

Zmluva č. 5013LSPK000112

o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

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

**Článok I
Zmluvné strany**

Union zdravotná poisťovňa, a. s.

zastúpená: Ing. Elena Májeková, riaditeľka sekcie nákupu zdravotnej starostlivosti, revízných činností 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
kód Union zdravotnej poisťovne, a. s.: 27
(ďalej len „zdravotná poisťovňa“)

a

Mesto Kremnica – stanica lekárskej služby prvej pomoci

zastúpený: RNDr. Zuzana Balážová, primátor
so sídlom: Štefánikovo nám. 1/1, 967 01 Kremnica
IČO: 00320781
identifikátor poskytovateľa (prvých šesť znakov kódu poskytovateľa): N27933

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

**Článok II
Preambula**

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

**Článok III
Predmet (rozsah) zmluvy**

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

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

a) každé ďalšie povolenie (kópiu povolenia) vydané poskytovateľovi z dôvodu zmeny údajov v povolení, ktoré si vyžadujú vydanie nového povolenia a to v lehote desiatich kalendárnych dní odo dňa vykonateľnosti povolenia,

b) každé vyznačenie zmeny údajov v povolení, ktorých zmena si nevyžaduje vydanie nového povolenia a to v lehote desiatich kalendárnych dní odo dňa doručenia (prevzatia) dokladu o vyznačení zmeny údajov v platnom povolení.

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

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

Článok IV

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

Práva a povinnosti zmluvných strán

4.1. Zmluvné strany sa pri plnení predmetu zmluvy a poskytovatelia pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti riadia:

- a) príslušnými všeobecne záväznými právnymi predpismi v platnom znení,
- b) nariadeniami vlády, vyhláškami a ostatnými vykonávacími predpismi, ktoré sú vydávané na základe všeobecne záväzných právnych predpisov a ktoré sa vzťahujú na poskytovanie zdravotnej starostlivosti vždy v platnom znení,
- c) opatreniami a výnosmi Ministerstva zdravotníctva SR, ktoré sa vzťahujú na poskytovanie zdravotnej starostlivosti vždy v platnom znení,
- d) odbornými usmerneniami, smericami, 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 a
- e) 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.

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

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

4.4. Zmluvné strany sa dohodli, že svoje vzájomné pohľadávky, ktoré im vzniknú v súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, sú oprávnené postúpiť iným osobám najskôr 90 dní po uplynutí lehoty splatnosti pohľadávky.

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

4.6. Poskytovateľ je povinný:

a) overiť si pred poskytnutím zdravotnej starostlivosti pri priamom kontakte s poistencom podľa preukazu poistenca jeho poistný vzťah k zdravotnej poisťovni. Ak poistenec nemá preukaz poistenca, alebo ak existuje dôvodná pochybnosť o jeho poistnom vzťahu, má možnosť overiť si poistný vzťah na telefónnom čísle Call centra zdravotnej poisťovne 0850 00 33 33 alebo na webovej stránke zdravotnej poisťovne www.unionzp.sk (ďalej len „webová stránka zdravotnej poisťovne“),

b) pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti zdravotníckymi pomôckami, ktoré sú vybavením zdravotníckeho zariadenia poskytovateľa nad rámec stanoveného minimálneho materiálno-technického vybavenia, predložiť zdravotnej poisťovni kópiu dokladu o ich vlastníctve alebo prenájme a požiadať o písomné schválenie poskytovania zdravotných výkonov uvedenými zdravotníckymi pomôckami. Zoznam zdravotníckych pomôcok podľa tohto bodu spolu so zdravotnou poisťovňou schválenými zdravotnými výkonmi, na uhrádzaní ktorých sa zmluvné strany dohodli tvorí prílohu č. 4 tejto zmluvy,

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

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

e) lieky a zdravotnícke pomôcky, ktoré mu obstarala a dodala zdravotná poisťovňa, vykazovať s nulovou hodnotou súčasne s výkazom výkonu podania lieku, alebo zdravotníckej pomôcky.

