovne“),

f) pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti hradenej z verejného zdravotného poistenia prístrojovým vybavením, ktoré je vybavením zdravotníckeho zariadenia poskytovateľa nad rámec stanoveného minimálneho materiálne-technického vybavenia, predložiť zdravotnej poisťovni kópiu dokladu o jeho vlastníctve alebo prenájme a písomne požiadať zdravotnú poisťovňu o schválenie poskytovania zdravotných výkonov spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek (ďalej len „SVLZ“) uvedeným prístrojovým vybavením na ambulancii špecializovanej zdravotnej starostlivosti. Zdravotnou poisťovňou schválené zdravotné výkony SVLZ podľa tohto bodu s uvedením kódu odbornosti špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti tvoria prílohu č. 3 tejto zmluvy,

g) vykazovať poskytnutú zdravotnú starostlivosť v súlade s nariadením vlády SR č. 777/2004 Z. z., ktorým sa vydáva Zoznam chorôb, pri ktorých sa zdravotné výkony čiastočne uhrádzajú alebo sa neuhrádzajú na základe verejného zdravotného poistenia, v súlade s nariadením vlády SR č. 776/2004 Z. z., ktorým sa vydáva Katalóg zdravotných výkonov v znení neskorších predpisov a v súlade s touto zmluvou; choroby podľa 10 revízie Medzinárodnej klasifikácie chorôb vykazovať štvormiestnym kódom choroby bez bodky. Trojmiestny kód použiť len vtedy, ak nie je štvormiestny kód choroby pridelený,

h) nevykazovať zdravotnej poisťovni na úhradu také zdravotné výkony a s nimi súvisiace vyšetrenia poistenca, ktoré sú indikované v súvislosti s poskytovanou zdravotnou starostlivosťou, ktorá nie je uhrádzaná na základe verejného zdravotného poistenia,

i) oznamovať zdravotnej poisťovni 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 starostlivosť pri dôvodnom podozrení, že k úrazu alebo inému poškodeniu zdravia došlo zavineným protiprávnym konaním tretej osoby; smrteľné úrazy, ťažké úrazy, hromadné úrazy a choroby z povolania je poskytovateľ zdravotnej starostlivosti povinný oznamovať všetky bez výnimky,

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.

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

a) zdravotný stav neumožňuje poistencovi samostatný pohyb alebo prepravu prostriedkami verejnej hromadnej dopravy,

b) poistenec je zaradený do chronického dialyzačného programu alebo do transplantačného programu a preprava sa týka zdravotnej starostlivosti súvisiacej s týmito programami,

c) poskytovateľ objednáva prepravu pacienta na tlačive „Príkaz na dopravu“; objednanie prepravy odôvodní a vyznačí v zdravotnej dokumentácii poistenca.

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

<sup>1</sup> Uvedené neplatí v prípade, kedy bolo poskytovateľovi vydané nové povolenie so zúženým rozsahom poskytovanej zdravotnej starostlivosti.

4.8. Poskytovateľ indikuje a predpisuje humánne lieky, dietetické potraviny a zdravotnícke pomôcky v súlade s preskripčnými a indikačnými obmedzeniami, množstvovými a finančnými limitmi uvedenými v platnom zozname kategorizovaných liekov, v platnom zozname kategorizovaných zdravotníckych pomôcok a v platnom zozname kategorizovaných 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 zákonu o liekoch a zdravotníckych pomôckach, predpisujúci lekár je povinný predpísať humánny liek s obsahom tohto liečiva uvedením názvu liečiva za dodržania podmienok ustanovených v § 119 ods. 5 tohto zákona. Pri predpisovaní humánneho lieku spôsobom podľa predchádzajúcej vety a zdravotníckej pomôcky a dietetickej potraviny je predpisujúci lekár povinný postupovať účelne a hospodárne podľa súčasných poznatkov farmakoterapie a plniť ostatné povinnosti podľa § 119 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 dávkovacej 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 preskripčným obmedzením. Pre vylúčenie akýchkoľvek pochybností, očkovanie poistenca mimo termínov určených očkovacím kalendárom z objektívnych dôvodov, prípadne na základe požiadavky poistenca alebo jeho zákonného zástupcu, sa nepovažuje za porušenie postupu poskytovateľa pri predpisovaní očkovacej látky podľa tohto bodu.

