

**Zmluva č. 4001NFAL000113  
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  
IBAN: SK37 8180 0000 0070 0025 6518  
BIC: SUBASKBX  
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

**Fakultná Nemocnica Nitra**

zastúpený: MUDr. Jozef Valocký, riaditeľ  
so sídlom: Špitálska 6, 950 01 Nitra  
IČO: 17336007  
identifikátor poskytovateľa (prvých šesť znakov kódu poskytovateľa): P85687  
(ďalej len "poskytovateľ")  
(spoločne aj „zmluvné strany“)

**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“). Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti vyhlasuje, že poisťovňou stanovené a zverejnené kritériá splnil, čo potvrdzuje podpisom tejto zmluvy.

**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 tejto zmluve dohodnutom rozsahu 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 prílohách č. 2a až 2b, ktoré tvoria neoddeliteľnú prílohu tejto zmluvy.

**Článok IV  
Práva a povinnosti zmluvných strán**

4. 1. Zmluvné strany sú pri plnení predmetu zmluvy povinné v súvislosti s plnením predmetu tejto zmluvy dodržiavať nižšie uvedené právne predpisy. V prípade, že sa niektoré ustanovenie stane nevykonateľným v dôsledku zmeny právnej úpravy, alebo bude v rozpore so všeobecne záväznými právnymi predpismi, na právne vzťahy upravené v tejto zmluve sa použijú ustanovenia právnych predpisov. Zmluvné strany sa zaväzujú vyvinúť maximálne úsilie za účelom odstránenia nesúladow zmluvných dojednaní v dôsledku zmeny právnej úpravy uzatvorením dodatku k tejto zmluve.

- 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 a súvisiacimi 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 o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení v platnom znení 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/alebo 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 najbližšej fakturácie poskytnutej zdravotnej starostlivosti, písomne alebo prostredníctvom elektronickej podateľne 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.
- 4.4. Zmluvné strany sa zaväzujú pri spracovávaní osobných údajov postupovať v súlade so zákonom č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov.
- 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 úplnosť, správnosť a pravdivosť vykazovaných údajov o poskytnutej zdravotnej starostlivosti.
- 4.6. 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 a poskytovateľom zmluvne dohodnutej 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 právoplatnosti vyznačenia zmeny údajov v povolení,

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

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 splňal 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 vykonateľnosti,

e) overiť si pred poskytnutím zdravotnej starostlivosti poisťný vzťah poistenca 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 materiálo-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 ambulancie 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 MKCH-10-SK-2013 vykazovať v troj – až päťmiestnom tvare bez použitia bodky alebo iného interpunkčného znamienka.

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 zavinенým 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.

4.7. 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,

4.8. 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: [www.union.sk](http://www.union.sk).

4.9. 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 očkovačie 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 očkovačieho 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 očkovačím kalendárom z objektívnych dôvodov, prípadne na základe požiadavky poistenca alebo jeho zákonného zástupcu, sa nepovažuje za porušenie postupu poskytovateľa pri predpisovaní očkovačieho lieku podľa tohto bodu.

4.10. Poskytovateľ sa zaväzuje, že počas platnosti a účinnosti tejto zmluvy nedôjde k navýšeniu čakacích dôb na poskytnutie ústavnej zdravotnej starostlivosti pre poistencov zdravotnej poisťovne.

4.11. 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.

4.12. 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.

4.13. Zdravotná poisťovňa sa zaväzuje, že všetky 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.

4.14. Postupy neupravené touto zmluvou môžu zmluvné strany riešiť dohodovacím rokovaním štatutárnych orgánov alebo nimi splnomocnených zástupcov v mieste sídla zdravotnej poisťovne. O priebehu a ukončení dohodovacieho rokovania sa spíše záznam, ktorý potvrdia zmluvné strany svojim podpisom. V prípade, že niektorá zmluvná strana odmietne podpísať záznam o dohodovacom rokovaní, uvedie sa táto skutočnosť v zázname. V takomto prípade sa považuje dohodovacie rokovanie za bezvýsledné; tým nie sú dotknuté práva ktorejkoľvek zmluvnej strany domáhať sa ochrany svojich práv a uplatňovania si nárokov prostredníctvom súdu. Dohodovacie rokovanie sa uskutoční spravidla do štrnástich dní po doručení písomného návrhu na jeho konanie druhej zmluvnej strane. Dohodovacie rokovanie sa končí spísaním záznamu o jeho ukončení alebo odmietnutím podpísania záznamu o ukončení dohodovacieho rokovania jednou zo zmluvných strán.

4.15. 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 celý 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 dávkové listy na dátových médiách (disketa, CD, USB kľúč) obsahujúce zoznam poskytnutých zdravotných výkonov a to v platnom dátovom rozhraní určenom metodickým usmernením o spracovaní a vykazovaní zdravotných výkonov poskytovateľov zdravotnej starostlivosti elektronickou formou 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 poistencovi je aj návrh na poskytnutie ošetrovateľskej starostlivosti tomuto poistencovi v písomnej alebo elektronickej podobe,

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 v písomnej alebo elektronickej podobe.

5.3. Zdravotná poisťovňa vykoná kontrolu formálnej správnosti doručenej faktúry; pod kontrolou formálnej správnosti zmluvné strany rozumejú kontrolu povinných náležitostí doručenej faktúry podľa platných právnych predpisov a jej príloh podľa bodu 5.2. tohto článku. Ak zdravotná poisťovňa zistí, že faktúra nie je v zmysle predchádzajúcej vety formálne správna, vráti (zašle) 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 hrazená zdravotnou poisťovňou. 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. Ak zdravotná poisťovňa zistí, že vo faktúre sú 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“); pričom 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 ťarchopis) na sumu vo výške rozdielu medzi poskytovateľom fakturovanou sumou a sumou uznanou podľa lekárskeho protokolu.

5.6. Zdravotná poisťovňa uhradí poskytovateľovi faktúru vo výške sumy uznanej podľa lekárskeho protokolu, ak poskytovateľ vystaví a zdravotnej poisťovni doručí opravný účtovný doklad (dobropis alebo ťarchopis) 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 doručený do 25-tich dní od doručenia vecne nesprávnej faktúry, splatnosť takto opravenej faktúry je 30 dní od doručenia vecne nesprávnej faktúry do zdravotnej poisťovne. V prípade, že formálne a vecne správny opravný účtovný doklad je doručený po 25-tom dni od doručenia vecne nesprávnej faktúry, splatnosť takto opravenej faktúry je 5 pracovných dní odo dňa doručenia formálne a vecne správneho opravného účtovného dokladu do zdravotnej poisťovne.

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

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

5.12. Po prečerpaní finančného objemu dohodnutého v prílohe 2a v časti Finančný rozsah sa výška úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť vypočíta ako súčin výšky úhrady zdravotnej starostlivosti, na ktorú sa finančný objem vzťahuje a koeficientu 0,1. V prípade nevyčerpania dohodnutého finančného objemu sa nevyčerpaná časť finančného objemu neprenáša do nasledujúceho dohodnutého obdobia.

---

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

## **Článok VI Kontrolná činnosť**

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

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

6.3. Poverené osoby sa pred vykonaním kontroly preukážu platným písomným poverením na vykonanie kontroly a služobným preukazom. Poverené osoby vykonávajú vopred oznámenú kontrolu spravidla v pracovných dňoch v čase schválených ordinačných hodín, 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 mariť 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; doručení záznamu o kontrole poskytovateľovi 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.

7.7. V prípade, že zdravotná poisťovňa na základe vykonanej kontroly (článok VI zmluvy) zistí, že poskytovateľ pri predpise liekov, zdravotníckych pomôcok alebo dietetických potravín nedodržiaval preskripčné, indikačné obmedzenia alebo ich predpísal bez predchádzajúceho súhlasu revízného lekára (ak sa tento vyžaduje), alebo ich predpísal na neregistrovanú alebo neschválenú indikáciu, alebo porušil povinnosť podľa § 119 ods. 11 zákona č. 323/2011 Z.z. v znení neskorších predpisov a poisťovňa tieto lieky, zdravotnícke pomôcky alebo dietetické potraviny uhradila poskytovateľovi lekárskej starostlivosti a ak verejná lekáreň alebo výdajňa zdravotníckych pomôcok vydala na základe lekárskeho predpisu alebo lekárskeho poukazu liek, zdravotnícku pomôcku alebo dietetickú potravinu, zdravotná poisťovňa má právo na náhradu plnenia voči poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti, v mene ktorého predpisujúci lekár nesprávne vystavil lekársky predpis alebo lekársky poukaz.

Zdravotná poisťovňa je oprávnená voči najbližšiemu splatnému vyúčtovaniu úhrady zdravotnej starostlivosti poskytovateľovi jednostranne započítať svoju pohľadávku, ktorá jej vznikla z titulu zrealizovania povinného plnenia poskytovateľovi lekárskej starostlivosti podľa § 121 ods. 6 zákona č. 362/2011 Z.z. v znení neskorších predpisov.

7.8. Uplatnením sankcie a jej úhradou nie je dotknutý nárok oprávnenej zmluvnej strany na náhradu škody alebo vrátenia bezdôvodného obohatenia podľa platných právnych predpisov.

7.9. Uhradením sankcie sa povinná zmluvná strana nezbavuje povinnosti splniť povinnosť vyplývajúcu z platných právnych predpisov alebo z ustanovení tejto zmluvy, ktorú porušila.

7.10. Zmluvné strany sa dohodli, že v prípade porušenia povinnosti vyplývajúcej z právnych predpisov uvedených v článku IV tejto zmluvy niektorou zo zmluvných strán, s výnimkou taxatívne upravených sankcií uvedených v bode 7.3, 7.6., 7.11. až 7.13. tohto článku, je povinná zmluvná strana povinná uhradiť oprávnenej zmluvnej strane zmluvnú pokutu vo výške 300,- EUR (slovom tristo eur) za každé jedno porušenie.

7.11. Poskytovateľ je povinný zaplatiť zdravotnej poisťovni zmluvnú pokutu vo výške 50 % hodnoty

a) poskytovateľom neoprávnene vyúčtovaných zdravotných výkonov, ktoré poisťovňa poskytovateľovi uhradila, tým nie je dotknutý nárok poisťovne podľa bodu 7.1 tohto článku na vrátenie neoprávnene vyúčtovaných alebo uhradených zdravotných výkonov,

b) lieku, zdravotníckej pomôcky alebo dietetickej potraviny uhradenej poisťovňou poskytovateľovi lekárskej starostlivosti, ak poskytovateľ tento liek, zdravotnícku pomôcku alebo dietetickú potravinu preukázateľne predpísal bez vedomia alebo účasti poistenca

7.12. Poskytovateľ je povinný zaplatiť poisťovni zmluvnú pokutu vo výške 30% hodnoty poisťovňou uhradeného vykázaného zdravotného výkonu, predpísaného lieku, zdravotnej pomôcky, alebo dietetickej potraviny, ktoré v čase vykonania kontroly podľa článku VI tejto zmluvy neboli zaznamenané v zdravotnej dokumentácii alebo boli zaznamenané v rozpore s platnými právnymi predpismi alebo boli zaznamenané v nedostatočnom rozsahu; za každé jedno takéto porušenie.

7.13. Poskytovateľ je povinný zaplatiť poisťovni zmluvnú pokutu vo výške 3% priemernej mesačnej hodnoty úhrad vyplatených v predchádzajúcich 5 mesiacoch za:

a) neposkytnutie, alebo odmietnutie súčinnosti pri vykonávaní kontroly podľa článku. VI tejto zmluvy

- b) neplnenie nápravných opatrení z predchádzajúcej kontroly
- c) nekvalitné poskytovanie zdravotnej starostlivosti, ktoré sa zistí kontrolou poisťovne
- d) nesplnenie oznamovacej povinnosti vyplývajúcej z článku IV, bodu 4.2. tejto zmluvy

### **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 doručeníu ak bola doručená 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 za podmienky, že medzi poskytovateľom a zdravotnou poisťovňou bola uzatvorená osobitná zmluva, ktorej predmetom je 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 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 (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 určitú do 31.12.2014.

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

9.5. 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,
- 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) 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. 2a Dohodnutá výška úhrady za poskytnutú ambulatnú zdravotnú starostlivosť a finančný rozsah
- Príloha č. 2b Dohodnutá výška úhrady za poskytnutú ústavnú 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.

10.6. Zmluvné strany sa dohodli, že ku dňu nadobudnutia účinnosti tejto zmluvy zanikajú všetky zmluvy, na základe ktorých poskytovateľ poskytoval zdravotnú starostlivosť poistencom zdravotnej poisťovne v rovnakom vecnom rozsahu aký je dohodnutý v tejto zmluve.

Bratislava dňa .....2013

Nitra dňa .....2013

Union zdravotná poisťovňa, a.s.