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

4.8. Indikovať a predpisovať humánne lieky, 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 (ďalej len „zákon o liekoch a zdravotníckych pomôckach“). Ak ide o liečivo uvedené v prílohe č. 1 k zákonu o liekoch a zdravotníckych pomôckach, predpisujúci lekár je povinný predpísať humánny liek s obsahom tohto liečiva uvedením názvu liečiva za dodržania podmienok ustanovených v § 119 ods. 5 tohto zákona. Pri predpisovaní humánneho lieku spôsobom podľa predchádzajúcej vety a zdravotníckej pomôcky a dietetickej potraviny je predpisujúci lekár povinný postupovať účelne a hospodárne podľa súčasných poznatkov farmakoterapie a plniť ostatné povinnosti podľa § 119 ods. 12 zákona o liekoch a zdravotníckych pomôckach.

4.9. Poskytovateľ je povinný zdravotnej poisťovni uhradiť plnenie, ktoré uhradila poskytovateľovi lekárenskej starostlivosti za liek, zdravotnícku pomôcku alebo dietetickú potravinu vydanú verejnou lekárňou, pobočkou verejnej lekárne alebo výdajňou zdravotníckych potrieb na základe lekárskeho predpisu alebo lekárskeho poukazu, ktorého predpísaním poskytovateľ porušil povinnosť dodržiavať preskripčné a indikačné obmedzenia alebo povinnosť podľa § 119 ods. 11 zákona o liekoch a zdravotníckych pomôckach.

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

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

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

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

4.14. Poskytovanie zdravotnej starostlivosti poisťencom EÚ

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

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

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

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

e) cena výkonov záchrannej zdravotnej služby poskytnutých poisťencovi z iného členského štátu Európskej únie, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu a Švajčiarska a cudzincom zo štátov, s ktorými má Slovenská republika uzatvorené medzinárodné dohody o poskytnutí zdravotnej starostlivosti podľa platnej legislatívy Európskej únie (ďalej len „cudzinec“) je 44,81 EUR za výjazd. K cene výkonov podľa predchádzajúcej vety sa pripočítava cena dopravy, ktorej pevná cena za jeden kilometer jazdy vozidlom záchrannej zdravotnej služby je 0,70 EUR.