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

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

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

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

4.13. Poskytovanie zdravotnej starostlivosti poistencom EÚ:

a) 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 uzatvorené medzinárodné dohody o poskytnutí zdravotnej starostlivosti, sa uhrádzajú za rovnakých podmienok ako pre poistencov zdravotnej poisťovne,

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

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

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

## Článok V

### Splatnosť úhrady zdravotnej starostlivosti a platobné podmienky

5.1. Poskytovateľ zdravotnej poisťovni predkladá účtovný doklad – faktúru (ďalej len „faktúra“) za poskytnutú zdravotnú starostlivosť v zúčtovacom období, spravidla do 10-tich kalendárnych dní po uplynutí tohto obdobia. Zúčtovacím obdobím je kalendárny mesiac. Poskytovateľ je povinný predložiť faktúru niektorým zo spôsobov uvedených v článku VIII, bode 8.1. alebo podľa bodu 8.2. uvedeného článku a to v členení podľa druhu zmluvne dohodnutých druhov poskytovanej zdravotnej starostlivosti.

5.2. Povinnou prílohou faktúry za poskytovanie zdravotnej starostlivosti sú elektronicky spracované dávky na dátových médiách (disketa, CD, USB kľúč) obsahujúce zoznam poskytnutých zdravotných výkonov a to v dátovom rozhraní určenom metodickým usmernením o spracovaní a vykazovaní zdravotných výkonov poskytovateľov zdravotnej starostlivosti elektronickou 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 poisťovňa vykoná kontrolu formálnej správnosti doručenej faktúry; pod kontrolou formálnej správnosti zmluvné strany rozumejú kontrolu formálnych náležitostí doručenej faktúry a jej príloh 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 poistencami 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>2</sup> (ďalej len „protokol sporných dokladov“). Oprávnenie zdravotnej poisťovne vykonať u poskytovateľa kontrolu 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 farchopis) 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 uznannej podľa lekárskeho protokolu, ak poskytovateľ vystaví a zdravotnej poisťovni doručí opravný účtovný doklad (dobropis alebo farchopis) 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 doručенý 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 zaslaní opravného účtovného dokladu podľa bodu 5.6. tohto článku nesúhlasí so skutočnosťami uvedenými v protokole sporných dokladov, má právo ich reklamovať a písomne odôvodniť vykázanie neuznaných zdravotných výkonov zdravotnej poisťovni do 10-ich dní od doručenia lekárskeho protokolu. Zdravotná poisťovňa zašle poskytovateľovi písomné stanovisko k podanej reklamácií do 10-ich dní od jej doručenia. Ak zdravotná poisťovňa akceptuje vykázanie 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 elektronicky 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 reklamácií. 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 rokovaním akceptovanej reklamácie nehradených zdravotných výkonov. Prílohou tejto faktúry je elektronicky spracovaná dávka na dátovom médiu podľa platných dátových rozhraní v rozsahu rokovaním 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 doručенý 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 doručенý 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.

<sup>2</sup> Podľa Metodického usmernenia Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou č. 3/2012 v platnom znení.

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,

## **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, pokiaľ sa s poskytovateľom v jednotlivom prípade nedohodnú inak. Pokiaľ 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 pracovísk 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 originály dokladov, 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 mať negatívny vplyv na 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 zašlú 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 kuriérnou 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 vyjadří 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 5 kalendárnych dní odo dňa doručenia písomného vyjadrenia zdravotnej poisťovne k námietkam poskytovateľa.

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

6.10. Pokiaľ poskytovateľ odmietne podpísať 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 kuriérnou službou na adresu sídla poskytovateľa alebo prostredníctvom podateľne poskytovateľa.

6.11. Kontrola je ukončená dňom prerokovania protokolu o kontrole s poskytovateľom a spísaním 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 márnym

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, vráti zdravotnej poisťovni ako nedoručené.