Fakultná Nemocnica Nitra

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

.....  
MUDr. Jozef Valocký  
riaditeľ

**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 poskytovateľa zdravotnej starostlivosti: **Fakultná Nemocnica Nitra**

Identifikátor poskytovateľa zdravotnej starostlivosti: **P85687**

Kód poskytovateľa	Kód odbornosti útvaru*	Názov odbornosti útvaru	Druh odborného útvaru**
P85687001101	001	vnútorné lekárstvo	1
P85687001102	001	vnútorné lekárstvo	1
P85687002101	002	infektológia	1
P85687004101	004	neuroológia	1
P85687005101	005	psychiatria	1
P85687007101	007	pediatria	1
P85687009101	009	gynekológia a pôrodnictvo	1
P85687010101	010	chirurgia	1
P85687011101	011	ortopédia	1
P85687012101	012	urológia	1
P85687013101	013	úrazová chirurgia	1
P85687014101	014	otorinolaryngológia	1
P85687015101	015	oftalmológia	1
P85687019101	019	klinická onkológia	1
P85687025101	025	anestéziológia a intenzívna medicína	1
P85687027101	027	fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia	1
P85687037101	037	neurochirurgia	1
P85687043101	043	radiačná onkológia	1
P85687049101	049	kardiológia	1
P85687051101	051	neonatológia	1
P85687068101	068	cievna chirurgia	1
P85687196101	196	JIS interná	1
P85687196102	196	JIS interná	1
P85687197101	197	JIS kardiologická	1
P85687199101	199	JIS pediatrická	1
P85687201101	201	JIS neurologická	1
P85687202101	202	JIS chirurgická	1
P85687203101	203	JRNS /jednotka a resuscitačnej starostlivosti o novorodencov/	1
P85687602101	602	JIS infekčná	1
P85687001201	001	vnútorné lekárstvo	2
P85687001202	001	vnútorné lekárstvo	2
P85687001203	001	vnútorné lekárstvo	2
P85687002201	002	infektológia	2
P85687002202	002	infektológia	2
P85687002203	002	infektológia	2
P85687003201	003	pneumológia a ftizeológia	2
P85687003202	003	pneumológia a ftizeológia	2
P85687004201	004	neuroológia	2
P85687004202	004	neuroológia	2
P85687004203	004	neuroológia	2
P85687004204	004	neuroológia	2
P85687004205	004	neuroológia	2
P85687004206	004	neuroológia	2

P85687004207	004	neuroológia	2
P85687005201	005	psychiatria	2
P85687007201	007	pediatria	2
P85687009201	009	gynekológia a pôrodnictvo	2
P85687009202	009	gynekológia a pôrodnictvo	2
P85687009203	009	gynekológia a pôrodnictvo	2
P85687009204	009	gynekológia a pôrodnictvo	2
P85687009205	009	gynekológia a pôrodnictvo	2
P85687009206	009	gynekológia a pôrodnictvo	2
P85687010201	010	chirurgia	2
P85687010202	010	chirurgia	2
P85687010203	010	chirurgia	2
P85687010204	010	chirurgia	2
P85687010205	010	chirurgia	2
P85687011201	011	ortopédia	2
P85687011202	011	ortopédia	2
P85687012201	012	urológia	2
P85687012202	012	urológia	2
P85687012203	012	urológia	2
P85687013201	013	úrazová chirurgia	2
P85687014201	014	otorinolaryngológia	2
P85687015201	015	oftalmológia	2
P85687015202	015	oftalmológia	2
P85687015203	015	oftalmológia	2
P85687016201	016	stomatológia	2
P85687018201	018	dermatovenerológia	2
P85687018202	018	dermatovenerológia	2
P85687018203	018	dermatovenerológia	2
P85687018204	018	dermatovenerológia	2
P85687018205	018	dermatovenerológia	2
P85687019201	019	klinická onkológia	2
P85687019202	019	klinická onkológia	2
P85687019203	019	klinická onkológia	2
P85687025201	025	anestéziológia a intenzívna medicína	2
P85687027201	027	fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia	2
P85687027202	027	fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia	2
P85687031201	031	hematológia a transfuziológia	2
P85687032201	032	urgentná medicína	2
P85687037201	037	neurochirurgia	2
P85687038201	038	plastická chirurgia	2
P85687040201	040	klinická imunológia a alergológia	2
P85687043201	043	radiačná onkológia	2
P85687043202	043	radiačná onkológia	2
P85687043203	043	radiačná onkológia	2
P85687045201	045	reumatológia	2
P85687046201	046	algeziológia	2
P85687048201	048	gastroenterológia	2
P85687049201	049	kardiológia	2
P85687049202	049	kardiológia	2
P85687049203	049	kardiológia	2
P85687049204	049	kardiológia	2
P85687049205	049	kardiológia	2
P85687050201	050	diabetológia, poruchy látkovej premeny a výživy	2
P85687051201	051	neonatológia	2
P85687056201	056	angiológia	2
P85687060201	060	geriatria	2
P85687063201	063	nefrológia	2
P85687064201	064	endokrinológia	2

P85687065201	065	klinická farmakológia	2
P85687068201	068	cievna chirurgia	2
P85687068202	068	cievna chirurgia	2
P85687068203	068	cievna chirurgia	2
P85687068204	068	cievna chirurgia	2
P85687070201	070	maxilofaciálna chirurgia	2
P85687105201	105	detská psychiatria	2
P85687106201	106	hrudníková chirurgia	2
P85687107201	107	detská chirurgia	2
P85687109201	109	pediatrická urológia	2
P85687114201	114	pediatrická otorinolaryngológia	2
P85687141201	141	klinická logopédia	2
P85687141202	141	klinická logopédia	2
P85687144201	144	klinická psychológia	2
P85687144202	144	klinická psychológia	2
P85687144203	144	klinická psychológia	2
P85687145201	145	pediatrická reumatológia	2
P85687163201	163	pediatrická nefrológia	2
P85687179201	179	rýchla lekárska pomoc	2
P85687179202	179	rýchla lekárska pomoc	2
P85687180201	180	rýchla zdravotná pomoc	2
P85687180202	180	rýchla zdravotná pomoc	2
P85687215201	215	mikrochirurgia oka	2
P85687216201	216	hepatológia	2
P85687229201	229	onkológia v gynekológii	2
P85687336201	336	pediatrická oftalmológia	2
P85687015401	015	oftalmológia	4
P85687070401	070	maxilofaciálna chirurgia	4
P85687023501	023	rádiológia	5
P85687024501	024	klinická biochémia	5
P85687027501	027	fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia	5
P85687029501	029	patologická anatómia	5
P85687031501	031	hematológia a transfuziológia	5
P85687034501	034	klinická mikrobiológia	5
P85687040502	040	klinická imunológia a alergológia	5
P85687043501	043	radiačná onkológia	5
P85687062501	062	lekárska genetika	5
P85687065501	065	klinická farmakológia	5
P85687187501	187	funkčná diagnostika	5
P85687218502	218	nemocničná krvná banka	5
P85687594501	594	intervenčná ultrasonografia v urológii	5
P85687004601	004	neuroológia	6
P85687018601	018	dermatovenerológia	6
P85687001801	001	vnútorné lekárstvo	8
P85687002801	002	infektológia	8
P85687004801	004	neuroológia	8
P85687005801	005	psychiatria	8
P85687007801	007	pediatria	8
P85687009801	009	gynekológia a pôrodnictvo	8
P85687010801	010	chirurgia	8
P85687011801	011	ortopédia	8
P85687012801	012	urológia	8
P85687013801	013	úrazová chirurgia	8
P85687014801	014	otorinolaryngológia	8
P85687015801	015	oftalmológia	8
P85687018801	018	dermatovenerológia	8
P85687019801	019	klinická onkológia	8
P85687037801	037	neurochirurgia	8
P85687051801	051	neonatológia	8
P85687068801	068	cievna chirurgia	8

**Vysvetlivky:**

- \* kód odbornosti útvaru v tvare „spp“ z kódu poskytovateľa (kód poskytovateľa má tvar „p99999sppyzz“),
- \*\* kód druhu odborného útvaru v tvare „y“ z kódu poskytovateľa:
  - 1 – ústavná zdravotná starostlivosť
  - 2 – ambulancia
  - 3 – pracovisko
  - 4 – útvar jednotňovej zdravotnej starostlivosti
  - 5 – útvar spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek
  - 6 – stacionár
  - 8 – ambulancia centrálného príjmu alebo ústavnej pohotovostnej služby

**Príloha č. 2a**  
**k Zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti**

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

**I. Špecializovaná ambulantná zdravotná starostlivosť**

1. Poskytovateľ a zdravotná poisťovňa sa dohodli, že zdravotné výkony poskytovanej zdravotnej starostlivosti sa uhrádzajú takto:

a) zdravotné výkony poskytovanej zdravotnej starostlivosti vykázané poskytovateľom v súlade s nariadením vlády Slovenskej republiky č. 776/2004 Z. z., ktorým sa vydáva Katalóg zdravotných výkonov v znení neskorších predpisov sa ohodnocujú počtom bodov uvedených 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, pod názvom „Zoznam zdravotných výkonov a ich bodové hodnoty“ (ďalej len „zoznam výkonov“),

b) rozsah úhrady, ktorý uhradí zdravotná poisťovňa poskytovateľovi predstavuje súčin počtu bodov za zdravotný výkon podľa písmena a) tohto bodu a dohodnutej ceny bodu uvedenej v bodoch 2 a 3 tejto časti prílohy za všetky medicínsky indikované zdravotné výkony vykázané zdravotnej poisťovni a zdravotnou poisťovňou uznané,

c) zdravotný výkon, ktorý nemá v zozname výkonov určenú bodovú hodnotu, môže zdravotná poisťovňa uhradíť poskytovateľovi len s predchádzajúcim písomným súhlasom a to najviac vo výške preukázateľných nákladov spojených s jeho poskytnutím,

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

2. Úhrada zdravotných výkonov špecializovanej zdravotnej starostlivosti

Spôsob úhrady	Špecifikácia podmienok úhrady	Výška úhrady v €
<b>cena bodu</b>	zdravotné výkony pri poskytnutí špecializovanej zdravotnej starostlivosti okrem výkonov ústavnej pohotovostnej služby a centrálného príjmu	<b>0,0193</b>
<b>cena bodu</b>	zdravotné výkony pri poskytnutí špecializovanej zdravotnej starostlivosti ústavnej pohotovostnej služby a centrálného príjmu	<b>0,0237</b>

3. Osobitne sa uhrádzajú náklady za výkony spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek (ďalej len „SVLZ“)

Spôsob úhrady	Špecifikácia podmienok úhrady	Výška úhrady v €
<b>cena bodu</b>	výkon SVLZ	<b>0,0073</b>
<b>cena bodu</b>	výkon SVLZ prístrojový *	<b>0,0073</b>

\* výkon SVLZ prístrojový sa uhrádza u poskytovateľa, ktorý spĺňa odborné predpoklady na vykonávanie a vyhodnocovanie príslušných vyšetrení (špecializácia alebo certifikát), vlastní alebo má prenajatý príslušný prístroj a prístroj má platný certifikát (vyhlásenie o zhode) a zdravotná poisťovňa súhlasila s uhrádzaním výkonov uvedených v prílohe k Zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

**A. Špecializovaná ambulantná zdravotná starostlivosť v špecializačnom odbore vnútorné lekárstvo**

Zdravotné výkony poskytovanej zdravotnej starostlivosti v špecializačnom odbore vnútorné lekárstvo sa uhrádzajú podľa podmienok uvedených v bodoch 1 až 3 časti Špecializovaná ambulantná starostlivosť.

Osobitne sa cenou bodu vo výške **0,0350 €** uhrádzajú náklady za zdravotné výkony preventívnej prehliadky – skrining rakoviny konečníka a hrubého čreva podľa prílohy č. 2 k zákonu 577/2004 Z. z., v znení neskorších predpisov poskytovateľovi **zaradenému** do programu skriningu kolorektálneho karcinómu v zmysle Odborného usmernenia Ministerstva zdravotníctva SR pre realizáciu programu skriningu kolorektálneho karcinómu\* účinného od 1.1.2012, podľa nižšie uvedenej tabuľky:

Kód výkonu	Obsah zdravotného výkonu a preventívnych vyšetrení	Vek / frekvencia	Vykazovanie / výsledok	Počet bodov / vyšetrenie
<b>760sp</b>	Parciálna skriningová kolonoskopia	vo veku nad 50 rokov, raz za 10 rokov	vykazuje sa v prípade <b>pozitívneho</b> nálezu s kódom choroby Z019 podľa MKCH-10-SK-2013	<b>1 350</b>
<b>760sn</b>	Parciálna skriningová kolonoskopia	vo veku nad 50 rokov, raz za 10 rokov	vykazuje sa v prípade <b>negatívneho</b> nálezu s kódom choroby Z019 podľa MKCH-10-SK-2013	<b>1 350</b>

<b>760pp</b>	Parciálna primárna skriningová kolonoskopia	vo veku nad 50 rokov, raz za 10 rokov	vykazuje sa v prípade <b>pozitívneho</b> nálezu s kódom choroby Z019 podľa MKCH-10-SK-2013	<b>1 350</b>
<b>760pn</b>	Parciálna primárna skriningová kolonoskopia	vo veku nad 50 rokov, raz za 10 rokov	vykazuje sa v prípade <b>negatívneho</b> nálezu s kódom choroby Z019 podľa MKCH-10-SK-2013	<b>1 350</b>
<b>763sp</b>	Totálna skriningová kolonoskopia	vo veku nad 50 rokov, raz za 10 rokov	vykazuje sa v prípade <b>pozitívneho</b> nálezu s kódom choroby Z019 podľa MKCH-10-SK-2013	<b>2 369</b>
<b>763sn</b>	Totálna skriningová kolonoskopia	vo veku nad 50 rokov, raz za 10 rokov	vykazuje sa v prípade <b>negatívneho</b> nálezu s kódom choroby Z019 podľa MKCH-10-SK-2013	<b>2 369</b>
<b>763pp</b>	Totálna primárna skriningová kolonoskopia	vo veku nad 50 rokov, raz za 10 rokov	vykazuje sa v prípade <b>pozitívneho</b> nálezu s kódom choroby Z019 podľa MKCH-10-SK-2013	<b>2 369</b>
<b>763pn</b>	Totálna primárna skriningová kolonoskopia	vo veku nad 50 rokov, raz za 10 rokov	vykazuje sa v prípade <b>negatívneho</b> nálezu s kódom choroby Z019 podľa MKCH-10-SK-2013	<b>2 369</b>

\*Zoznam endoskopických pracovísk a zoznam špecialistov **oprávnených na výkon** skriningu kolorektálneho karcinómu je zverejnený na [www.health.gov.sk](http://www.health.gov.sk).