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

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

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

Článok V

Splatnosť úhrady zdravotnej starostlivosti a platobné podmienky

- 5.1. Poskytovateľ je oprávnený fakturovať poskytnutú zdravotnú starostlivosť po uplynutí zúčtovacieho obdobia a zdravotnej poisťovni predkladať faktúru do 10-tich kalendárnych dní po uplynutí zúčtovacieho obdobia. Zúčtovacím obdobím je kalendárny mesiac. Poskytovateľ je povinný predložiť faktúru v členení podľa druhu zmluvne dohodnutých druhov zdravotnej starostlivosti.
- 5.2. Povinnou prílohou faktúry za poskytovanie zdravotnej starostlivosti sú elektronicky spracované dávky obsahujúce údaje uvedené na dátových médiách (disketa, CD, USB kľúč) v dátovom rozhraní určenom metodickým usmernením vydaným Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou a sprievodný protokol k zúčtovacím dokladom, ktorého vzor je uvedený v prílohe č. 3 tejto zmluvy.
- 5.3. Zdravotná poisťovňa vykoná kontrolu formálnej správnosti doručenej faktúry a jej príloh; pod kontrolou formálnej správnosti zmluvnej strany rozumejú kontrolu formálnych náležitostí doručenej faktúry ako účtovného dokladu, kontrolu formálnych náležitostí sprievodného protokolu a skontrolovanie, či prílohou faktúry je dátové médium podľa bodu 5.2. zmluvy. Ak zdravotná poisťovňa zistí, že faktúra nie je v zmysle predchádzajúcej vety formálne správna, vráti ju poskytovateľovi najneskôr do 5-tich pracovných dní odo dňa jej doručenia do zdravotnej poisťovne na jej doplnenie alebo opravu spolu s uvedením dôvodu vrátenia. V prípade vrátenia formálne nesprávnej faktúry poskytovateľovi plyní lehota stanovená na vecnú kontrolu uvedenú v bode 5.4. zmluvy a lehota splatnosti dohodnutá v bode 5.7. zmluvy odo dňa doručenia formálne správnej faktúry do zdravotnej poisťovne.
- 5.4. U formálne správnej faktúry vykoná zdravotná poisťovňa najneskôr do 25-tich dní odo dňa doručenia formálne správnej faktúry vecnú kontrolu vykázaných zdravotných výkonov. Pod kontrolou vecnej správnosti zmluvnej strany rozumejú kontrolu vykázaných zdravotných výkonov a liekov v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi alebo v súlade s touto zmluvou.
- 5.5. Ak zdravotná poisťovňa pri vecnej kontrole zistí zdravotné výkony fakturované v rozpore so všeobecne záväznými právnymi predpismi alebo v rozpore s touto zmluvou, spracuje tieto zistenia do protokolu sporných dokladov, ktorý obsahuje neuznané zdravotné výkony s uvedením dôvodu zamietnutia. Tento doklad zašle poskytovateľovi najneskôr do 25-tich dní odo dňa doručenia formálne správnej faktúry. Spolu s protokolom sporných dokladov zdravotná poisťovňa zasiela poskytovateľovi aj súhrnný prehľad výsledku spracovania zdravotných výkonov (lekársky protokol) v členení na fakturované zdravotné výkony, uznané - uhradené a neuznané zdravotné výkony. V prípade, ak poskytovateľ zistí, že vznikol rozdiel medzi ním fakturovanou sumou a uznanou sumou z lekárskeho protokolu, je povinný vystaviť opravný účtovný doklad (dobropis alebo ľarchopis) na sumu vo výške rozdielu medzi ním fakturovanou sumou a sumou hradenou podľa lekárskeho protokolu. V prípade, že vznikol takýto rozdiel, zdravotná poisťovňa spolu s lekárskeým protokolom zasiela aj opravný účtovný doklad (dobropis alebo ľarchopis). Zdravotnou poisťovňou vystavený opravný účtovný doklad podľa tohto bodu poskytovateľ autorizuje pečaťou a svojim podpisom a zašle do zdravotnej poisťovne. Tým nie je dotknutý nárok poskytovateľa vystaviť vlastný opravný účtovný doklad v zmysle výsledku spracovania z lekárskeho protokolu ani nárok poskytovateľa uvedený v bode 5.6. zmluvy. Doručením formálne správneho opravného účtovného dokladu potvrdeného poskytovateľom podľa tohto bodu sa považuje faktúra za vecne správnu. Podmienky kontroly formálnej správnosti faktúry podľa bodu 5.3 tohto článku a podmienky kontroly vecnej správnosti vykázaných výkonov a liekov v súlade so všeobecne záväznými predpismi alebo v súlade s touto zmluvou podľa bodu 5.4. tohto článku platia aj pre opravný účtovný doklad.
- 5.6. Ak poskytovateľ nesúhlasí so skutočnosťami uvedenými v protokole sporných dokladov, má právo ich reklamovať a písomne odôvodniť vykázanie neuznaných zdravotných výkonov zdravotnej poisťovni do 10-ich dní od doručenia lekárskeho protokolu. Zdravotná poisťovňa zašle poskytovateľovi písomné stanovisko k podanej reklamácií do 10-ich dní od jej doručenia. Ak zdravotná poisťovňa akceptuje reklamované šporné doklady, poskytovateľ vystaví samostatnú faktúru len na reklamované zdravotné výkony podľa platných dátových rozhraní. V prípade, že nedôjde k dohode, poskytovateľ môže požiadať zdravotnú poisťovňu o rokovanie do 10-tich dní od doručenia písomného stanoviska k podanej reklamácií. Rozpor obidvo zmluvných strán 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 častí, poskytovateľ vystaví samostatnú faktúru na zdravotné výkony v rozsahu rokovania akceptovanej reklamácie nehradených zdravotných výkonov. Prílohou tejto faktúry sú elektronicky spracované dávky na dátových médiách podľa platných dátových rozhraní v rozsahu rokovania akceptovanej reklamácie nehradených zdravotných výkonov a sprievodný protokol k dávkam. Faktúra je vystavená za obdobie, v ktorom bola poskytnutá reklamovaná zdravotná starostlivosť. Toto nemá vplyv na skutočnosti uvedené v bode 5.7. tohto článku.
- 5.7. Zmluvné strany sa dohodli, že splatnosť formálne a vecne správnej faktúry je 30 dní odo dňa jej doručenia do zdravotnej poisťovne. V prípade doručenia vecne nesprávnej faktúry, podľa bodu 5.5. zmluvy sa táto faktúra považuje za formálne a vecne správnu až doručením formálne a vecne správneho opravného účtovného dokladu. V prípade, že formálne a vecne správny opravný účtovný doklad je doručený do 25-tich dní od doručenia vecne nesprávnej faktúry, splatnosť takto opravenej faktúry je 30 dní od doručenia vecne nesprávnej faktúry do zdravotnej poisťovne. V prípade, že formálne a vecne správny opravný účtovný doklad je doručený po 25-tom dni od doručenia vecne nesprávnej faktúry, splatnosť takto opravenej faktúry je 5 pracovných dní odo dňa doručenia formálne a vecne správneho opravného účtovného dokladu do zdravotnej poisťovne.