## **Článok VII Sankcie**

7.1. V prípade, že zdravotná poisťovňa na základe vykonanej kontroly (článok VI zmluvy) zistí, že poskytovateľ vykázal zdravotnej poisťovni výkon, ktorý preukázateľne neposkytol v celom rozsahu alebo v určitej jeho časti a zdravotná poisťovňa takýto výkon poskytovateľovi uhradila (ďalej len „neoprávnená úhrada“), poskytovateľ sa zaväzuje, že zdravotnej poisťovni 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 poisťovňou podľa bodu 7.1. tohto článku je poskytovateľ v každom jednotlivom prípade povinný uhradiť zdravotnej poisťovni zmluvnú pokutu až do výšky 50 % sumy neoprávnenej úhrady na základe výzvy zdravotnej poisťovne podľa bodu 7.4. tohto článku.

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

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

7.6. Ak je zdravotná poisťovňa v omeškaní s plnením svojho peňažného záväzku voči poskytovateľovi, má poskytovateľ právo uplatniť voči nej úrok z omeškania podľa ustanovenia § 369 zákona č. 513/1991 Z. z. Obchodný zákonník v znení neskorších predpisov.

## **Článok VIII Doručovanie**

8.1. Zmluvné strany doručujú písomnosti, iné doklady a oznámenia, 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 doručенú ak bola doručенá priamo na adresu určenú v článku I tejto zmluvy.

8.2. Poskytovateľ môže zásielku - faktúru spolu s prílohami (s výnimkou dátového média), ako aj ostatné doklady podľa článku V tejto zmluvy, okrem niektorého zo spôsobov podľa bodu 8.1. tohto článku, doručiť zdravotnej poisťovni aj elektronicky prostredníctvom portálu, ktorý prevádzkuje zdravotná poisťovňa na svojom webovom sídle len v prípade, že zo strany zdravotnej poisťovne bolo poskytovateľovi písomne oznámené, že portál takúto službu umožňuje a za podmienky, že medzi poskytovateľom a zdravotnou poisťovňou bola uzatvorená osobitná zmluva, ktorej predmetom bude úprava spôsobu doručovania zásielky podľa tohto bodu a s tým súvisiacich úkonov.

8.3. Zmluvné strany sa dohodli, že zásielky s výnimkou korešpondencie podľa článku VI tejto zmluvy, korešpondencie, na základe ktorej dochádza k zmene zmluvy dodatkom a korešpondencie obsahujúcej osobné údaje alebo údaje chránené podľa osobitných predpisov, sa môžu doručovať aj e-mailom.

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

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

9.2. Zmluva nadobúda účinnosť prvým dňom nasledujúceho kalendárneho mesiaca po jej podpísaní (s výnimkou bodu 8.2. tejto zmluvy, ktorý nadobudne účinnosť dňom nadobudnutia účinnosti osobitnej zmluvy podľa uvedeného bodu) za podmienky, že najneskôr deň pred nadobudnutím účinnosti bola zverejnená na webovom sídle zdravotnej poisťovne.

9.3. Zmluva sa uzatvára na dobu neurčitú, s výnimkou prílohy č. 2 tejto zmluvy, ktorá je účinná do 31.12.2013.

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

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

9.6. Zmluva:

- a) zaniká dohodou zmluvných strán,
- b) zaniká výpoveďou (podľa § 7 ods. 11 a ods. 15 zákona č. 581/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov); výpovedná lehota je trojmesačná a začína plynúť od prvého dňa kalendárneho mesiaca nasledujúceho po mesiaci, v ktorom bola výpoveď doručená druhej strane,
- c) zaniká okamžitým skončením v prípade zrušenia povolenia alebo zániku zdravotnej poisťovne alebo v prípade zrušenia alebo zániku povolenia poskytovateľa na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia,
- d) zaniká uplynutím posledného dňa účinnosti prílohy č. 2 tejto zmluvy podľa bodu 9.4. tohto článku,
- e) sa prerušuje v prípade dočasného pozastavenia povolenia poskytovateľa; k prerušeniu zmluvy dôjde prvým dňom nasledujúcim po dni nadobudnutia právoplatnosti rozhodnutia o dočasnom pozastavení povolenia.