## B. Špecializovaná ambulantná zdravotná starostlivosť v špecializačnom odbore chirurgia

Zdravotné výkony poskytovanej zdravotnej starostlivosti v špecializačnom odbore chirurgia sa uhrádzajú podľa podmienok uvedených v bodoch 1 až 3 časti Špecializovaná ambulantná starostlivosť.

Osobitne sa cenou bodu vo výške **0,0350 €** uhrádzajú náklady za zdravotné výkony preventívnej prehliadky – skrining rakoviny konečníka a hrubého čreva podľa prílohy č. 2 k zákonu 577/2004 Z. z., v znení neskorších predpisov poskytovateľovi **zaradenému** do programu skriningu kolorektálneho karcinómu v zmysle Odborného usmernenia Ministerstva zdravotníctva SR pre realizáciu programu skriningu kolorektálneho karcinómu\* účinného od 1.1.2012, podľa nižšie uvedenej tabuľky:

<b>Kód výkonu</b>	<b>Obsah zdravotného výkonu a preventívnych vyšetrení</b>	<b>Vek / frekvencia</b>	<b>Vykazovanie / výsledok</b>	<b>Počet bodov / vyšetrenie</b>
<b>760sp</b>	Parciálna skriningová kolonoskopia	vo veku nad 50 rokov, raz za 10 rokov	vykazuje sa v prípade <b>pozitívneho</b> nálezu s kódom choroby Z019 podľa MKCH-10-SK-2013	<b>1 350</b>
<b>760sn</b>	Parciálna skriningová kolonoskopia	vo veku nad 50 rokov, raz za 10 rokov	vykazuje sa v prípade <b>negatívneho</b> nálezu s kódom choroby Z019 podľa MKCH-10-SK-2013	<b>1 350</b>
<b>760pp</b>	Parciálna primárna skriningová kolonoskopia	vo veku nad 50 rokov, raz za 10 rokov	vykazuje sa v prípade <b>pozitívneho</b> nálezu s kódom choroby Z019 podľa MKCH-10-SK-2013	<b>1 350</b>
<b>760pn</b>	Parciálna primárna skriningová kolonoskopia	vo veku nad 50 rokov, raz za 10 rokov	vykazuje sa v prípade <b>negatívneho</b> nálezu s kódom choroby Z019 podľa MKCH-10-SK-2013	<b>1 350</b>
<b>763sp</b>	Totálna skriningová kolonoskopia	vo veku nad 50 rokov, raz za 10 rokov	vykazuje sa v prípade <b>pozitívneho</b> nálezu s kódom choroby Z019 podľa MKCH-10-SK-2013	<b>2 369</b>
<b>763sn</b>	Totálna skriningová kolonoskopia	vo veku nad 50 rokov, raz za 10 rokov	vykazuje sa v prípade <b>negatívneho</b> nálezu s kódom choroby Z019 podľa MKCH-10-SK-2013	<b>2 369</b>
<b>763pp</b>	Totálna primárna skriningová kolonoskopia	vo veku nad 50 rokov, raz za 10 rokov	vykazuje sa v prípade <b>pozitívneho</b> nálezu s kódom choroby Z019 podľa MKCH-10-SK-2013	<b>2 369</b>
<b>763pn</b>	Totálna primárna skriningová kolonoskopia	vo veku nad 50 rokov, raz za 10 rokov	vykazuje sa v prípade <b>negatívneho</b> nálezu s kódom choroby Z019 podľa MKCH-10-SK-2013	<b>2 369</b>

\*Zoznam endoskopických pracovísk a zoznam špecialistov **oprávnených na výkon** skriningu kolorektálneho karcinómu je zverejnený na [www.health.gov.sk](http://www.health.gov.sk).

### C. Špecializovaná ambulantná zdravotná starostlivosť v špecializačnom odbore urológia

Zdravotné výkony poskytovanej zdravotnej starostlivosti v špecializačnom odbore urológia sa uhrádzajú podľa podmienok uvedených v bodoch 1 až 3 časti Špecializovaná ambulantná starostlivosť.

- a) Osobitne sa cenou bodu vo výške **0,0350 €** uhrádzajú náklady za zdravotný výkon preventívnej prehliadky – vyšetrenie na včasné rozpoznanie ochorenia na rakovinu u muža vrátane rád podľa nižšie uvedenej tabuľky:

Kód výkonu	Obsah zdravotného výkonu a preventívnych vyšetrení	Vek / frekvencia	Vykazovanie
158	vyšetrenie na včasné rozpoznanie ochorenia na rakovinu u muža vrátane rád	poistencom od 40. roku veku / raz za dva roky alebo za podmienok a vo frekvencii v zmysle zákona 577/2004 Z.z. v znení neskorších predpisov	vykazuje sa s kódom choroby Z019 podľa MKCH-10-SK-2013, môže sa vykázat' s výkonom 5302

- b) Osobitne sa uhrádzajú jednorazové zdravotnícke pomôcky (ďalej len „JZP“) použité pri poskytnutí uvedených zdravotných výkonoch v nadobúdacej cene, najviac však v uvedenej maximálnej cene

Kód výkonu	Kód JZP	Označenie JZP	Úhrada JZS v €	Poznámka
5153a	160005	punkčná ihla	66,00	
1795, 5158b, 1822	160006	SET -epicystostomický, nefrostomický, cystostomický	199,00	
1791, 1792, 1793, 1794	160009	cievka	51,00	
5158a	160007	stent	1992,00	ZP*
5158	160008	double pigtail	17,00	
1722, 1723	160010	permanentný katéter (na 3 – 6 mesiacov)	17,00	

ZP\* – vyžaduje sa schválenie zdravotnou poisťovňou

- zdravotná poisťovňa uhradí náklady na JZP uvedené vyššie len za toho poistenca, ktorý je v čase ich poskytnutia jej poistencom,
- podmienkou úhrady JZP s označením „ZP“ je predchádzajúci písomný súhlas zdravotnej poisťovne; v prípade, že ide o poskytnutie neodkladnej zdravotnej starostlivosti poistencom, poskytovateľ žiada o súhlas zdravotnú poisťovňu dodatočne, najneskôr však v prvý pracovný deň po poskytnutí neodkladnej zdravotnej starostlivosti,
- súhlas zdravotnej poisťovne na úhradu JZP je platný jeden rok; po uplynutí tohto súhlasu poskytovateľ požiada písomne zdravotnú poisťovňu o nový súhlas,
- pri JZP schválenej zdravotnou poisťovňou prikladá poskytovateľ k faktúre kópiu nadobúdacieho dokladu JZP a výpis zo zdravotnej dokumentácie poistenca týkajúci sa poskytnutej zdravotnej starostlivosti.

### D. Špecializovaná ambulantná zdravotná starostlivosť v špecializačnom odbore gastroenterológia

Zdravotné výkony poskytovanej zdravotnej starostlivosti v špecializačnom odbore gastroenterológia sa uhrádzajú podľa podmienok uvedených v bodoch 1 až 3 časti Špecializovaná ambulantná starostlivosť.

- a) Osobitne sa cenou bodu vo výške **0,0350 €** uhrádzajú náklady za zdravotné výkony preventívnej prehliadky – skrining rakoviny konečníka a hrubého čreva podľa prílohy č. 2 k zákonu 577/2004 Z. z., v znení neskorších predpisov poskytovateľovi **zaradenému** do programu skriningu kolorektálneho karcinómu v zmysle Odborného usmernenia Ministerstva zdravotníctva SR pre realizáciu programu skriningu kolorektálneho karcinómu\* účinného od 1.1.2012, podľa nižšie uvedenej tabuľky:

Kód výkonu	Obsah zdravotného výkonu a preventívnych vyšetrení	Vek / frekvencia	Vykazovanie / výsledok	Počet bodov / vyšetrenie
760sp	Parciálna skriningová kolonoskopia	vo veku nad 50 rokov, raz za 10 rokov	vykazuje sa v prípade <b>pozitívneho</b> nálezu s kódom choroby Z019 podľa MKCH-10-SK-2013	1 350
760sn	Parciálna skriningová kolonoskopia	vo veku nad 50 rokov, raz za 10 rokov	vykazuje sa s kódom choroby Z019 podľa MKCH-10-SK-2013 v prípade <b>negatívneho</b> nálezu	1 350
760pp	Parciálna primárna skriningová kolonoskopia	vo veku nad 50 rokov, raz za 10 rokov	vykazuje sa v prípade <b>pozitívneho</b> nálezu s kódom choroby Z019 podľa MKCH-10-SK-2013	1 350
760pn	Parciálna primárna skriningová kolonoskopia	vo veku nad 50 rokov, raz za 10 rokov	vykazuje sa v prípade <b>negatívneho</b> nálezu s kódom choroby Z019 podľa MKCH-10-SK-2013	1 350
763sp	Totálna skriningová	vo veku nad 50 rokov,	vykazuje sa v prípade <b>pozitívneho</b>	2 369



	kolonoskopia	raz za 10 rokov	nálezu s kódom choroby Z019 podľa MKCH-10-SK-2013	
<b>763sn</b>	Totálna skriningová kolonoskopia	vo veku nad 50 rokov, raz za 10 rokov	vykazuje sa v prípade <b>negatívneho</b> nálezu s kódom choroby Z019 podľa MKCH-10-SK-2013	<b>2 369</b>
<b>763pp</b>	Totálna primárna skriningová kolonoskopia	vo veku nad 50 rokov, raz za 10 rokov	vykazuje sa v prípade <b>pozitívneho</b> nálezu s kódom choroby Z019 podľa MKCH-10-SK-2013	<b>2 369</b>
<b>763pn</b>	Totálna primárna skriningová kolonoskopia	vo veku nad 50 rokov, raz za 10 rokov	vykazuje sa v prípade <b>negatívneho</b> nálezu s kódom choroby Z019 podľa MKCH-10-SK-2013	<b>2 369</b>

b) Osobitne sa cenou bodu vo výške **0,0350 €** uhrádzajú náklady za zdravotné výkony preventívnej prehliadky – skrining rakoviny konečníka a hrubého čreva podľa prílohy č. 2 k zákonu 577/2004 Z. z., v znení neskorších predpisov poskytovateľovi **nezaradenému** do programu skriningu kolorektálneho karcinómu v zmysle Odborného usmernenia Ministerstva zdravotníctva SR pre realizáciu programu skriningu kolorektálneho karcinómu\* zo dňa 1. septembra 2011, podľa nižšie uvedenej tabuľky:

Kód výkonu	Vek / frekvencia	Poznámka / Vykazovanie	Počet bodov / vyšetrenie
<b>763p</b>	vo veku nad 50 rokov raz za 10 rokov, u osôb so zvýšeným rizikom ochorenia na rakovinu hrubého čreva a konečníka bez vekového obmedzenia, pri negativite pri prvej kolonoskopickej prehliadke raz za 5 rokov	vykonanie preventívnej prehliadky konečníka a hrubého čreva kolonoskopom; vykazuje sa s kódom choroby Z019 podľa MKCH-10-SK-2013	<b>2 369</b>

\*Zoznam endoskopických pracovísk a zoznam špecialistov **oprávnených na výkon** skriningu kolorektálneho karcinómu je zverejnený na [www.health.gov.sk](http://www.health.gov.sk).

#### E. Špecializovaná ambulantná zdravotná starostlivosť v špecializačnom odbore oftalmológia

Zdravotné výkony poskytovanej zdravotnej starostlivosti v špecializačnom odbore oftalmológia sa uhrádzajú podľa nižšie uvedenej tabuľky:

Spôsob úhrady	Špecifikácia podmienok úhrady	Výška úhrady v €	Dohodnutý rozsah úhrady
<b>cena bodu</b>	za zdravotné výkony pri poskytnutí špecializovanej zdravotnej starostlivosti, okrem zdravotných výkonov 1226, 1227, 1240, 1246 a 1256	<b>0,0193</b>	súčin ceny bodu a počtu bodov uvedených v prílohe nariadenia vlády SR č. 226/2005 Z.z., pod názvom „Zoznam zdravotných výkonov a ich bodové hodnoty“ (ďalej len „zoznam výkonov“), za každý medicínsky indikovaný, správne vykázaný a uznaný zdravotný výkon
<b>cena bodu</b>	za zdravotné výkony 1226, 1227, 1240, 1246, 1256 pri poskytnutí špecializovanej zdravotnej starostlivosti	<b>0,0200</b>	súčin ceny bodu a počtu bodov uvedených v prílohe nariadenia vlády SR č. 226/2005 Z.z., pod názvom „Zoznam zdravotných výkonov a ich bodové hodnoty“ (ďalej len „zoznam výkonov“), za každý medicínsky indikovaný, správne vykázaný a uznaný zdravotný výkon

Osobitne sa uhrádzajú náklady za výkony spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek (ďalej len „SVLZ“)

Spôsob úhrady	Špecifikácia podmienok úhrady	Výška úhrady v €	Dohodnutý rozsah úhrady
<b>cena bodu</b>	výkon SVLZ	<b>0,0073</b>	súčin ceny bodu a počtu bodov uvedených v prílohe nariadenia vlády SR č. 226/2005 Z.z., pod názvom „Zoznam zdravotných výkonov a ich bodové hodnoty“ (ďalej len „zoznam výkonov“), za každý medicínsky indikovaný, správne vykázaný a uznaný zdravotný výkon
<b>cena bodu</b>	výkon SVLZ prístrojový *	<b>0,0073</b>	súčin ceny bodu a počtu bodov uvedených v prílohe nariadenia vlády SR č. 226/2005 Z.z., pod názvom „Zoznam zdravotných výkonov a ich bodové hodnoty“ (ďalej len „zoznam výkonov“), za každý medicínsky indikovaný, správne vykázaný a uznaný zdravotný výkon

