

Dodatok č. 13  
k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti  
č. 7003SSAS000612

Článok 1  
Zmluvné strany

**Union zdravotná poisťovňa, a. s.**

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

a

**Psychosociálne centrum, mestská príspevková organizácia**

zastúpený: Mgr. Beáta Horváthová, riaditeľka  
so sídlom: Löflerova 2, 040 01 Košice  
IČO: 31996361  
identifikátor poskytovateľa (prvých šesť znakov kódu poskytovateľa): P37019  
(ďalej len "poskytovateľ" alebo spoločne aj „zmluvné strany“)

Zmluvné strany uzatvárajú tento dodatok č. 13 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti č. 7003SSAS000612 (ďalej v texte aj ako „zmluva o poskytovaní zdravotnej starostlivosti“):

Článok 2  
Predmet dodatku

Na základe článku IX bodu 9.5. zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa zmluvné strany dohodli na tejto zmene zmluvy:

1. Článok II zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa vrátane nadpisu mení a znie nasledovne:

„Článok II  
Kritéria na uzatváranie zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

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

- v oblasti personálneho zabezpečenia poskytovanie zdravotnej starostlivosti osobami, ktoré spĺňajú podmienky na výkon zdravotníckeho povolania alebo samostatnej zdravotníckej praxe v príslušnom odbore v počte najmenej na úrovni predpísaného minimálneho personálneho vybavenia zdravotníckeho zariadenia podľa príslušného všeobecne záväzného právneho predpisu,
- v oblasti materiálno-technického vybavenia poskytovanie zdravotnej starostlivosti najmenej na úrovni predpísaného minimálneho materiálno-technického vybavenia zdravotníckeho zariadenia podľa príslušného všeobecne záväzného právneho predpisu a len zdravotníckymi pomôckami, ktoré spĺňajú technické požiadavky ustanovené zákonom č. 264/1999 Z.z. o technických požiadavkách na výrobky a o posudzovaní zhody a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,
- geografická dostupnosť zdravotnej starostlivosti pre poisťencov najmenej v rozsahu verejnej minimálnej siete poskytovateľov podľa nariadenia vlády SR č. 640/2008 Z. z. o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov,
- indikátory kvality ustanovené Ministerstvom zdravotníctva SR všeobecne záväzným právnym predpisom podľa nariadenia vlády SR č. 752/2004 Z. z., ktorým sa vydávajú indikátory kvality na hodnotenie poskytovania zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov,
- zavedenie interného systému kontroly kvality a zavedenie externého systému kontroly kvality pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v zariadeniach spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek v jednotlivých medicínskych odboroch laboratórnej medicíny,

a ktoré poskytovateľ splnil, na základe čoho s ním zdravotná poisťovňa uzatvorila zmluvu.“

2. Bod 4.2. článku IV zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa mení a znie nasledovne:

„Zmluvné strany sa zaväzujú pri spracovávaní osobných údajov postupovať v súlade so zákonom č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a nariadením Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) č. 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES.“.

3. Bod 9.3. článku IX zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa mení a znie nasledovne:

„9.3. Zmluva sa uzatvára na dobu neurčitú s výnimkou prílohy č. 2 k tejto zmluve, ktorá je účinná do 31.03.2020.“.

4. Príloha č. 2 – Dohodnutá výška úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť a finančný rozsah k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s výnimkou Časti - Finančný rozsah pre ŠAS sa nahrádza novým znením, ktoré tvorí neoddeliteľnú prílohu tohto dodatku.

5. Príloha č. 2 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, Časť - Finančný rozsah pre ŠAS sa za obdobie od 01.01.2019 do 30.06.2019 nepoužije.

6. Ostatné ustanovenia zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti ostávajú týmto dodatkom nezmenené.

### Článok 3

#### Spoločné a záverečné ustanovenia

1. 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.

2. Súhlas s obsahom dodatku vyjadria zástupcovia zmluvných strán svojim podpisom na poslednej strane tohto dodatku.

3. Tento dodatok nadobúda platnosť dňom podpisu zmluvnými stranami a účinnosť prvým dňom nasledujúceho kalendárneho mesiaca po jeho podpísaní za podmienky, že najneskôr deň pred nadobudnutím účinnosti bol zverejnený na webovom sídle zdravotnej poisťovne.

V Bratislave dňa 31.12.2018

Union zdravotná poisťovňa, a.s.