9.7. Zmluvné strany sa dohodli, že ak sa zdravotná poisťovňa rozhodne nepokračovať v zmluvnom vzťahu podľa tejto zmluvy a z toho dôvodu poskytovateľovi nepredloží návrh na predĺženie účinnosti prílohy č. 2 k tejto zmluve, jej účinnosť dohodnutá podľa bodu 9.3. tohto článku sa predlžuje o dva 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 dohodnutej lehote podľa predchádzajúcej vety, je povinná zaslať poskytovateľovi návrh dodatku k zmluve na predĺženie účinnosti prílohy č. 2 k tejto zmluve o 12 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 SVLZ

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 uzatváraní 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.“

2. Príloha č. 1 - Dohodnutý rozsah poskytovanej zdravotnej starostlivosti k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti zostáva zachovaná v platnosti.

3. Príloha č. 2 - Dohodnutá výška úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť a finančný rozsah k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa nahrádza novým znením, ktoré tvorí prílohu tohto dodatku.

4. Príloha č. 3- Zdravotnou poisťovňou schválené zdravotné výkony SVLZ k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti zostáva zachovaná v platnosti.

## **Článok 3 Spoločné a záverečné ustanovenia**

1. Tento dodatok v rozsahu článku 2 bodu 1 nahrádza znenie zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v znení jej dodatkov a považuje sa súčasne za úplné znenie platnej zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

2. Zmluvné strany sa dohodli na úhrade zdravotnej starostlivosti podľa prílohy č. 2 k tejto zmluve aj za obdobie od 1.1.2013 do dňa nadobudnutia účinnosti tohto dodatku.

3. Tento dodatok je neoddeliteľnou súčasťou zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Tento dodatok je vyhotovený vo dvoch rovnopisoch, z ktorých sa každý považuje za originál. Každá zo zmluvných strán obdrží po jednom vyhotovení dodatku.

4. Súhlas s obsahom dodatku vyjadria zástupcovia zmluvných strán svojím podpisom na poslednej strane tohto dodatku.



5. Tento dodatok nadobúda platnosť dňom podpisu obomi zmluvnými stranami a účinnosť prvým dňom nasledujúcim po dni jeho zverejnenia na webovom sídle zdravotnej poisťovne.

Bratislava dňa 15. 01. 2013

Fifakovo dňa 07. 01. 2013

Union zdravotná poisťovňa, a. s.



.....  
Ing. Elena Májerková  
riaditeľka sekcie nákupu zdravotnej starostlivosti,  
revízičných činností a programov zdravia  
na základe plnej moci

Nezábudka, n.o.  
**Nezábudka, n.o.**  
Záhradnícka 2  
986 01 Fifakovo  
IČO: 42 000 041



.....  
Ing. Mária Veliká, riaditeľ

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

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

**Časť - Domáca ošetrovateľská starostlivosť**

1. Zdravotné výkony poskytovanej zdravotnej starostlivosti vykázané v súlade s nariadením vlády SR č. 776/2004 Z. z., ktorým sa vydáva Katalóg zdravotných výkonov v znení neskorších predpisov sa ohodnocujú počtom bodov podľa „Zoznamu zdravotných výkonov a ich bodových hodnôt“ (ďalej len „zoznam výkonov“), ktorý tvorí prílohu nariadenia vlády SR č. 226/2005 Z.z., o výške úhrady za zdravotnú starostlivosť, ktorú uhrádza zdravotná poisťovňa poskytovateľovi lekárskej služby prvej pomoci.

2. Rozsah úhrady, ktorý uhradí zdravotná poisťovňa poskytovateľovi za vybrané výkony domácej ošetrovateľskej starostlivosti podľa bodu 3 tejto časti prílohy predstavuje súčin počtu bodov za zdravotný výkon a dohodnutej ceny bodu uvedenej v bode 4 tejto časti prílohy za všetky zdravotné výkony vykázané zdravotnej poisťovni a zdravotnou poisťovňou uznané.