\* výkon SVLZ prístrojový sa uhrádza u poskytovateľa, ktorý spĺňa odborné predpoklady na vykonávanie a vyhodnocovanie príslušných vyšetrení (špecializácia alebo certifikát), vlastný alebo má prenajatý príslušný prístroj a prístroj má platný certifikát (vyhlásenie o zhode) a zdravotná poisťovňa súhlasila s uhrádzaním výkonov uvedených v prílohe k Zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

## II. Špecializovaná ambulantná zdravotná starostlivosť v špecializačnom odbore gynekológia a pôrodnictvo

### A) Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore gynekológia a pôrodnictvo

#### 1. Poskytovateľ:

a) poskytuje zdravotnú starostlivosť poistenke zdravotnej poisťovne (ďalej len „poistenka“) po dovŕšení 15-teho roku života na základe písomnej dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti; prvopis dohody je súčasťou zdravotnej dokumentácie a druhopis sa odovzdá poistenke alebo jej zákonnému zástupcovi. Dohoda, ktorú uzatvorí poistenka s iným poskytovateľom podľa tohto bodu (ďalej len „nová dohoda“) sa stáva platnou prvým dňom kalendárneho mesiaca nasledujúceho po kalendárnom mesiaci, v ktorom bola nová dohoda podpísaná za podmienky predchádzajúceho preukázateľného (písomného) odstúpenia od dohody poistenkou u predchádzajúceho poskytovateľa,

b) zasiela kópiu prvopisu dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s poistenkou na vyžiadanie zdravotnej poisťovni v prípade, budú fakturovať kapitačnú platbu na tú istú poistenku (ďalej len „kapitovaná poistenka“) dvaja a viacerí poskytovatelia. Zdravotná poisťovňa je oprávnená vyžiadať kópie prvopisu dohody podľa tohto bodu písomne, telefonicky, faxom alebo e-mailom,

c) zasiela k termínu 30. jún a 31. december príslušného kalendárneho roka hlásenie o počte kapitovaných poisteniek zdravotnej poisťovni v elektronickej podobe v dátovom rozhraní určenom metodickým usmernením vydaným Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou,

d) má nárok na úhradu kapitačnej platby aj späťne, ak poistenka alebo jej zákonný zástupca neohlásil poskytovateľovi zmenu zdravotnej poisťovne; nárok na spätnú úhradu kapitačnej platby za kapitovanú poistenku, ktorú opomenul vykázat má iba v tom prípade, ak zdravotná poisťovňa v období, za ktoré si túto poistenku späťne vykazuje, neuhradila kapitačnú platbu inému poskytovateľovi,

e) má nárok, aby zdravotná poisťovňa vykonala porovnanie kapitačného stavu poisteniek poskytovateľa a oznámila výsledok poskytovateľovi na základe údajov poskytnutých poskytovateľom podľa písm. c) tohto bodu a informovala poskytovateľa o skutočnom počte kapitovaných poisteniek u poskytovateľa evidovaných v informačnom systéme zdravotnej poisťovne,

2. Výkony zdravotnej starostlivosti poskytnuté kapitovanej poistenke zdravotnej poisťovne sa uhrádzajú mesačne za jednu poistenku zdravotnej poisťovne takto

Spôsob úhrady	Výška úhrady v €
kapitácia	1,21

3. Kapitácia podľa bodu 2 tejto časti prílohy zahŕňa všetky náklady okrem:

a) nákladov 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,

b) nákladov na vykonané zdravotné výkony preventívnych prehliadok

Spôsob úhrady	Špecifikácia podmienok úhrady	Výška úhrady v €	Dohodnutý rozsah úhrady
cena bodu	za vykonané zdravotné výkony preventívnych prehliadok hrazených z verejného zdravotného poistenia uvedených nižšie	0,0350	súčin ceny bodu a počtu bodov uvedených v prílohe nariadenia vlády SR č. 226/2005 Z.z., pod názvom „Zoznam zdravotných výkonov a ich bodové hodnoty“ (ďalej len „zoznam výkonov“), za každý medicínsky indikovaný, správne vykázaný a uznaný zdravotný výkon

uhrádzajú sa tieto zdravotné výkony preventívnych prehliadok:

Kód výkonu	Obsah zdravotného výkonu a preventívnych vyšetrení	Vek / frekvencia	Vykazovanie
100	rady tehotnej žene v rámci starostlivosti o matku		vykazuje sa s kódom choroby Z340 alebo Z348 podľa MKCH-10-SK-2013, môže sa vykázat, ak nie je súčasťou iného výkonu
102	prvé vyšetrenie v rámci predpôrodnej starostlivosti o tehotné s určením termínu pôrodu vrátane zisťovania anamnézy a vystavenia materského preukazu, ako aj rád tehotnej o starostlivosti v gravidite vrátane vyšetrenia TK, pulzu, hmotnosti a výkonu 101	vykazuje sa po potvrdení gravidity pri prvej návšteve	pri fyziologickom tehotenstve sa vykazuje s kódom choroby Z340 alebo Z348 podľa MKCH-10-SK-2013 a pri patologickom tehotenstve s kódom choroby Z352 podľa MKCH-10-SK-2013

103 <sup>1</sup>	vyšetrenie a rady v priebehu gravidity s vyhodnotením výsledkov laboratórných vyšetrení so zreteľom na riziká gravidity	vykazuje sa od druhej návštevy / raz za 28 dní	pri fyziologickom tehotenstve sa vykazuje s kódom choroby Z340 alebo Z348 podľa MKCH-10-SK-2013 a pri patologickom tehotenstve s kódom choroby Z352 podľa MKCH-10-SK-2013
105	vyšetrenie a rady šestonedielke v 6. až 8. týždni po pôrode	vykazuje sa iba raz v súvislosti so šestonedelím	vykazuje sa s kódom choroby Z014 podľa MKCH-10-SK-2013
157	preventívna gynekologická prehliadka je komplexné gynekologické vyšetrenie zamerané na vyhľadávanie a včasnú diagnostiku organických a funkčných porúch ženských pohlavných orgánov	ženy vo veku od 18 rokov veku alebo od prvého tehotenstva / raz za kalendárny rok	vykazuje sa s kódom choroby Z014 podľa MKCH-10-SK-2013
167	odobratie a fixácia sterového materiálu na cytologické vyšetrenie z porcia a z cervixu vrátane nákladov. Cytologické stery z krčka maternice vyhodnocujú certifikované cytologické laboratória	skrining rakoviny krčka maternice pre ženy vo veku od 18 do 64 rokov, prvé dva odbery cytológie v ročnom intervale. V prípade negativity týchto dvoch cytologických výsledkov pokračovať v 3-ročnom intervale do veku 64 rokov. Uvedená periodicita platí aj pre poistenku, u ktorej sa začal skrining aj neskôr ako v 23. roku života. Skrining sa ukončí vo veku 64 rokov, ak budú posledné 3 cytologické nálezy negatívne.	vykazuje sa s kódom choroby Z014 podľa MKCH-10-SK-2013

c) nákladov na výkony spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek (ďalej len „SVLZ“),

Spôsob úhrady	Špecifikácia podmienok úhrady	Výška úhrady v €	Dohodnutý rozsah úhrady
cena bodu	výkon SVLZ prístrojový preventívny – 108, 118, 5303, 5305	0,0266	súčin ceny bodu a počtu bodov uvedených v zozname výkonov za každý medicínsky indikovaný, správne vykázaný a uznaný zdravotný výkon
cena bodu	výkon SVLZ prístrojový preventívny – 5308 (mamológia a mamodiagnostika)	0,0076	súčin ceny bodu a počtu bodov uvedených v zozname výkonov za každý medicínsky indikovaný, správne vykázaný a uznaný zdravotný výkon
cena bodu	výkon SVLZ, vrátane SVLZ prístrojový	0,0073	súčin ceny bodu a počtu bodov uvedených v zozname výkonov za každý medicínsky indikovaný správne vykázaný a uznaný zdravotný výkon

ca) uhrádza sa u poskytovateľa, ktorý spĺňa odborné predpoklady na vyhodnocovanie príslušných vyšetrení (špecializácia alebo certifikát), vlastní alebo má prenajatý príslušný prístroj a zdravotná poisťovňa súhlasila s uhrádzaním výkonov uvedených v prílohe k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti,

cb) výkon 108 sa akceptuje ako preventívny výkon najviac tri razy počas tehotenstva a vykazuje sa pri fyziologickom tehotenstve súčasne s kódom choroby Z340 alebo Z348 podľa MKCH-10-SK-2013 a pri patologickom tehotenstve súčasne s kódom choroby Z352 podľa MKCH-10-SK-2013; u kapitovanej poistenky,

cc) výkon 118 sa akceptuje ako preventívny výkon raz týždenne počas obdobia posledných štyroch týždňov gravidity (maximálne 6x), vykazuje sa súčasne s výkonom 103 a s kódom choroby Z340, Z348 alebo Z352 podľa MKCH-10-SK-2013 u kapitovanej poistenky. Úhrada a frekvencia výkonu 103 je uvedená v tabuľke v písm. b) tohto bodu,

cd) výkony 5303 a 5305 sa akceptujú ako preventívne výkony raz za dvanásť mesiacov, vykazujú sa v návaznosti na výkon 157 a s kódom choroby Z014 podľa MKCH-10-SK-2013 u kapitovanej poistenky, výkony 5303 a 5305 sa nevykazujú naraz v rámci vykonania jednej preventívnej prehliadky (výkon 157),

ce) výkony 5303 a 5305 sa akceptujú k úhrade aj bez naviazania na vykonanie preventívnej prehliadky (výkon 157); v tomto prípade sa uhrádzajú cenou bodu vo výške **0,0073 €**

<sup>1</sup> pri rizikovom tehotenstve sa vykazuje uvedená prehliadka pod kódom zdravotného výkonu č. 63; zdravotný výkon č. 63 sa neuhrádza ako preventívna prehliadka nad rámec kapitácie podľa bodu 3 písm. b) tejto časti prílohy

cf) výkon 5308 sa akceptuje ako preventívny výkon raz za dva roky v intervaloch a vekovom rozmedzí stanovených v skriningu, vyказuje sa súčasne s výkonom 157 a kódom choroby Z014 podľa MKCH-10-SK-2013 u kapitovanej poistenky,

cg) v prípade, že poskytovateľ nemôže výkony SVLZ prístrojové vykonávať, lebo nespĺňa podmienky podľa písm. ca) tohto bodu, zdravotná poisťovňa uhradí tieto výkony tomu poskytovateľovi, ktorý tieto podmienky spĺňa, ktorý je zároveň jej zmluvným poskytovateľom a ktorý bol písomne oznámený zdravotnej poisťovni poskytovateľom,

ch) v prípade, že u poskytovateľa vykonáva SVLZ prístrojové vyšetrenia lekár inej odbornosti ako je gynekológia a pôrodnictvo (napr. rádiológ), poskytovateľ vyказuje vykonané výkony lekárom inej odbornosti podľa tohto bodu pod kódom lekára, ktorý vyšetrenia vykonal. Podmienkou vyказovania podľa tohto bodu je zároveň oprávnenie na vykonávanie činnosti podľa tohto bodu v platnom povolení poskytovateľa pre príslušnú odbornosť.

4. Náklady za zdravotné výkony pri poskytnutí neodkladnej zdravotnej starostlivosti poistencovi zdravotnej poisťovne sa uhrádzajú takto

Spôsob úhrady	Špecifikácia podmienok úhrady	Výška úhrady v €	Dohodnutý rozsah úhrady
cena bodu	zdravotné výkony pri poskytnutí neodkladnej zdravotnej starostlivosti poistencovi zdravotnej poisťovne	0,0166	súčin ceny bodu a počtu bodov uvedených v zozname výkonov za každý medicínsky indikovaný, správne vyказaný a uznaný zdravotný výkon

SVLZ výkony sa uhrádzajú cenou bodu vo výške 0,0073 €

**B) Špecializovaná ambulantná zdravotná starostlivosť v špecializačnom odbore gynekológia a pôrodnictvo, reprodukčná medicína, materno-fetálna medicína, ultrazvuk v gynekológii a pôrodnictve, mamológia a v certifikovanej pracovnej činnosti mamodiagnostika v gynekológii**

1. Zdravotné výkony poskytovanej zdravotnej starostlivosti sa uhrádzajú takto:

a) zdravotné výkony poskytovanej zdravotnej starostlivosti vyказané poskytovateľom 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 uvedených 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, pod názvom „Zoznam zdravotných výkonov a ich bodové hodnoty“ (ďalej len „zoznam výkonov“),

b) rozsah úhrady, ktorý uhradí zdravotná poisťovňa poskytovateľovi, predstavuje súčin počtu bodov za zdravotný výkon podľa písm. a) tohto bodu a dohodnutej ceny bodu uvedenej v bode 2 a 3 tejto časti prílohy za všetky medicínsky indikované zdravotné výkony vyказané zdravotnej poisťovni a zdravotnou poisťovňou uznané,

c) 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,

d) do 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.