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

5.9. Faktúry, ako aj opravné účtovné doklady sa považujú za doručené do zdravotnej poisťovne, ak sú doručené priamo na adresu sídla zdravotnej poisťovne: Bajkalská 29/A, 821 08 Bratislava.

5.10. Ak z dôvodu nepredvídateľných alebo mimoriadnych okolností, za ktoré sa podľa tejto zmluvy rozumejú najmä zmeny v právnych predpisoch majúciach zásadný vplyv na spracovanie poskytovateľom vykázanéj zdravotnej starostlivosti na strane zdravotnej poisťovne, o ktorých zdravotná poisťovňa poskytovateľa informuje najneskôr v lehote uvedenej v bode 5.5. tejto zmluvy, je zdravotná poisťovňa oprávnená uhradiť ním doručenú formálne správnu faktúru (bod 5.3. zmluvy) bez kontroly vecnej správnosti faktúry (bod 5.4. zmluvy) formou preddavku vo výške 100% poskytovateľom fakturovanej čiastky.

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

Článok VI Kontrolná činnosť

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

6.2. Zdravotná poisťovňa vykonáva kontrolnú činnosť podľa bodu 6.1. revíznymi lekármi a revíznymi farmaceutmi 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 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 výkon kontrolnej činnosti.

6.6. O záveroch kontroly vypracuje kontrolná skupina:

- 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 ukončenú,
- 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 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 vyjadrí 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 pracovných 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 kuriérou 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 poskytovateľa k zápisnici 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 doručované poskytovateľovi doporučenou poštou alebo kuriérou službou vrátiť zdravotnej poisťovni ako nedoručené.

Článok VII Sankcie

7.1. Zmluvné strany sa pre prípad porušenia platných právnych predpisov uvedených v článku IV bod 4.1. tejto zmluvy alebo ustanovení tejto zmluvy dohodli na uplatnení sankcií špecifikovaných v bode 7.4. tohto článku.

7.2. V prípade, že zdravotná poisťovňa na základe vykonanej kontroly (článok VI zmluvy) zistí neoprávnenosť poskytovateľom fakturovaného, už zrealizovaného a uhradeného plnenia (ďalej len „neoprávnená úhrada“), poskytovateľ sa zaväzuje, že zdravotnej poisťovni vráti takúto neoprávnenú úhradu za podmienok podľa bodu 7.5. tohto článku

7.3. Zmluvné strany sa dohodli, že v prípade, ak zdravotná poisťovňa na základe vykonanej kontroly (článok VI zmluvy) zistí, že poskytovateľ pri predpísaní lekárskeho predpisu alebo lekárskeho poukazu (za právnickú osobu poskytovateľa predpisujúci lekár) porušil povinnosť dodržiavať preskripčné a indikačné obmedzenia alebo povinnosť podľa § 119 ods. 11 zákona o liekoch a zdravotníckych pomôckach, poskytovateľ uhradí zdravotnej poisťovni plnenie, ktoré zdravotná poisťovňa uhradila verejnej lekární alebo výdajni zdravotníckych potrieb za vydanie lieku, zdravotníckej pomôcky alebo dietetickej potraviny na základe lekárskeho predpisu alebo lekárskeho poukazu predpísaného poskytovateľom za podmienok podľa tohto bodu (ďalej len „plnenie zdravotnej poisťovne“).

7.4. V prípade zistenia neoprávnenej úhrady zdravotnou poisťovňou podľa bodu 7.2. tohto článku alebo zistenia plnenia zdravotnej poisťovne podľa bodu 7.3. tohto článku, je poskytovateľ v jednotlivom prípade povinný uhradiť zdravotnej poisťovni zmluvnú pokutu vo výške zodpovedajúcej uhradeným plneniam zdravotnou poisťovňou podľa týchto bodov.