3. Vybrané zdravotné výkony domácej ošetrovateľskej starostlivosti ohodnotené počtom bodov podľa zoznamu výkonov:

a)

Kód výkonu	Bodové ohodnotenie výkonu	Výkony sestier
3390	200	Príjem poistenca (klienta) poskytovateľom a odobratie sesterskej anamnézy (ošetrovateľský assesment) – 1 x na jedného poistenca.
3392a	100	Poučenie príbuzných alebo členov komunity poistenca.
3392c	300	Konzultácie s inštitúciami a orgánmi štátnej zdravotnej správy v rámci komplexnej zdravotnej starostlivosti – 1 x na jedného poistenca.
3393	400	Vypracovanie plánu komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti (ďalej len "KOS") – 1 x na jedného poistenca.
3394	150	Priebežné hodnotenie KOS a zmena plánu ošetrovateľskej starostlivosti vrátane dokumentácie a konzultácie s ošetrovateľským lekárom (nemôže sa vykazovať s výkonom 3395).
3395	300	Vyhodnotenie KOS a záverečná správa – 1 x na jedného poistenca, podmienkou je zaslanie správy zdravotnej poisťovni (ako príloha faktúry).
3396 <sup>a</sup>	200	Odborný nácvik potrebných výkonov pri ošetrovaní chorého v domácnosti.
3398 <sup>a</sup>	200	Ošetrovateľská hygiena (iba pri sakrálnom dekubite s výkonmi 3422b alebo 3422c).
3399a <sup>a</sup>	200	Starostlivosť poistenca s permanentným katétrom vrátane výmeny permanentného katétra u poistenky.
3399b <sup>a</sup>	100	Starostlivosť o kaválny katéter a intravenóznou kanylu, pravidelné preväzovanie a dezinfekcia.
3399c <sup>a</sup>	100	Starostlivosť o ezotracheálnu, nasotracheálnu a tracheostomickú kanylu.
3399d <sup>a</sup>	150	Starostlivosť o epidurálny katéter.
3400 <sup>a</sup>	100	Polohovanie poistenca (nemôže sa vykazovať s výkonom 3424).
3401a	200	Starostlivosť o výživu v príslušnej kvalite a kvantite, vypracovanie individuálneho diétného režimu, jeden raz pre jedného poistenca.
3404	80	Výživa poistenca sondou, za jeden výkon.
3405	160	Očistná klyzma.
3406	200	Kontinuálne sledovanie klinického stavu poistenca (meranie TK, pulzu, dychovej frekvencie, telesnej teploty, príjem a výdaj tekutín, stolice a sledovanie iných funkcií podľa ordinácie ošetrovateľského lekára), za každé dve hodiny.
3407	60	Odmeranie krvného tlaku, pulzu a teploty.
3408	50	Sledovanie diurézy, za každých 12 hodín.
3409 <sup>a</sup>	80	Cievkovanie poistenky.
3410 <sup>a</sup>	100	Výmena stomického setu s následnou toaletou pri stómiiach.
3411 <sup>a</sup>	50	Čistenie tracheálnej kanyly.
3413	40	Aplikácia neinjekčnej liečby (nemôže sa vykazovať s výkonmi 3422b a 3422c).
3414	70	Aplikácia terapeutického celotelového zábalu alebo liečivého kúpeľa.
3416 <sup>a</sup>	60	Aplikácia liečiva intramuskulárne, s.c., i.c.
3418 <sup>a</sup>	80	Aplikácia liečiva intravenózne – podmienkou je predloženie poverenia na i.v. aplikáciu.