2. Úhrada zdravotných výkonov špecializovanej zdravotnej starostlivosti s výnimkou zdravotnej starostlivosti uvedenej v bode 3 tejto časti prílohy

Spôsob úhrady	Špecifikácia podmienok úhrady	Výška úhrady v €
cena bodu	zdravotné výkony pri poskytnutí špecializovanej zdravotnej starostlivosti	0,0193

3. Osobitne sa uhrádzajú náklady za výkony spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek (ďalej len „SVLZ“)

Spôsob úhrady	Špecifikácia podmienok úhrady	Výška úhrady v €	Dohodnutý rozsah úhrady
cena bodu	výkon SVLZ prístrojový preventívny – 108, 118, 5303, 5305	0,0266	súčin ceny bodu a počtu bodov uvedených v zozname výkonov za každý medicínsky indikovaný, správne vyказaný a uznaný zdravotný výkon
cena bodu	výkon SVLZ prístrojový preventívny - 5308 (mamológia a mamodiagnostika)	0,0076	súčin ceny bodu a počtu bodov uvedených v zozname výkonov za každý medicínsky indikovaný, správne vyказaný a uznaný zdravotný výkon
cena bodu	výkon SVLZ, vrátane SVLZ prístrojový	0,0073	súčin ceny bodu a počtu bodov uvedených v zozname výkonov za každý medicínsky indikovaný správne vyказaný a uznaný zdravotný výkon

a) uhrádza sa u poskytovateľa, ktorý spĺňa odborné predpoklady na vyhodnocovanie príslušných vyšetrení (špecializácia alebo certifikát), vlastní alebo má prenajatý príslušný prístroj a zdravotná poisťovňa súhlasila s uhrádzaním výkonov uvedených v prílohe k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti,

b) výkon 108 sa akceptuje ako preventívny výkon najviac tri razy počas tehotenstva a vykazuje sa pri fyziologickom tehotenstve súčasne s kódom choroby Z340 alebo Z348 podľa MKCH-10-SK-2013 a pri patologickom tehotenstve súčasne s kódom choroby Z352 podľa MKCH-10-SK-2013; u kapítovanej poisťenky,

c) výkon 118 sa akceptuje ako preventívny výkon raz týždenne počas obdobia posledných štyroch týždňov gravidity (maximálne 6x), vykazuje sa súčasne s výkonom 103 a s kódom choroby Z 340, Z348 alebo Z352 podľa MKCH-10-SK-2013,

d) výkony 5303 a 5305 sa akceptujú ako preventívne výkony raz za dvanásť mesiacov, vykazujú sa v nadväznosti na výkon 157 a s kódom choroby Z014 podľa MKCH-10-SK-2013, výkony 5303 a 5305 sa nevykazujú naraz v rámci vykonania jednej preventívnej prehliadky (výkon 157),

e) výkon 5308 sa akceptuje ako preventívny výkon raz za dva roky v intervaloch a vekovom rozmedzí stanovených v skriningu, vykazuje sa súčasne s výkonom 157 a kódom choroby Z014 podľa MKCH-10-SK-2013,

f) výkony 5303 a 5305 sa akceptujú k úhrade aj bez naviazania na vykonanie preventívnej prehliadky (výkon 157), v takomto prípade sa uhrádzajú cenou bodu vo výške **0,0073 €**

### III. Špecializovaná ambulantná starostlivosť – v kategórii zubný lekár

**Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore stomatológia/zubné lekárstvo, detská stomatológia, čeľustná ortopédia, maxilofaciálna chirurgia a v certifikovanej pracovnej činnosti dentoalveolárna chirurgia, choroby sliznic ústnej dutiny, implantológia a mukogingiválna chirurgia (ďalej len „kategória zubný lekár“)**

1. Zdravotné výkony poskytovanej zdravotnej starostlivosti sa uhrádzajú takto

a) zdravotné výkony poskytovanej zdravotnej starostlivosti vykázané poskytovateľom 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 uvedených 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, pod názvom „Zoznam zdravotných výkonov a ich bodové hodnoty“ (ďalej len „zoznam výkonov“),

b) rozsah úhrady, ktorý uhradí zdravotná poisťovňa poskytovateľovi, predstavuje súčin počtu bodov za zdravotný výkon podľa písm. a) tohto bodu a dohodnutej ceny bodu uvedenej v bode 2 a 3 tejto časti prílohy za všetky medicínsky indikované zdravotné výkony, vykázané zdravotnej poisťovni a zdravotnou poisťovňou uznané,

c) zdravotný výkon, ktorý nemá v zozname výkonov určenú bodovú hodnotu môže zdravotná poisťovňa uhradiť poskytovateľovi len s predchádzajúcim písomným súhlasom zdravotnej poisťovne a to najviac vo výške preukázateľných nákladov spojených s jeho poskytnutím,

d) do rozsahu podľa písm. b) a c) 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,

e) do finančného rozsahu podľa písm. b) a c) tohto bodu sa nezapočítavajú náklady na zdravotnícke pomôcky skupiny Z uvedené v Zozname zdravotníckych pomôcok na mieru; ktorý vydáva Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej Republiky opatrením,

2. Úhrada zdravotných výkonov špecializovanej zdravotnej starostlivosti s výnimkou zdravotnej starostlivosti uvedenej v bodoch 3 až 4 tejto časti prílohy je nasledovná

a)

Spôsob úhrady	Špecifikácia podmienok úhrady	Výška úhrady v €
cena bodu	zdravotné výkony pri poskytnutí špecializovanej zdravotnej starostlivosti v kategórii zubný lekár	0,072483

b) pre náročnosť ošetrovania poistencov s vrodenou vývojovou chybou čeľustí a tváre sa hodnota výkonu O06 do dosiahnutia šiesteho roku veku a výkonov O21 až O37 bez obmedzenia veku násobí koeficientom H 1,3.

3. Osobitne sa uhrádzajú náklady za vykonané zdravotné výkony preventívnych prehliadok

Spôsob úhrady	Špecifikácia podmienok úhrady	Výška úhrady v €
cena bodu	za vykonané zdravotné výkony preventívnych prehliadok hrazených z verejného zdravotného poistenia (D01, D02, D02a, D05 a D06), vykazujú sa s kódom choroby Z012 podľa MKCH-10-SK-2013	0,072483

4. Osobitne sa uhrádza materiál pri výkone RTG snímok

Spôsob úhrady	Špecifikácia podmienok úhrady / vykazovanie	Výška úhrady v €	Dohodnutý rozsah úhrady
pevná cena	materiál RTG snímky k výkonu D 52	0,27	uhrádza sa za každú správne vykázanú

	pod kódom RTGIO*		a uznanú RTG snímku
<b>pevná cena</b>	materiál RTG snímky k výkonu D 54 pod kódom OPG*	<b>0,50</b>	uhrádza sa za každú správne vykázanú a uznanú RTG snímku

\*výkon RTG snímkov sa uhrádza u poskytovateľa, ktorý spĺňa odborné predpoklady na vykonávanie a vyhodnocovanie príslušných vyšetrení (špecializácia alebo certifikát) a vlastní alebo má prenájatý príslušný prístroj

#### IV. Stacionár

1. V stacionári sa výkony poskytnutej zdravotnej starostlivosti poistencovi uhrádzajú poskytovateľovi cenou ošetrovacieho dňa takto:

Druh zdravotníckeho zariadenia	Výška úhrady v €	Rozsah zdravotnej starostlivosti
<b>Stacionár</b> opakovaná denná ambulantná starostlivosť	<b>14,50</b>	každý medicínsky indikovaný, správne vykázaný a uznaný ošetrovací deň

2. Za ošetrovací deň v stacionári sa považuje pobyt poistenca u poskytovateľa v pracovnom dni v trvaní nepresahujúcom 24 hodín (ďalej len „denný pobyt“) v nadväznosti na predchádzajúcu ambulantnú alebo ústavnú zdravotnú starostlivosť.

3. Poistenec môže byť prijatý do stacionára len na odporúčanie lekára špecializovanej ambulantnej starostlivosti, u ktorého je poistenec v dlhodobej alebo dispenzárnej starostlivosti (ďalej len „ošetrojúci lekár“).

4. Maximálny počet denných pobytov v stacionári u jedného poistenca v kalendárnom roku je 30, okrem psychiatrického stacionára. V mimoriadnych prípadoch denný pobyt poistenca v stacionári po vyčerpaní 30-tich denných pobytov v kalendárnom roku schvaľuje zdravotná poisťovňa na základe písomnej žiadosti odosielajúceho ošetrojúceho lekára s odôvodnením potreby ďalšej liečby formou denného pobytu v stacionári.

5. Maximálny počet denných pobytov v psychiatrickom stacionári u jedného poistenca v kalendárnom roku je 60. V mimoriadnych prípadoch denný pobyt poistenca po vyčerpaní 60-tich denných pobytov v kalendárnom roku schvaľuje zdravotná poisťovňa na základe písomnej žiadosti odosielajúceho ošetrojúceho lekára s odôvodnením potreby ďalšej liečby formou denného pobytu.

6. V cene ošetrovacieho dňa sú zahrnuté všetky náklady, ktoré súvisia s poskytnutím zdravotnej starostlivosti poistencovi vrátane nákladov za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti.

#### V. Zariadenia spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek

1. Zdravotné výkony poskytovanej zdravotnej starostlivosti vykázané poskytovateľom 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 uvedených 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, pod názvom Zoznam zdravotných výkonov a ich bodové hodnoty (ďalej len „Zoznam výkonov“).

2. Zdravotný výkon, ktorý nie je uvedený v Zozname výkonov (nemá určenú bodovú hodnotu) zdravotná poisťovňa môže uhradiť poskytovateľovi len s predchádzajúcim písomným súhlasom zdravotnej poisťovne a to najviac vo výške preukázateľných nákladov spojených s jeho poskytnutím.

3. Finančný rozsah, ktorý uhradí zdravotná poisťovňa poskytovateľovi poskytujúcemu zdravotnú starostlivosť v zariadení spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek (ďalej len „SVLZ“), s výnimkou špecializačných odborov uvedených v častiach A), B) alebo C) tejto časti prílohy, predstavuje súčin počtu bodov za zdravotný výkon podľa Zoznamu výkonov a ceny bodu vo výške **0,007303 €** za všetky medicínsky indikované, zdravotnej poisťovni správne vykázané a zdravotnou poisťovňou uznané zdravotné výkony.

4. Do finančného rozsahu 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, ani náklady na ďalšie pripočítateľné položky k zdravotným výkonom vykázané v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi.

#### A) Laboratórne vyšetrovacie metódy

1. Zmluvné strany sa dohodli, že poskytovateľ poskytujúci zdravotnú starostlivosť v zariadení SVLZ v špecializačných odboroch laboratórnej medicíny

a) vybrané zdravotné výkony Zoznamu výkonov vykazuje pod novými kódmi a za podmienok uvedených v dokumente „**Usmernenie k vykazovaniu výkonov podobných vyšetrení**“, zverejnenom na webovej stránke zdravotnej poisťovne, [www.union.sk](http://www.union.sk),

b) zdravotné výkony podľa Zoznamu výkonov vykazuje pri rešpektovaní podmienok uvedených v dokumente „**Usmernenie k vykazovaniu laboratórnych výkonov**“, zverejnenom na webovej stránke zdravotnej poisťovne, [www.union.sk](http://www.union.sk),

- c) pri vyšetrení onkomarkerov vykazuje len laboratórne zdravotné výkony, ktoré boli indikované za podmienok uvedených v dokumente „**Onkomarkery**“, zverejnenom na webovej stránke zdravotnej poisťovne, [www.union.sk](http://www.union.sk),
2. Dokumenty podľa bodu 1 tejto časti prílohy zverejnené na webovej stránke zdravotnej poisťovne, [www.union.sk](http://www.union.sk) tvoria neoddeliteľnú súčasť tejto prílohy. V prípade ich zmeny zdravotná poisťovňa informuje poskytovateľa 21 dní pred plánovým dňom účinnosti takejto zmeny.
3. Finančný rozsah, ktorý uhradí zdravotná poisťovňa poskytovateľovi poskytujúcemu zdravotnú starostlivosť v zariadení SVLZ v špecializačných odboroch laboratórnej medicíny, predstavuje súčin počtu bodov za zdravotný výkon podľa Zoznamu výkonov a ceny bodu vo výške v rozmedzí od **0,006307 €** do **0,007303 €** za všetky medicínsky indikované, zdravotnej poisťovni správne vykázané a zdravotnou poisťovňou uznané zdravotné výkony; výška ceny bodu závisí od splnenia motivačných kritérií uvedených nižšie:
- základná cena bodu **0,006307 €** (podmienkou je interný a externý systém kontroly kvality) sa navýši o **0,000332 €** za splnenia každého z nasledovných motivačných kritérií (ďalej aj „MK“)

Motivačné kritérium	Zmluvná cena bodu v € na základe splnenia MK
ordinačné hodiny - nepretržitá prevádzka a/alebo vykonávanie manuálne náročných zdravotných výkonov	0,006971
laboratórny informačný systém	
akreditácia	

4. Poskytovateľ poskytujúci zdravotnú starostlivosť v zariadení SVLZ v špecializačnom odbore patologická anatómia vykazuje výkony súvisiace s histologickou diagnostikou pri rešpektovaní podmienok uvedených v tabuľke tohto bodu. Maximálny počet je viazaný na materiál odobratý a vyšetrený počas jedného zákroku na jedného pacienta.