7.5. Zmluvné strany sa dohodli, že pre vrátenie neoprávnenej úhrady podľa bodu 7.2. tohto článku, pre vrátenie plnenia zdravotnej poisťovne podľa bodu 7.3. tohto článku a pre uplatnenie sankcie podľa bodu 7.4. tohto článku sa nevyžaduje predchádzajúce upozornenie druhej zmluvnej strany. Písomná výzva na vrátenie plnenia, úhrady alebo na uplatnenie sankcie podľa tohto bodu musí obsahovať špecifikáciu porušenia povinnosti, výšku neoprávnenej úhrady, výšku plnenia zdravotnej poisťovne a/alebo výšku uplatnenej sankcie.

7.6. Zmluvné strany sa dohodli, že povinná zmluvná strana vykoná vrátenie neoprávnenej úhrady, úhradu plnenia zdravotnej poisťovne alebo úhradu uplatnenej sankcie v lehote do 30 dní odo dňa doručenia písomnej výzvy oprávnenej zmluvnej strany podľa bodu 7.5. tohto článku.

7.7. Ak poskytovateľ v lehote podľa bodu 7.6. tohto článku nevráti zdravotnej poisťovni neoprávnenú úhradu, neuhradí plnenie zdravotnej poisťovne a / alebo neuhradí uloženú sankciu v lehote podľa bodu 7.6. tohto článku, je zdravotná poisťovňa oprávnená vykonať jednostranný zápočet týchto pohľadávok voči najbližšiemu splatnému vyúčtovaniu úhrady zdravotnej starostlivosti poskytovateľa.

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

Článok VIII Doručovanie

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

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

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

Článok IX Trvanie, zmena a zánik zmluvy

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

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

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

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

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

9.6. Zmluva

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

Článok X 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 Sprievodný protokol k zúčtovacím dokladom
- Príloha č. 4 Zoznam používanej zdravotníckej techniky, prístrojov a pomôcok nad rámec povinného vybavenia

10.4. Dňom nadobudnutia účinnosti tejto zmluvy sa ruší platnosť zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti č. 5013LSPK000106 v plnom rozsahu.

V Bratislave dňa 26.03.2012.....

V Kremnici dňa 20.3.2012.....

Zdravotná poisťovňa

Mesto Kremnica - stanica lekárskej služby prvej pomoci

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



RNDr. Zuzana Balážová, primátor

Príloha č. 1
k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

Dohodnutý rozsah poskytovanej zdravotnej starostlivosti

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

Názov PZS : Mesto Kremnica – stanica lekárskej služby prvej pomoci

Identifikátor PZS : N27933

Kód poskytovateľa	Kód odbornosti útvaru*	Názov odbornosti útvaru	Druh odborného útvaru**
N27933174201	174	LSPP všeobecná ambulantná starostlivosť pre dospelých - ambulantná	2
N27933175201	175	LSPP všeobecná ambulantná starostlivosť pre dospelých - návštevná	2

Vysvetlivky:

* kód odbornosti útvaru v tvare „spp“ z kódu poskytovateľa (kód poskytovateľa má tvar „p99999spppyz“),

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

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

Príloha č. 2

k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

Dohodnutá výška úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť a finančný rozsah

2/ Lekárska služba prvej pomoci pre dospelých a návštevna lekárska služba prvej pomoci

1. Zdravotné výkony poskytovanej zdravotnej starostlivosti sa uhrádzajú takto

a) zdravotné výkony poskytovanej zdravotnej starostlivosti vykázané poskytovateľom v rámci lekárskej služby prvej pomoci zdravotnej poisťovni v súlade s nariadením vlády SR č. 776/2004 Z. z., ktorým sa vydáva Katalóg zdravotných výkonov v znení neskorších predpisov sa ohodnocujú počtom bodov, ktoré sú uvedené v prílohe nariadenia vlády SR č. 226/2005 Z. z. o výške úhrady za zdravotnú starostlivosť, ktorú uhrádza zdravotná poisťovňa poskytovateľovi lekárskej služby prvej pomoci v znení neskorších predpisov,

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

c) do finančného rozsahu podľa písm. b) tohto bodu sa nezapočítavajú náklady na lieky uvedené v Zozname kategorizovaných liekov, uverejňovanom Ministerstvom zdravotníctva Slovenskej republiky na svojom webovom sídle, označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom A a AS,

d) do finančného rozsahu podľa písm. b) tohto bodu sa nezapočítavajú náklady na dopravu (§ 14 ods. 1 zákona č. 576/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov) a náklady na dopravu do zdravotníckeho zariadenia, zo zdravotníckeho zariadenia a medzi zdravotníckymi zariadeniami.