3419 <sup>*</sup>	120	Príprava a podávanie infúzie - podmienkou je predloženie poverenia na i.v. aplikáciu.
3420	60	Sledovanie infúzie, za každú ½ hodinu.
3420a	60	Podávanie liečiva infúznou pumpou.
3421	80	Nácvik podávania inzulínu.
3422a <sup>*</sup>	150	Ošetrovateľská starostlivosť zameraná na prevenciu dekubitov – maximálne 10 x na jedného poistenca počas starostlivosti.
3422b <sup>*</sup>	250	Ošetrovanie dekubitu veľkosti do 5 cm <sup>2</sup> (odstránenie zvyškov masti, odumretých tkanív, toaleta, aplikácia liečiva, preväz).
3422c <sup>*</sup>	350	Ošetrovanie dekubitu veľkosti nad 5 cm <sup>2</sup> (odstránenie zvyškov masti, odumretých tkanív, toaleta, aplikácia liečiva, preväz).
3423a <sup>*</sup>	150	Preväz rany veľkosti do 5 cm <sup>2</sup> .
3423b <sup>*</sup>	250	Preväz rany veľkosti nad 5 cm <sup>2</sup> .
3423c	100	Príprava materiálu a sterilizácia – podmienkou je zdokladovanie prístrojového vybavenia (certifikát).
3424 <sup>*</sup>	100	Ošetrovateľská rehabilitácia, trvanie najviac 30 minút (nemôže sa vykazovať s výkonom 3400 a s výkonomi fyzioterapeuta).
3426 <sup>*</sup>	80	Odsávanie poistenca.
3427	200	Odsatie žalúdočného obsahu.
3428	25	Výšetrenie moču indikátorovým médiom.
3432	320	Práca sestry pri domácej peritoneálnej dialýze.
3433 <sup>*</sup>	100	Odber krvi venepunkciou do jednej striekačky alebo jednej odberovej súpravy.
3434	50	Odber kapilárnej krvi.
3435	300	Umelé dýchanie a masáž srdca.
3436 <sup>*</sup>	60	Odbery: TT, TN, výter z rekta, odber spúta.
3437	40	Doprava biologického materiálu, za každých 30 minút.
3439	160	Návšteva poistenca (klienta) v pracovnom čase.
3440	250	Návšteva mimo riadneho pracovného času (od 19.00 do 7.00 hodiny v sobotu, v nedeľu a vo sviatok).
3441	200	Návšteva poistenca v rizikových skupinách populácie - krízová intervencia pri zhoršení psychického stavu pacienta (nemôže sa vykazovať s výkonomi 3439, 3440).
3447	100	Psychosomatická intervencia v terminálnom štádiu života.
3449	120	Kontinuálna starostlivosť o umiერajúceho pacienta, za každú hodinu.
3451	40	Konzultácia sestry o jednom poistencovi s ošetrovateľským lekárom.
3452	250	Poskytnutie predlekárskej pomoci pri náhlych stavoch ohrozujúcich život.
3458	300	Verbálna intervencia pri psychosomatických ťažkostiach u poistenca s nádorovým ochorením – maximálne 1 x týždenne.
3459a	250	Usmernenie spôsobu života poistenca s nádorovým ochorením vzhľadom na jeho zdravotný stav – 1 x počas poskytovania zdravotnej starostlivosti.
3461 <sup>*</sup>	250	Ošetrovanie dutiny ústnej u onkologického poistenca alebo u poistenca s imunodeficientným stavom.
3635a	60	Kontrola glykémie glukometrom.

**Vysvetlivky:**

<sup>\*</sup> K zdravotnému výkonu sa môže vykazovať bodové zvýhodnenie pri sŕaženom výkone za podmienok uvedených v zozname výkonov.

b)

Kód výkonu	Bodové ohodnotenie výkonu	Výkony fyzioterapeutov
503a	80	Základné testovacie metódy, goniometrické vyšetrenie.
509a	220	Mäkké a mobilizačné techniky na chrbtici, periférnych kĺboch a svaloch. Špecializované liečebné výkony s cieľom upraviť funkčnú poruchu v oblasti pohybového systému (špeciálne mäkké techniky, PIR-postizometrická relaxácia, AGR-antigravitačná relaxácia, trakčné techniky, stretch and spray, banky), za jedno ošetrovanie.