Kód	max počet	poznámka
<b>BIOPSIA, IMUNOHISTOCHÉMIA, IMUNOFLUORESCENCIA, ENZYMOVÁ HISTOCHÉMIA</b>		
4900	10x	v prípade vykázaní viac ako 10x doloženie kópie kompletného histologického výsledku
4902	10x	v prípade vykázaní viac ako 10x doloženie kópie kompletného histologického výsledku
4919		vykazuje sa spolu s kódom 4900 alebo 4902; identické počty s kódom 4900 alebo 4902
4920		vykazuje sa spolu s kódom 4902; identické počty s kódom 4902
4907	8x	špeciálne histochemické metódy na dôkaz glycidov, bielkovín, lipidov
4905	8x	špeciálne histochemické metódy
4914 - 4917	10x	enzymová histochemia – počet v závislosti od vyšetřovaného materiálu
4921	5x	príplatok-dekalcifikácia
4922 - 4923	8x	imunofluorescenčné vyšetřenie
4931	1x	úhrada je podmienená dokladom o vykonanom konzultačnom vyšetření
4957	1x	úhrada je podmienená dokladom o vykonanom konzultačnom vyšetření, nutné uviesť dg
3510	x	nehradené
3517	x	nehradené
3512	1x	hlásenie peroperačnej biopsie a/alebo konzultácie s klinikmi
3518	1x	1x za deň na jedno laboratórne pracovisko
3621	1x	1x na jedného pacienta
3622	1x	1x na jedného pacienta
3601	1x	1x na jedného pacienta
<b>IMUNOHISTOCHÉMIA</b>		
4919b	10x	v prípade vykázaní viac ako 10x doloženie kópie kompletného histologického výsledku
4926	10x	v prípade vykázaní viac ako 10x doloženie kópie kompletného histologického výsledku
4918		vykazuje sa spolu s kódmi 4919b a 4926; počet musí byť identický s počtom kódov 4919b a 4926
<b>PEROPERAČNÁ BIOPSIA</b>		
4906	5x	v prípade vykázaní viac ako 5x doloženie kópie kompletného histologického výsledku
4919		vykazuje sa spolu s kódom 4906; identické počty s kódom 4906
3512	1x	vykazuje sa spolu s kódmi 4906 a 4919; 1x ku kódom 4906 a 4919

5. Poskytovateľ poskytujúci zdravotnú starostlivosť v zariadení SVLZ v špecializačnom odbore patologická anatómia vykazuje zdravotné výkony súvisiace s cytologickým vyšetřením cervikálneho steru výlučne kódmi a za podmienok uvedených v tabuľke tohto bodu:

Kód výkonu	Názov výkonu	Počet bodov	Podmienky vykazovania
9 980	Skriningové cytologické vyšetřenie steru z krčka maternice realizované konvenčnou metódou	1 000	Vykazuje sa s kódmi choroby podľa MKCH 10 -SK-2013 - Z014, Z124, N72, N86, N870, N871, N872, N879, N889, C530, C531, C538, C539, C541, C55,

			C809, D069. Maximálne 1 x za rok na 1 rodné číslo.
<b>9980a</b>	Cytologické vyšetrenie steru z krčka maternice realizované konvenčnou metódou /vek poistenky do 23 rokov a nad 64 rokov/	<b>1 000</b>	Vyказuje sa s kódmi choroby podľa MKCH 10 -SK-2013 - Z014, Z124, N72,N,86, N870, N871,N872, N879, N889, C530, C531, C538, C539, C541, C55, C809, D069. Maximálne 2 x za rok na 1 rodné číslo.
<b>9980b</b>	Cytologické vyšetrenie steru z krčka maternice realizované konvenčnou metódou /kontrolné cytologické vyšetrenie/	<b>1 000</b>	Vyказuje sa s kódmi choroby podľa MKCH 10 -SK-2013 - N72, N,86, N870, N871,N872, N879, N889, C530, C531, C538, C539, C541, C55, C809, D069. Maximálne 2 x za rok na 1 rodné číslo.
<p>Pozn.: Kódy choroby sú priradené ku kódu výkonu podľa výsledku cytologického vyšetrenia nasledovne: negatívny nález: kódy choroby podľa MKCH 10 -SK-2013: Z014; Z124 pozitívny nález: kódy choroby podľa MKCH 10 -SK-2013 adekvátne výsledku cytologického vyšetrenia: N879 - ASC- US, AGC - NOS ; N 870 – LSIL; N871 a N 872 – HSIL, AGC - FN; C530; C531; C538 ; C539 ; C541; C55; C809; D069. Vyказovaná je konečná diagnóza, ktorú stanoví lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore patologická anatómia. Výkony s kódmi 9980a a 9980b sa vyказujú s kódmi choroby podľa MKCH 10 -SK-2013, ktoré sú adekvátne aktuálnemu výsledku cytologického vyšetrenia.</p>			

- Revízný lekár zdravotnej poisťovne týmto udeľuje predchádzajúci súhlas podľa § 42 ods. 5 a 6 zákona č. 577/2004 Z.z. v znení neskorších predpisov s úhradou výkonov uvedených v bode 1 písm. a) a v bode 5 v zmluvne dohodnutej cene za splnenia podmienky, že poskytovateľ nebude túto zdravotnú starostlivosť účtovať poistencovi, ktorému bol výkon poskytnutý. Tento súhlas revízneho lekára zdravotnej poisťovne je záväzný od nadobudnutia účinnosti zmluvy a platí po dobu platnosti zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti uzatvorenej medzi zdravotnou poisťovňou a poskytovateľom. Zdravotná poisťovňa si vyhradzuje tento súhlas kedykoľvek odvolať aj pred uplynutím uvedenej doby, a to písomným odvolaním súhlasu revízneho lekára. Odvolanie súhlasu nadobudne účinnosť ku dňu uvedenému v odvolaní.
- Poskytovateľ je povinný predkladať zdravotnej poisťovni raz ročne v kópii výsledky externej kontroly kvality vo forme ako ich dostáva od spoločnosti, s ktorou má uzatvorenú zmluvu o vykonávaní externej kontroly kvality (doklad o zaradení do systému externej kontroly kvality a prehľad získaných certifikátov); táto povinnosť sa vzťahuje na poskytovateľa 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.

## B) Zobrazovacie vyšetrovacie metódy

- Finančný rozsah, ktorý uhradí zdravotná poisťovňa poskytovateľovi poskytujúcemu zdravotnú starostlivosť v zariadení SVLZ špecializačnom odbore **rádiológia**, predstavuje súčin počtu bodov za zdravotný výkon podľa Zoznamu výkonov a ceny bodu vo výške v rozmedzí od **0,004979 €** do **0,007303 €** za všetky medicínsky indikované, zdravotnej poisťovni správne vykázané a zdravotnou poisťovňou uznané zdravotné výkony. Výška ceny bodu závisí od technických parametrov prístrojového vybavenia pracoviska a od splnenia kritérií uvedených v tabuľke tohto bodu:

Zobrazovacia modalita	Kritérium	Cenové úrovne podľa splnenia kritérií v €	Zmluvná cena bodu v €
konvenčné rtg	-	0,007303	<b>0,007303</b>
ultrasonografia	-	0,007303	<b>x</b>
mamografia	Poskytovateľ, ktorý poskytuje menej ako 3.000 vyšetrení za jeden rok	0,006971	<b>x</b>
	Poskytovateľ, ktorý poskytuje minimálne 3.000 vyšetrení za jeden rok	0,007303	
počítačová tomografia	CT prístroj do 16 MSCT	0,005975	<b>x</b>
	CT prístroj do 16 MSCT– 24 hodinová prevádzka	0,006141	
	CT prístroj 20 - 40 MSCT	0,006307	
	CT prístroj 20 - 40 MSCT– 24 hodinová prevádzka	0,006473	
	CT prístroj 64 MSCT a viac	0,006639	
magnetická rezonancia	CT prístroj 64 MSCT a viac – 24 hodinová prevádzka	0,006805	<b>x</b>
	MR prístroj 0,2 T až 0,25 T pre vyšetrenie jedného orgánového systému - klbov	0,004979	
	MR prístroj 0,25 T pre viac orgánovú diagnostiku	0,005990	



MR prístroj 0,3 T - 1,0 T	0,006307	
MR prístroj od 1,5 T vyššie	0,006639	

- Do finančného rozsahu podľa predchádzajúceho bodu sa nezapočítavajú náklady na pripočítateľné položky k zdravotným výkonom - jednorazové zdravotnícke pomôcky. Zoznam jednorazových zdravotníckych pomôcok, ktoré je poskytovateľ poskytujúci zdravotnú starostlivosť v zariadení SVLZ špecializačnom odbore rádiológia oprávnený vykazovať zdravotnej poisťovni k úhrade spolu s podmienkami ich vykazovania, je zverejnený a priebežne aktualizovaný na webovej stránke zdravotnej poisťovne [www.union.sk](http://www.union.sk) v dokumente pod názvom „Jednorazové zdravotnícke pomôcky v rádiológii“; tento dokument tvorí neoddeliteľnú súčasť tejto časti prílohy. Poskytovateľ poskytujúci zdravotnú starostlivosť v zariadení SVLZ špecializačnom odbore rádiológia je na vyžiadanie zdravotnej poisťovne povinný predložiť fotokópiu nadobúdacieho dokladu vykazanej jednorazovej zdravotníckej pomôcky.
- Poskytovateľ poskytujúci zdravotnú starostlivosť v zariadení SVLZ špecializačnom odbore rádiológia vykáže k úhrade zdravotnej poisťovni použitý filmový materiál k poskytnutému zdravotnému výkonu s označením podľa formátu použitého filmového materiálu (FOTO1 – FOTO18) v nákupnej cene, najviac však v maximálnej cene uvedenej v tabuľke tohto bodu:

Označenie filmu	Formát	Max. cena v €	Označenie PACS	Max. cena v €
FOTO01	3 x 4	<b>0,33</b>	PACS01	<b>0,33</b>
FOTO02	15 x 30	<b>0,50</b>	PACS02	<b>0,50</b>
FOTO03	18 x 24	<b>0,40</b>	PACS03	<b>0,40</b>
FOTO04	24 x 30	<b>0,66</b>	PACS04	<b>0,66</b>
FOTO05	35 x 35	<b>1,49</b>	PACS05	<b>1,49</b>
FOTO06	30 x 40	<b>1,16</b>	PACS06	<b>1,16</b>
FOTO07	35 x 43	<b>1,39</b>	PACS07	<b>1,39</b>
FOTO08	24 x 30 pre mamografie	<b>1,84</b>	PACS08	<b>1,84</b>
FOTO09	18 x 24 pre mamografie	<b>1,15</b>	PACS09	<b>1,15</b>
FOTO10	A4	<b>2,12</b>	PACS10	<b>2,12</b>
FOTO11	14 x 17 inch laser	<b>5,81</b>	PACS11	<b>5,81</b>
FOTO12	8 x 10 inch laser	<b>1,94</b>	PACS12	<b>1,94</b>
FOTO13	A3	<b>4,17</b>	PACS13	<b>4,17</b>
FOTO14	13 x 18	<b>0,33</b>	PACS14	<b>0,33</b>
FOTO15	15 x 40	<b>0,76</b>	PACS15	<b>0,76</b>
FOTO16	5 x 7	<b>0,27</b>	PACS16	<b>0,27</b>
FOTO17	18 x 43	<b>0,86</b>	PACS17	<b>0,86</b>
FOTO18	20 x 40	<b>0,93</b>	PACS18	<b>0,93</b>

- V prípade, že poskytovateľ poskytujúci zdravotnú starostlivosť v zariadení SVLZ špecializačnom odbore rádiológia dokumentuje a archivuje poskytnuté vyšetrenia v systéme PACS (čo preukáže zdravotnej poisťovni dokumentmi podľa tabuľky technických požiadaviek na prevádzku PACS uvedenej v dokumente pod názvom „Technické požiadavky na prevádzku PACS“, zverejnenom na webovej stránke zdravotnej poisťovne [www.union.sk](http://www.union.sk); tento dokument tvorí neoddeliteľnú súčasť tejto časti prílohy), vykáže k úhrade zdravotnej poisťovni dokumentáciu a archiváciu poskytnutého zdravotného výkonu označením PACS1 – PACS18 v takom počte, ktoré zodpovedá počtu filmového materiálu, ktorý by bol použitý pri štandardnej dokumentácii a archivácii. Zdravotná poisťovňa uhradí za dokumentáciu a archiváciu poskytnutého zdravotného výkonu v systéme PACS pri zdravotných výkonoch s kódmi číslo 5000–5095 (vrátane) 100% cenu filmového materiálu a pri zdravotných výkonoch s kódmi č. 5101–5613 (vrátane) 80% ceny filmového materiálu, ktorý by bol použitý pri štandardnej dokumentácii a archivácii.

### C) Fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia

- Finančný rozsah, ktorý uhradí zdravotná poisťovňa poskytovateľovi poskytujúcemu zdravotnú starostlivosť v zariadení SVLZ v špecializačných odboroch fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia a fyzioterapia predstavuje súčin počtu bodov za zdravotný výkon podľa Zoznamu výkonov okrem výkonov s kódmi 509a, 512, 513, 514a, 516, 518, 522, 523a, 530, 531, 532, 533a, 540, 541, 542 a ceny bodu vo výške **0,007303 €** za všetky zdravotné výkony indikované lekárom v špecializačnom odbore fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia, ktoré sú zdravotnej poisťovni správne vykázané a zdravotnou poisťovňou uznané.
- Finančný rozsah, ktorý uhradí zdravotná poisťovňa poskytovateľovi poskytujúcemu zdravotnú starostlivosť v zariadení SVLZ v špecializačných odboroch fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia a fyzioterapia predstavuje súčin počtu bodov za zdravotný výkon podľa Zoznamu výkonov u výkonov s kódmi 509a, 512, 513, 514a, 516, 518, 522, 523a, 530, 531, 532, 533a, 540, 541, 542 a ceny bodu vo výške **0,010954 €** za všetky zdravotné výkony indikované lekárom v špecializačnom odbore fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia, ktoré sú zdravotnej poisťovni správne vykázané a zdravotnou poisťovňou uznané.

## VI. Záchranná zdravotná služba

V súlade s opatrením Ministerstva zdravotníctva SR č. 07045/2003 – OAP z 30. decembra 2003, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva v znení neskorších predpisov (ďalej len „opatrenie MZ SR č. 07045/2003 – OAP“) a v súlade s výnosom Ministerstva zdravotníctva SR č. 10548/2009-OL z 11. marca 2009, ktorým sa ustanovujú podrobnosti o záchrannej zdravotnej službe, sa úhrada zdravotnej starostlivosti poskytovanej poskytovateľom záchrannej zdravotnej služby (ďalej len „poskytovateľ“) ustanovuje nasledovne.