2. Úhrada zdravotných výkonov poskytovanej zdravotnej starostlivosti v rámci lekárskej služby prvej pomoci

Spôsob úhrady	Špecifikácia podmienok úhrady	Výška úhrady v €
cena bodu	zdravotné výkony pri poskytnutí lekárskej služby prvej pomoci pre dospelých	0,019916

3. K výške úhrady podľa bodu 1 písm. b) tejto prílohy sa pripočítava pre ambulanciu lekárskej služby prvej pomoci pre dospelých výška úhrady 0,039434 € mesačne na jedného poistenca v príslušnom spádovom území; príslušné spádové územie tvorí prílohu tejto prílohy.

4. V prípade, že v rámci určitého spádového územia určeného orgánom príslušným na vydávanie povolení poskytuje ten istý druh LSPP viac ako jeden poskytovateľ LSPP (ďalej len „spoločné spádové územie“), počet poistencov v tomto spoločnom spádovom území, nevyhnutný pre výpočet výšky mesačnej úhrady pre každého poskytovateľa LSPP toho istého druhu podľa bodu 3 tejto prílohy, predstavuje podiel počtu poistencov s trvalým pobytom v spoločnom spádovom území a počtu poskytovateľov poskytujúcich ten istý druh LSPP v spoločnom spádovom území.

5. Ak ide o poskytovanie návštevnej lekárskej služby prvej pomoci k výške úhrady podľa bodu 3 tejto prílohy sa pripočítava výška úhrady za dopravu lekára

Spôsob úhrady	Špecifikácia podmienok úhrady	Výška úhrady v €	Dohodnutý rozsah úhrady
cena za 1km jazdy	typ prevozu LSPP (doprava lekára vozidlom LSPP)	0,50.	za každý správne medicínsky indikovaný, vykázaný a uznaný prevoz
cena za 1km jazdy	typ prevozu LSPP (doprava lekára súkromným vozidlom)	0,25	za každý správne medicínsky indikovaný, vykázaný a uznaný prevoz

6. Poskytovateľ je povinný viesť záznam o službe v lekárskej službe prvej pomoci.

Príloha k prílohe č. 2 - Dohodnutá výška úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť a finančný rozsah k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

Spádové územie
pre poskytovanie lekárskej služby prvej pomoci - všeobecná ambulantná starostlivosť
pre dospelých a návštevná lekárska služba prvej pomoci

Spádová oblasť (okres, obvod, mesto, ulica, obec, PSČ):

Bartošova Lehôtka
Dolná Ves
Horná Ves
Ihráč
Jastrabá
Kopernica
Krahule
Kremnica
Kremnické Bane
Kunešov
Lúčky
Nevoľné

Príloha č. 3
k Zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

Sprievodný protokol k zúčtovacím dokladom

List č.

 /

Kód poisťovne :

Identifikátor PZS:

Názov PZS: _____

IČO PZS:

Zúčtovacie obdobie (MM RRRR):

disketa č. / počet dávok:

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

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

Dátum vyhotovenia

Pečiatka a podpis

Pokyny k vyplňovaniu sprievodného protokolu:

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

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

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

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

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

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

Názov PZS, IČO PZS: poskytovateľ vyplňa obvyklým spôsobom.

Zúčtovacie obdobie (MMRRRR):

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

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

Disketa č. / počet dávok:

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

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

Tabuľková časť:

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

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

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

Inak uvedie názov adresára, v ktorom sú dávky nahrané.

Dávka : uviesť názov dávky v požadovanom tvare.

Kód poskytovateľa zdravotnej starostlivosti: uviesť kód poskytovateľa zdravotnej starostlivosti v tvare pxxxxsppyz, kde je

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

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

Počet riadkov v dávke: uviesť počet riadkov tela dávky.

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

Príloha č. 4
k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

Zoznam používanej zdravotnickej techniky, prístrojov a pomôcok s platnými certifikátmi, prípadne revíznymi správami nad rámec povinného vybavenia

Zoznam prístrojovej techniky nad rámec výnosu Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 09812/2008-OL z 10. septembra 2008 o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálne – technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení, ktorú je poskytovateľ zdravotnej starostlivosti oprávnený vzhľadom na dosiahnutú špecializáciu, resp. certifikovanú pracovnú činnosť používať k vykonávaniu osobitne uhrádzaných výkonov