510a	150	Cielená odborná inštruktáž I. Inštruktáž a oboznámenie pacienta s používaním a obsluhou jednoduchých technických a kompenzačných pomôcok, zariadení a prístrojov (peroneálny stimulátor, TENS, skoliostop, myostimulátor, ortézy, protézy), inštruktáž o posturálnej životospráve, sociálno-rehabilitačná verbálna intervencia.
512	130	Individuálna liečebná telesná výchova I. Individuálna LTV zameraná na zvýšenie svalovej sily a zlepšenie rozsahu pohybov s použitím jednoduchých metód, aplikácia prvkov dýchacej cievnej a kondičnej pohybovej liečby, využitie náradia, závesovej postele, liečebná výchova k sebestačnosti a pod.
513	250	Individuálna liečebná telesná výchova II. Individuálna kombinovaná LTV zameraná na niekoľko cieľov, vyžadujúca mimoriadnu fyzickú a psychickú záťaž. Vzhľadom na povahu postihnutia si vyžaduje kombináciu viacerých postupov a metódik (napr. reedukáciu základných posturálnych funkcií (vertikalizáciu, nácvik transferov, výcvik neurogénneho mechúra, výcvik s protézou, nácvik denných činností a pod.), za jedno cvičenie.
514a	450	Individuálna liečebná telesná výchova II. Špeciálna systematická senzomotorická liečba funkčných a organických porúch centrálného a periférneho systému alebo vrodených a získaných chýb pohybového aparátu detí a dospelých (Bobath, Vojšta, Kabáta, Brugerrov koncept, cvičenie s náčiním a pod.).
520	80	Dychová gymnastika. Individuálna gymnastika vrátane podporných ošetrení, trvanie najmenej 10 minút za jednu dychovú gymnastiku.
522	290	Špeciálne polohovanie. Odborné preventívne a liečebné polohovanie tela a segmentov končatín s prípadným využitím polohovacích pomôcok.
530	180	Klasická masáž jednej časti tela. Liečebné využitie prvkov klasickej masáže na jednej končatine alebo na časti trupu (šija, chrbát, driek), za jednu masáž. 7 krát.
531	220	Klasická masáž viacerých častí tela alebo trupu, za jedno ošetrenie.
532	300	Reflexná masáž a iné špeciálne ručné masáže. Masáž väziva, okostice, hrubého čreva, za jednu masáž.
548	360	Povrchová aplikácia tepla (použitie parafínu, Kenny, lavatermu, čerstvo pripravených obkladov alebo sterilizovaných obkladov), 7 krát.

4. Zdravotné výkony domácej ošetrovateľskej starostlivosti sa uhrádzajú nasledovne:

Spôsob úhrady	Špecifikácia podmienok úhrady	Úhrada v €	Poznámka
cena bodu	zdravotné výkony poskytované pri domácej ošetrovateľskej starostlivosti uvedené v bode 3 písm. a) tejto časti prílohy okrem zdravotných výkonov 3439 a 3440	0,0155	
cena bodu	zdravotné výkony 3439 a 3440 poskytované pri domácej ošetrovateľskej starostlivosti uvedené v bode 3 písm. a) tejto časti prílohy	0,0252	
cena bodu	zdravotné výkony pri poskytnutí výkonov fyziatrie, balneológie a liečebnej rehabilitácie uvedené v bode 3 písm. b) tejto časti prílohy	0,0150	výkony poskytuje v agentúre domácej ošetrovateľskej starostlivosti iba fyzioterapeut

5. Zdravotná poisťovňa uhradí poskytovateľovi nultú návštevu u poistenca v cene 6,64 €. Poskytovateľ vykazuje nultú návštevu kódom výkonu 3439a. Za nultú návštevu podľa prechádzajúcej vety sa na účely tejto zmluvy považuje spracovanie návrhu na poskytnutie domácej ošetrovateľskej starostlivosti, ktorého vzor tvorí prílohu č. 15 odborného usmernenia Ministerstva zdravotníctva SR o vedení zdravotnej dokumentácie (ďalej len „návrh“), predloženie návrhu lekárovi všeobecnej ambulantnej starostlivosti poistenca, s ktorým má poistenec uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (ďalej len „ošetrojúci lekár“) na schválenie a návšteva poistenca poskytovateľom, ktorej výsledkom je komplexné posúdenie zdravotného stavu poistenca v rozsahu oprávnení sestry podľa vyhlášky Ministerstva zdravotníctva SR, ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne a v spolupráci s lekárom, vždy v platnom znení.

6. Podmienky úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť poskytovateľom:

- poskytovateľ poskytuje zdravotnú starostlivosť na základe riadne vyplneného, zdôvodneného, ošetrojúcim lekárom schváleného a jeho podpisom a odtlačkom pečiatky potvrdeného návrhu,
- posúdenie miery imobility poistenca na základe posudzovacej stupnice a odborné lekárske nálezy súvisiace s poskytovanou zdravotnou starostlivosťou sú neoddeliteľnou súčasťou zdravotnej dokumentácie poskytovateľa.