Psychosociálne centrum, mestská príspevková organizácia

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

.....  
Mgr. Beáta Horváthová, riaditeľka

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

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

**Časť – Všeobecné ustanovenia**

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

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

2. Ak je ako spôsob úhrady zdravotnej starostlivosti určená kapitácia, zdravotná poisťovňa ju uhrádza za nasledovných podmienok:

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

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

## Časť - Špecializovaná ambulatná starostlivosť

### 1. Cenou bodu sa uhrádzajú nasledovné zdravotné výkony:

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena bodu v €
-	Výkony špecializovanej ambulatnej zdravotnej starostlivosti (ďalej aj ako „ŠAS“)	0,0224
15d	Ohodnocuje sa 150 bodmi. Výkon popisu RTG natívnej snímky vykonaný lekárom špecialistom v súvislosti s uskutočneným zdravotným výkonom. V závislosti od odbornosti (kód odbornosti je uvedený v zátvorke) vykazuje sa s nasledovnými kódmi chorôb: J10 – J22, J40 – J99, R09, R84 (003) S00 – S99, K20 – K67, K80 – K93 (010,013) S00 – S99, K20 – K67, K80 – K93 (011) J01.0 – J01.9, J32.0 – J34.2, S 01.2 – S03.4 (014) M00 – M99 (045) Zápis o vykonaní výkonu lekár založí do zdravotnej dokumentácie, ktorá bude spolu s popisom RTG vyšetrenia v prípade požiadania predložená revíznemu lekárovi zdravotnej poisťovne. Zdravotná poisťovňa uhradí pri jednom rodnom čísle v jednom dni iba jeden výkon 15d; platí aj v prípade kontrolného vyšetrenia, ak je v jednom dni potrebné.	0,006666
-	Výkony SVLZ poskytnuté na ambulancii ŠAS, okrem výkonov 5330, 5331, 5332, 5793, 5794 a 5795.	0,007665
5330 5331 5332		0,0055
5793 5794 5795		0,012083

Ak z bodu 3 alebo 4 tejto časti prílohy nevyplýva iná cena bodu

### 2. Cenou výkonu sa uhrádzajú nasledovné zdravotné výkony:

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena výkonu v €
60		9,41
62		6,05
63		4,70
60r		10,75
65	U dieťaťa do 5 rokov (vrátane) pri výkonoch 61,62 a 63 a pri výkonoch v rádiológii a v rádioterapii. V ostatných prípadoch sa tento výkon ohodnocuje 100 bodmi a uhrádza sa cenou bodu.	3,36

### 3. Zdravotná poisťovňa uhradí poskytovateľovi bonusy k cene bodu za výkony špecializovanej ambulatnej starostlivosti za podmienok dohodnutých v tomto bode:

a) Zdravotná poisťovňa na základe údajov zo svojho informačného systému vyhodnotí, či poskytovateľ splnil ukazovatele podľa tabuľky tohto bodu v kalendárnom polroku, za ktorý sa vykonáva hodnotenie (ďalej len „hodnoteného obdobia“). Ukazovateľ je dojednaná podmienka, za splnenia ktorej zdravotná poisťovňa prizná bonus poskytovateľovi podľa tabuľky tohto bodu.

b) Hodnoteného obdobia je kalendárny polrok, ktorý bezprostredne predchádza kalendárnemu polroku, v ktorom sa vykonáva hodnotenie.

c) Zdravotná poisťovňa uhradza bonusy, pri ktorých poskytovateľ splnil ukazovatele v celom kalendárnom polroku, ktorý bezprostredne nasleduje po kalendárnom polroku, v ktorom zdravotná poisťovňa vykonala hodnotenie plnenia ukazovateľov. Zdravotná poisťovňa môže nepriznať a neuhradiť poskytovateľovi bonusy, pri ktorých splnil ukazovatele.

d) Aj napriek splneniu ukazovateľov, zdravotná poisťovňa môže nepriznať a neuhradiť poskytovateľovi bonusy, ak v hodnotenom období vzrástla hodnota poskytovateľovi uhradenej zdravotnej starostlivosti v priemere na jedného poistenca o viac ako 10% v porovnaní s kalendárnym polrokom bezprostredne predchádzajúcim hodnotenému obdobiu.

e) Ukazovatele a bonusy, ktoré sa uplatňujú u poskytovateľov špecializovanej ambulantnej starostlivosti sú uvedené v nasledovnej tabuľke:

	Ukazovateľ**	Špecifikácia ukazovateľa	Bonus (€)
Prevenčia	Prevenčia rizik farmakoterapie	Spĺnené, ak minimálne u 75% ošetrovaných pacientov, ktorým bol vystavený recept, bola zobrazená elektronická lieková knižka. V roku 2019 bude tento bonus uhradený aj bez splnenia ukazovateľa.	0,0005
Optimus	Náklady*	Výška bonusu sa určí ako (prepočítané náklady - priemerné náklady)/skutočné náklady x cena bodu výška bonusu je min. 0,0001 € a max. 0,0008 €. Prepočítané náklady sú náklady na poskytovateľom predpísané lieky, zdravotnícke pomôcky (ZP) a indikované výkony SVLZ na jedného poistenca v € po prepočítaní zohľadňujúcim rôznu chorobnosť poistencov zahŕňajúce tzv. indexy rizika nákladov. Priemerné náklady sú náklady na jedno jedinečné rodné číslo na lieky a výkony SVLZ u poskytovateľov s rovnakou odbornosťou, ktoré boli vypočítané za účelom porovnania s prepočítanými nákladmi. V prípade, že hodnota prepočítaných nákladov na poistenca neprekročí hodnotu priemerných nákladov v danej odbornosti, vzniká nárok na bonus. Skutočné náklady sú náklady na poskytovateľom predpísané lieky, zdravotnícke pomôcky (ZP) a indikované výkony SVLZ na jedného poistenca v €.	0,0008
	Návštevy*	Spĺnené, ak je u poskytovateľa priemerný počet návštev na jedného jedinečného poistenca nižší ako priemerný počet návštev na jedného jedinečného poistenca v danej odbornosti (ďalej len „priemerná návštevnosť odbornosti“). Ak má poskytovateľ viac odborností, vyhodnocujú sa potenciálne náklady, t.j. aké by boli náklady zdravotnej poisťovne na úhradu zdravotnej starostlivosti poskytnutej poskytovateľom, ak by poskytovateľ pri všetkých jeho odbornostiach dosahoval priemernú návštevnosť danej odbornosti. Ukazovateľ je splnený, ak sú potenciálne náklady vyššie ako skutočné náklady zdravotnej poisťovne na úhradu zdravotnej starostlivosti poskytnutej poskytovateľom.	0,0005
Elektronické služby	Elektronické zúčtovanie cez online pobočku	Spĺnené, ak minimálne 75% dávok bolo vykázaných elektronicky cez Online pobočku zdravotnej poisťovne.	0,0005
	Elektronický recept	Spĺnené, ak minimálne 75% receptov s výdajom v lekárni bolo vystavených elektronicky cez službu eRecept.	0,0005
	eLab	Spĺnené, ak minimálne 75% realizovaných SVLZ laboratórnych bolo žiadaných poskytovateľom po zobrazení existujúcich výsledkov. V roku 2019 bude tento bonus uhradený aj bez splnenia ukazovateľa.	0,0005

**Maximálne spolu: 0,0033**

\*Nevyhodnocuje sa u poskytovateľov, ktorí mali v hodnotenom období menej ako 30 ošetrovaných poistencov, resp. ak ide o pediatrickú špecializáciu, menej ako 20 ošetrovaných poistencov. Nevyhodnocuje sa ani u odborností s kódmi 027, 141 a 144 a odborností zazmluvnených u menej ako 10 poskytovateľov neprevádzkujúcich ústavné zdravotnícke zariadenie.

\*\*Ukazovatele sa uplatnia už pri hodnotení, na základe ktorého zdravotná poisťovňa uhradza bonusy v kalendárnom polroku od 1.1.2019.

4. S ohľadom na osobitné podmienky adaptačného obdobia je cena bodu resp. rozmedzie ceny bodu za výkony špecializovanej ambulantnej starostlivosti poskytnuté počas adaptačného obdobia určené nasledovne:

Adaptačné obdobie	Osobitné podmienky adaptačného obdobia
od 01.01.2019	Pre priznanie a úhradu bonusov za ukazovatele „Prevenčia rizik farmakoterapie“ a „eLab“ sa nebude vyžadovať splnenie týchto ukazovateľov podľa bodu 3 tejto časti. Inak zdravotná poisťovňa priznáva a uhradza bonusy podľa podmienok bodu 3 tejto časti prílohy. Rozmedzie ceny bodu je 0,0234 € - 0,0257 €.