V odôvodnených, resp. sporných prípadoch poskytovateľ na vyžiadanie zdravotnej poisťovni predloží kópiu záznamu o posúdení miery imobility poistenca alebo kópie príslušných odborných lekárskeho nálezov podľa tohto písmena,

c) poskytovateľ zasiela kópiu dohody o poskytovaní domácej ošetrovateľskej starostlivosti s poistencom zdravotnej poisťovni na jej vyžiadanie v prípade, ak v jednom kalendárnom mesiaci budú fakturovať poskytovanú domácu ošetrovateľskú starostlivosť na tohto istého poistenca dvaja a viacerí poskytovatelia. Zdravotná poisťovňa je oprávnená vyžiadať kópie dohody podľa tohto bodu písomne, telefonicky, faxom alebo e-mailom,

d) zdravotné výkony fyziatrie, balneológie a liečebnej rehabilitácie podľa bodu 2 písm. b) tejto časti prílohy indikuje v návrhu len lekár v špecializačnom odbore fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia podľa písm. a) tohto bodu, ktoré potvrdí svojim podpisom aj ošetrojúci lekár poistenca,

e) platnosť návrhu podľa písm. a) tohto bodu je najviac tri mesiace odo dňa schválenia návrhu ošetrojúcim lekárom. Ak po uplynutí doby platnosti zdravotný stav poistenca vyžaduje pokračovanie poskytovania zdravotnej starostlivosti, poskytovateľ je povinný vystaviť a zaslať zdravotnej poisťovni nový návrh podľa písm. a) tohto bodu, v ktorom ošetrojúci lekár zdôvodní nevyhnutnosť ďalšieho poskytovania zdravotnej starostlivosti,

f) pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti u poistencov s chronickým ochorením, s diagnózou L97 (vred dolnej končatiny) a I83.2 (varikózne žily dolných končatín s vredom a zápalom), je platnosť návrhu podľa písm. a) tohto bodu najviac šesť mesiacov odo dňa schválenia návrhu ošetrojúcim lekárom. Súčasťou poskytovanej zdravotnej starostlivosti je edukácia poistenca zameraná na nácvik sebastačnosti. Ak po uplynutí doby platnosti návrhu zdravotný stav poistenca vyžaduje pokračovanie poskytovania zdravotnej starostlivosti poskytovateľ je povinný vystaviť a zaslať zdravotnej poisťovni nový návrh podľa písm. a) tohto bodu, v ktorom ošetrojúci lekár zdôvodní nevyhnutnosť ďalšieho poskytovania zdravotnej starostlivosti. Ďalšie potrebné pokračovanie zdravotnej starostlivosti je podmienené predchádzajúcim súhlasom zdravotnej poisťovne,

g) bez dodržania podmienok úhrady uvedených v tomto bode zdravotná poisťovňa poskytnutú zdravotnú starostlivosť neuhradí.

#### Časť - Finančný rozsah pre domácu ošetrovateľskú starostlivosť

1. Zmluvné strany sa pre poskytovanie domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ďalej len „DOS“) dohodli na finančnom objeme vo výške 620 € na kalendárny polrok po dobu účinnosti prílohy č. 2 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti podľa bodu 9.3. tejto zmluvy.
2. Na obdobie predĺženej účinnosti prílohy č. 2 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti podľa bodu 9.4. tejto zmluvy sa zmluvné strany dohodli na finančnom objeme vo výške 103 € na každý mesiac predĺženej účinnosti.
3. Do finančného objemu podľa bodu 1 a 2 tejto časti prílohy sa zahŕňajú všetky zdravotné výkony DOS podľa prílohy č. 2 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.
4. Poskytovateľom vykázané a zdravotnou poisťovňou uznané výkony budú hradené nasledovne:
  - a) do výšky finančného objemu na kalendárny polrok (mesiac) v cene bodu podľa prílohy č. 2 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti,
  - b) po prekročení výšky finančného objemu na kalendárny polrok (mesiac) v cene bodu podľa prílohy č. 2 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, vynásobenej koeficientom 0,10.
5. V prípade nevyčerpania finančného objemu sa nevyčerpaná časť finančného objemu neprenáša do nasledujúceho kalendárneho obdobia.