1. Poskytnutú zdravotnú starostlivosť v kalendárnom roku zdravotná poisťovňa uhradza poskytovateľovi pevnou cenou mesačného preddavku (ďalej len „preddavok“) vo výške určenej podľa bodu 2 tejto časti prílohy na jedno vozidlo:

- a) ambulancie rýchlej zdravotnej pomoci,
- b) ambulancie rýchlej lekárskej pomoci a
- c) ambulancie rýchlej lekárskej pomoci s vybavením mobilnej intenzívnej jednotky,

ktoré sú v nepretržitej prevádzke.

2. Výšku preddavku na kalendárny rok na jedno vozidlo ambulancie podľa predchádzajúceho bodu, prepočítanú v zmysle výnosu Ministerstva zdravotníctva SR, ktorým sa ustanovuje spôsob určenia výšky preddavku pre poskytovateľa záchrannej zdravotnej služby, ktorý má povolenie na prevádzkovanie ambulancie ZZS v 24 – hodinovej službe v stanici ZZS zdravotnej poisťovni, oznamuje Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej len „ÚDZS“) nasledovne:

- a) pred termínom splatnosti preddavkov na mesiac január nasledujúceho kalendárneho roka; výšku preddavku ÚDZS vypočíta na základe predpokladaného počtu poistencov zdravotnej poisťovne k 1.1. nasledujúceho kalendárneho roka,
- b) po zistení skutočného počtu poistencov zdravotnej poisťovne v príslušnom kalendárnom roku; výšku preddavku ÚDZS vypočíta na základe skutočného počtu poistencov zdravotnej poisťovne k 1.1. príslušného kalendárneho roka.

3. Výška preddavku na kalendárny rok je určená podielom počtu poistencov zdravotnej poisťovne na celkovom počte poistencov v Slovenskej republike zo 100 % ceny ustanovenej opatrením Ministerstva zdravotníctva SR č. 07045/2003 – OAP v znení neskorších predpisov.

4. K výške preddavku na jedno vozidlo ambulancie ZZS sa pripočítava cena dopravy za jeden kilometer jazdy pri výkone poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Pevná cena dopravy za jeden kilometer jazdy je **0,79 €**.

5. Úhrada poskytnutej zdravotnej starostlivosti podľa bodu 1. a 4. tejto časti prílohy zahŕňa všetky náklady súvisiace s jej poskytovaním, vrátane nákladov na výkony sterilizácie, okrem nákladov podľa bodu 6. tejto časti prílohy.

6. Osobitne sa uhrádzajú náklady na lieky plne alebo čiastočne uhrádzané na základe verejného zdravotného poistenia zaradené v Zozname kategorizovaných liekov, označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“ a „AS“, ktoré sa vykazujú zdravotnej poisťovni poistenca na osobitnom zúčtovacom doklade; Zoznam kategorizovaných liekov zverejňuje Ministerstvo zdravotníctva SR na svojom webovom sídle vždy k prvému dňu mesiaca.

7. Výšku preddavkov určených podľa bodu 2 písm. a) a b) tejto časti prílohy oznamuje zdravotnej poisťovni ÚDZS písomne; zdravotná poisťovňa uvedenú výšku preddavkov bez zbytočného odkladu oznámi listom poskytovateľovi.

8. Rozdiel v úhrade preddavkov vo výške určenej podľa bodu 2 písm. a) a vo výške určenej podľa písm. b), tejto časti prílohy, zdravotná poisťovňa zúčtuje v úhrade preddavkov v termíne uvedenom v písomnom oznámení zaslanom poskytovateľovi podľa predchádzajúceho bodu.

9. Cena výkonov záchrannej zdravotnej služby poskytnutých poistencovi 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 €** za výjazd. K cene výkonov podľa predchádzajúcej vety sa pripočítava cena dopravy, ktorej pevná cena za jeden kilometer jazdy vozidlom záchrannej zdravotnej služby je **0,79 €**

## VII. Finančný rozsah

1. Zmluvné strany sa dohodli na finančnom objeme vo výške **70 600,- €** na obdobie kalendárneho roka 2014 pre poskytovanie **ambulantnej zdravotnej starostlivosti**. Do tohto finančného objemu sa započítavajú náklady na všetky výkony poskytnutej ambulantnej zdravotnej starostlivosti vrátane výkonov SVLZ uvedené v časti I a IV tejto prílohy. Do finančného objemu sa nezapočítava úhrada za poskytnutú zdravotnú starostlivosť v ambulancii ústavnej pohotovostnej služby a centrálneho príjmu.

2. Zmluvné strany sa dohodli na finančnom objeme vo výške **380 000,- €** na obdobie kalendárneho roka 2014 pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti **v zariadeniach spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek**. Do tohto finančného objemu sa započítavajú náklady na všetky výkony poskytnutej zdravotnej starostlivosti uvedené v časti V tejto prílohy.

## Príloha č. 2b

## k Zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

## Dohodnutá výška úhrady za poskytnutú ústavnú zdravotnú starostlivosť a finančný rozsah

## I. Ústavná zdravotná starostlivosť

1. Zdravotná starostlivosť poskytnutá poistencovi v ústavnej zdravotnej starostlivosti, poskytovateľom správne vykázaná a zdravotnou poisťovňou uznaná sa, s výnimkou osobitne hradených výkonov uvedených ďalej v tejto prílohe, uhrádza nasledovne:

## cenou za ukončenú hospitalizáciu

kód -	odbornosť	výška úhrady v €	Podmienky úhrady za hospitalizáciu poistenca
001 Interné lekárstvo		729	
<b>196 JIS – interná</b>		<b>729</b>	
002 Infektológia		641	
<b>602 JIS infekčná</b>		<b>641</b>	
004 Neurológia		751	
<b>201 JIS neurologická</b>		<b>751</b>	
005 Psychiatria		1101	
007 Pediatria		742	
<b>199 JIS pediatrická</b>		<b>742</b>	
009 Gynekológia a pôrodnictvo		668	
010 Chirurgia		944	
<b>202 JIS chirurgická</b>		<b>944</b>	
011 Ortopédia		837	
012 Urológia		613	
013 Úrazová chirurgia		772	
014 Otorinolaryngológia		551	
015 Oftalmológia		482	
019 Klinická onkológia		1561	
025 Anestéziológia a intenzívna medicína		4448	hospitalizovaný poistenec spĺňa indikácie na hospitalizáciu podľa Konceptie zdravotnej starostlivosti v odbore anestéziológia a intenzívna medicína v platnom znení a TISS (Therapeutic Intervention Scoring System) poistenca je viac ako 25 bodov alebo, pri poruchách vedomia poistenca je GCS (Glasgow Coma Scale) menej ako 10 bodov
027 Fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia		573	
037 Neurochirurgia		1260	
043 Radiačná onkológia		1543	
049 Kardiológia		1039	
197 JIS kardiologická		1039	
051 Neonatológia		572	
068 Cievna chirurgia		1072	operačné výkony na karotických artériách, hrudnej a brušnej aorte, hornej a dolnej dutej žile, by-passové operácie na periférnych vetvách artériového cievneho riečiska, tromboektómie a embolektómie
203 JIRS pre deti a novorodencov		2101	hospitalizovaný poistenec spĺňa indikácie na hospitalizáciu podľa Konceptie zdravotnej starostlivosti v odbore neonatológia

2. Za ukončenú hospitalizáciu sa považuje pobyt poistenca na lôžku u poskytovateľa v trvaní dlhšom ako 24 hodín.
3. Za ukončenú hospitalizáciu sa považuje aj pobyt poistenca na lôžku oddelenia:
- anestéziológie a intenzívnej medicíny v trvaní kratšom ako 24 hodín
  - gynekológie a pôrodnictva v trvaní kratšom ako 24 hodín, ak v deň pôrodu rodička svojvoľne opustila zdravotnícke zariadenie
  - ktorejkoľvek odbornosti ak hospitalizácia nebola dlhšia ako 24 hodín v dôsledku úmrtia poistenca
- Všetky takéto prípady poskytovateľ vykazuje samostatnou dávkou a fakturuje samostatnou faktúrou za obdobie ukončeného kalendárneho mesiaca a zdravotná poisťovňa ho poskytovateľovi uhradí vo výške 50 % z ceny za ukončenú hospitalizáciu na príslušnom oddelení.
- Pobyt poistenca zdravotnej poisťovne na lôžku v trvaní kratšom ako 24 hodín, ktorý nespĺňa podmienky uvedené v písmenách a) až c) tohto bodu poskytovateľ zdravotnej poisťovni vykazuje a účtuje ako výkony špecializovanej ambulantnej starostlivosti.
4. Cena za ukončenú hospitalizáciu zahŕňa všetky náklady, ktoré súvisia s poskytnutím zdravotnej starostlivosti hospitalizovanému poistencovi poisťovne u poskytovateľa vrátane pobytu sprievodcu poistenca, okrem nákladov na:

- a) zdravotnícke pomôcky poskytované v rámci ústavnej zdravotnej starostlivosti uvedené ďalej v tejto prílohe
  - b) výkony finančne náročnej zdravotnej starostlivosti uvedené ďalej v tejto prílohe
  - c) transfúzne lieky, tkanivá a bunky poskytované pri transplantáciách, materské mlieko a iné zdravotné výkony, lieky a zdravotnícke pomôcky, pokiaľ to vyplýva z rozhodnutia Ministerstva zdravotníctva SR o regulácii cien výrobkov, služieb a výkonov v oblasti zdravotníctva.
5. Zdravotná poisťovňa uhradí poskytovateľovi mimoriadne finančne náročnú zdravotnú starostlivosť, ak liečba predstavuje jedinú terapeutickú alternatívu a priame náklady na poistenca, t.z. náklady na lieky a zdravotnícke pomôcky, ktoré poskytovateľ zdravotnej starostlivosti použil pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti (s výnimkou nákladov na lieky a zdravotnícke pomôcky, ktoré sú zakalkulované v cene za ukončenú hospitalizáciu) prekročia dohodnutú cenu za ukončenú hospitalizáciu. Poskytovateľ predloží zdravotnej poisťovni po poskytnutí zdravotnej starostlivosti na schválenie individuálnu kalkuláciu ekonomicky oprávnených a preukázateľných nákladov na lieky a zdravotnícke pomôcky (aktuálne nadobúdacie doklady liekov a zdravotníckych pomôcok od veľkodistribútora). V prípade schválenia mimoriadne finančne náročnej zdravotnej starostlivosti, t.z. nákladov na lieky a zdravotnícke pomôcky, zdravotná poisťovňa uhradí tieto náklady určené nadobúdacou cenou liekov a zdravotníckych pomôcok a zmluvne dohodnutú cenu za ukončenú hospitalizáciu poistenca na príslušnom oddelení. V prípade neschválenia tejto mimoriadne finančne náročnej zdravotnej starostlivosti zdravotnou poisťovňou, zdravotná poisťovňa uhradza len cenu za ukončenú hospitalizáciu poistenca na príslušnom oddelení.
  6. Zdravotná poisťovňa pri preklade jej poistenca z jedného oddelenia na druhé oddelenie poskytovateľa uhradí zmluvne dohodnutú cenu za ukončenú hospitalizáciu na každom oddelení len v medicínsky odôvodnených prípadoch; pri preklade sa deň ukončenia hospitalizácie na jednom oddelení rovná dňu začiatku hospitalizácie poistenca na ďalšom oddelení poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. V prípade, že je poistenec počas jedného pobytu u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti viackrát hospitalizovaný na oddelení v tom istom špecializačnom odbore, zdravotná poisťovňa uhradí zmluvne dohodnutú cenu za ukončenú hospitalizáciu na oddelení v príslušnom špecializačnom odbore len raz.
  7. Poskytovateľ môže odoslať poistenca na poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti k inému poskytovateľovi len v prípade, ak materiálne-technické alebo personálne vybavenie poskytovateľa neumožňuje poskytnúť poistencovi potrebnú zdravotnú starostlivosť. Odoslanie poistenca na ďalšie poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti podrobne odôvodní v zdravotnej dokumentácii a v prepúšťacej správe, ktorá je podpísaná vedúcim oddelenia, na ktorom bol poistenec hospitalizovaný.
  8. Poskytovateľ je oprávnený odmietnuť poistencovi zdravotnej poisťovne poskytnutie ústavnej zdravotnej starostlivosti iba v prípade ak:
    - a) materiálne-technické alebo personálne vybavenie poskytovateľa neumožňuje poskytnúť poistencovi potrebnú zdravotnú starostlivosť
    - b) poskytovateľ nedisponuje dostatočnou lôžkovou kapacitou pre poskytnutie ústavnej zdravotnej starostlivosti
    - c) zdravotný stav poistenca poisťovne nevyžaduje pobyt poistenca na lôžku v trvaní dlhšom ako 24 hodín
  9. Zdravotná poisťovňa neuhradí za svojho poistenca počas hospitalizácie výkony špecializovanej ambulantnej starostlivosti a výkony spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek v tom istom špecializačnom odbore, ako je špecializačný odbor oddelenia, na ktorom je poistenec hospitalizovaný ani výkony funkčnej diagnostiky prislúchajúce odbornosti lôžkového oddelenia.
  10. Ak je poistenec hospitalizovaný za účelom plánovaného poskytnutia operačného výkonu a tento nie je z akýchkoľvek dôvodov vykonaný, zdravotná poisťovňa neuhradí cenu ukončenej hospitalizácie. Poskytovateľ je oprávnený vykázať v dávke ambulantnej starostlivosti rovnakej odbornosti poskytnutie výkonu s kódom 60a.
  11. Ak hospitalizácia poistenca na oddelení dlhodobo chorých trvá kratšie ako 21 dní, takýto prípad poskytovateľ vykazuje samostatnou dávkou a fakturuje samostatnou faktúrou označenou textom „Osobitná úhrada 50“. Zdravotná poisťovňa túto poskytnutú zdravotnú starostlivosť uhradí vo výške 50 % z ceny za ukončenú hospitalizáciu na príslušnom oddelení.
  12. V prípade hospitalizácie poistenca na jednotke intenzívnej starostlivosti, pokiaľ tejto zdravotnej starostlivosti predchádzala hospitalizácia na základnom oddelení poskytovateľa alebo po hospitalizácii na jednotke intenzívnej starostlivosti pokračuje hospitalizácia na základnom oddelení poskytovateľa, patrí poskytovateľovi úhrada za hospitalizáciu na základnom oddelení poskytovateľa uvedená v bode 1 tejto časti prílohy. Pokiaľ bol poistenec hospitalizovaný len na jednotke intenzívnej starostlivosti, patrí poskytovateľovi úhrada pre príslušnú jednotku intenzívnej starostlivosti vo výške uvedenej v bode 1 tejto časti prílohy.
  13. Zdravotná poisťovňa uhradí poskytovateľovi hospitalizáciu na lôžku oddelenia anestéziológie a intenzívnej medicíny v prípade pobytu poistenca na lôžku supľujúceho starostlivosť jednotky intenzívnej starostlivosti vo výške 6% z ceny na oddelení anestéziológie a intenzívnej medicíny. Takéto prípady poskytovateľ vykazuje samostatnou dávkou, ku ktorej pripája zoznam poistencov, ktorým bola poskytnutá zdravotná starostlivosť vrátane ich rodných čísel a fakturuje ich samostatnou faktúrou označenou textom „Osobitná úhrada OAIM“.
  14. Zdravotná poisťovňa nehradí poskytovateľovi pobyt na lôžku oddelenia anestéziológie a intenzívnej medicíny v prípade prijatia kontinuálne kardiopulmonálne a cerebrálne resuscitovaného poistenca, ktorý do hodiny od momentu prijatia zomrie; poskytovateľ v takomto prípade vykáže výkony poskytnuté počas resuscitácie spolu s pripočítateľnými položkami v dávkach ambulantnej starostlivosti.
  15. Zdravotná poisťovňa uhradí poskytovateľovi príplatok k ukončenej hospitalizácii na lôžku oddelenia v odbornosti anestéziológia a intenzívna medicína, vo výške **1520,- €** v prípade trvania hospitalizácie minimálne 10 dní za súčasného splnenia podmienky, že zdravotný stav poistenca vyžadoval minimálne desaťdňovú kontinuálnu podporu základných životných funkcií prístrojom.  
Príplatok k cene za ukončenú hospitalizáciu poskytovateľ vykazuje ako pripočítateľnú položku v dátovom rozhraní pre ústavnú starostlivosť pod kódom BONARO v maximálnom množstve 1.
  16. Zdravotná poisťovňa uhradí poskytovateľovi príplatok k ukončenej hospitalizácii na lôžku oddelenia vo vybraných odbornostiach (kódy 009, 010, 011, 012, 013, 014, 015, 037, 038, 068, 070, 106, 107, 108, 109, 114, 229, 319, 336) vrátane príslušných odborností JIS vo výške **200,-€** za súčasného splnenia nasledovných podmienok:

- dĺžka hospitalizácie vrátane pobytu na JIS bola minimálne 3 dni
- poistencovi poisťovne bol poskytnutý operačný výkon, ktorý nie je osobitne hrađeným výkonom uvedeným ďalej v tejto prílohe a ani výkonom jednodňovej zdravotnej starostlivosti uvedeným v Odbornom usmernení MZ SR č. 12225/2009-OZS zo dňa 18.8.2009
- pri operačnom výkone bola podaná celková alebo regionálna anestézia lekárom so špecializáciou anestéziológia a intenzívna medicína (podanie anestézie sa vykazuje ako pripočítateľná položka s nulovou cenou)

Príplatok k cene za ukončenú hospitalizáciu poskytovateľ vykazuje ako pripočítateľnú položku v dátovom rozhraní pre ústavnú starostlivosť pod kódom BONOPE v maximálnom množstve 1.

## II. Úhrada zdravotníckych pomôcok poskytovaných v rámci ústavnej zdravotnej starostlivosti

1. Zdravotná poisťovňa uhradí náklady na zdravotnícke pomôcky poskytované v rámci ústavnej zdravotnej starostlivosti len za toho poistenca, ktorý je v čase ich poskytnutia jej poistencom. Použitie zdravotníckej pomôcky poskytovateľ písomne odôvodňuje v zdravotnej dokumentácii poistenca.
2. Zdravotnícke pomôcky poskytované v rámci ústavnej zdravotnej starostlivosti uvedené v Zozname kategorizovaných špeciálnych zdravotníckych materiálov v zmysle Zákona 363/2011 Z.z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia (ďalej len „Zoznam ŠZM“), ktoré sú poskytnuté v súlade s preskripčnými obmedzeniami, indikačnými obmedzeniami, množstevnými limitmi a obmedzeniami úhrady zdravotnej poisťovne na jej predchádzajúci súhlas, zdravotná poisťovňa uhradí vo výške, ktorá zodpovedá skutočným nákladom na zakúpenie zdravotníckej pomôcky, najviac však do výšky maximálnej úhrady uvedenej v Zozname ŠZM platnom v čase ich použitia.
3. Zdravotnícke pomôcky poskytované v rámci ústavnej zdravotnej starostlivosti uvedené v tabuľke nižšie ako Zoznam zdravotníckych materiálov (ďalej len „Zoznam ZM“), ktoré sú poskytnuté v súlade s preskripčnými obmedzeniami a obmedzeniami úhrady zdravotnej poisťovne na jej predchádzajúci súhlas, zdravotná poisťovňa uhradí vo výške, ktorá zodpovedá skutočným nákladom na zakúpenie zdravotníckej pomôcky, najviac však do výšky maximálnej úhrady uvedenej v Zozname ZM platnom v čase ich použitia.
4. V prípade, že sa zdravotnícke pomôcky uvedené v Zozname ZM stanú na základe kategorizácie špeciálnych zdravotníckych materiálov súčasťou Zoznamu ŠZM, budú používané, vykazované a hrađené podľa bodu 2 tejto časti prílohy.
5. Zdravotná poisťovňa týmto na základe predchádzajúcej písomnej žiadosti poskytovateľa zdravotnej starostlivosti udeľuje súhlas s použitím, vykázaním a úhradou zdravotníckych pomôcok uvedených v bode 3 pri poskytnutí potrebnej zdravotnej starostlivosti jej poistencom, ak v bode 6 nie je uvedené inak. Zdravotná poisťovňa je oprávnená súhlas s úhradou zdravotníckej pomôcky udelený podľa tohto bodu kedykoľvek odvolať; odvolanie súhlasu je účinné voči poskytovateľovi dňom doručenia oznámenia zdravotnej poisťovne o odvolaní súhlasu. Nárok poskytovateľa zdravotnej starostlivosti na úhradu zdravotníckej pomôcky poskytnutých do dňa nadobudnutia účinnosti odvolania tým nie je dotknutý.
6. Podmienkou použitia, vykázaní a úhrady zdravotníckej pomôcky podľa bodu 2 alebo 3 tejto časti prílohy, u ktorej je uvedené označenie „ZP“, je predchádzajúci písomný súhlas zdravotnej poisťovne s úhradou zdravotníckej pomôcky poistencovi poskytnutý na základe predchádzajúcej písomnej žiadosti poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o úhradu zdravotníckej pomôcky pre konkrétneho poistenca. V prípade, že ide o poskytnutie neodkladnej zdravotnej starostlivosti poistencovi, poskytovateľ zdravotnej starostlivosti žiada o súhlas zdravotnej poisťovne dodatočne, najneskôr však do troch pracovných dní po poskytnutí neodkladnej zdravotnej starostlivosti. Súhlas zdravotnej poisťovne na úhradu zdravotníckej pomôcky je platný jeden rok, alebo do momentu preradenia zdravotníckej pomôcky zo Zoznamu ZM do Zoznamu ŠZM, podľa toho, ktorá z uvedených skutočností nastane skôr.
7. Zdravotnícke pomôcky poskytnuté v rámci ústavnej zdravotnej starostlivosti, ktoré
  - a) nevyžadujú predchádzajúci písomný súhlas zdravotnej poisťovne poskytovateľ vykazuje v súlade s platným metodickým usmernením o spracovaní a vykazovaní zdravotných výkonov poskytovateľov vydaným Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou; na vyžiadanie zdravotnej poisťovne poskytovateľ predloží fotokópie nadobúdacích dokladov vykázaných zdravotníckych pomôcok;
  - b) vyžadujú predchádzajúci písomný súhlas zdravotnej poisťovne, poskytovateľ vykazuje samostatnou faktúrou za všetkých jej poistencov, u ktorých boli takéto zdravotnícke pomôcky v príslušnom zúčtovacom období použité; povinnou prílohou faktúry sú kópie nadobúdacích dokladov schválených zdravotníckych pomôcok a kópie prepúšťacích správ poistencov.

### Zoznam zdravotníckych materiálov

Kód	ZP	Názov	Povolená odbornosť	Maximálna úhrada v €
		<b>KARDIOLÓGIA, KARDIOCHIRURGIA</b>		
120028		Set autotransfúzny	031,631,049,069, 155,278,197,023	465
120055		Arteriálna kanyla (aortálna)	049,068,668,069, 155,278,197	46
120056		Venózna kanyla (dvojitá)	049,068,668,069, 155,278,197	50
		<b>ORTOPÉDIA, TRAUMATOLÓGIA</b>		
180001	ZP	Jednorazový set pre dialýzu pečene(MARS)		7734
190001		Tracheotomická kanyla plastová dvojlášťová		66
190002		Tracheotomická kanyla fonačná kovová		332
190003		Tracheotomická kanyla fonačná plastická		166

Vysvetlivky  
 ZP Vyžaduje sa predchádzajúci súhlas zdravotnej poisťovne

### III. Osobitne hradené výkony

1. Zdravotná poisťovňa uhradí poskytovateľovi zdravotnú starostlivosť spočívajúcu vo výkonoch uvedených v tabuľke nižšie za podmienok ustanovených v tejto časti prílohy.

Kód výkonu	Názov výkonu	Povolená odbornosť	Výška úhrady v €	Podmienky vykazovania
1390	operácia sivého zákalu s implantáciou umelej vnútroočnej šošovky	015	386	vysvetlivka 1
1391	sekundárna implantácia intraokulárnej šošovky do prednej očnej komory alebo do sulcus ciliare	015	379	vysvetlivka 1
1392	sekundárna implantácia intraokulárnej šošovky transsklerálnou fixáciou	015	379	vysvetlivka 1
1393	operácia sekundárnej katarakty	015	379	vysvetlivka 1
1393a	operácia sekundárnej katarakty laserom	015	197	
1394	repozícia implantovanej umelej vnútroočnej šošovky	015	307	
1395	primárna implantácia umelej vnútroočnej šošovky zo zdravotných dôvodov (Implantácia fakickej vnútroočnej šošovky zo zdravotných dôvodov)	015	345	
8700	operácia strabizmu zo zdravotných dôvodov	015, 336	300	
8701	plastické operácie na mihalniciach (ektropium, entropium, blefarochalázia) zo zdravotných dôvodov	015, 038, 336	245	predchádzajúci súhlas ZP
8702	operácia nystagmu	015	250	
8703	elektroepilácia	015	93	
8704	excimer - laserové operácie rohovky len zo zdravotných indikácií (indiačné kritérium: anizometropia od 3,5 D a v prípade rohovkových lézií)	015	346	vysvetlivka 2
8705	fotodynamická terapia sietnice	015	310	
8706a	operácia glaukómu filtračná	015, 336	395	
8706b	operácia glaukómu laserom	015, 336	285	
8706c	operácia glaukómu kryom	015, 336	259	
8707	operácia pterygia - ablácia a plastika	015	240	
8708	operácia nádorov mihalníc	015	250	
8709	operácia nádorov spojovky	015	210	
8710	keratoplastika - vrátane ceny za implantát	015	1 836	
8711	operácie slzných bodov a slzných ciest	015	153	
8712	operácie slzného vaku	015	441	
8713	zavedenie trvalej alebo dočasnej sondy do slzných ciest (operácie slzných ciest)	015	166	
8714	tarzorafia	015	274	
8715	operácia lagoftalmu s implantáciou závažia hornej mihalnice (vrátane závažia)	015, 038, 336	676	
8716	operácia zrastov spojovky (operácia zrastov spojovky s voľným transplantátom)	015	260	
8717	krytie rohovky amniovou membránou	015	285	
8718	CXL - corneal cross linking	015	379	
8719	IAK - incízna astigmatická keratotómia	015	345	
8720	intraštomálna implantácia distančných prstencov-vrátane nákladov za prstence	015	1 495	
8721	transpupilárna termoterapia nádorov sietnice a cievovky	015	260	
8722	explantácia a reimplantácia umelej vnútroočnej šošovky	015	345	
8723	skleroplastika	015	345	
8724	intravitreálna aplikácia liekov	015	130	vysvetlivka 3
8725	operácia odlúpenia sietnice episklerálne	015	571	
8726	pneumoretinopexia	015	274	
8728	pars plana vitrektómia	015	780	
8729	pars plana vitrektómia a lensektómia s implantáciou umelej vnútroočnej šošovky	015	780	
8730	laserová koagulácia sietnice (operácie sietnice laserom)	015, 336	150	
8731	primárne ošetrenie hlbkej rany rohovky alebo skléry alebo mihalníc	015	190	
8732	primárne ošetrenie penetrujúcej rany rohovky alebo skléry bez poranenia šošovky a bez vnútroočného cudzieho telesa	015	345	
8733	primárne ošetrenie penetrujúcej rany rohovky alebo skléry s poranením šošovky a bez vnútroočného cudzieho telesa	015	375	
8734	primárne ošetrenie penetrujúcej rany rohovky alebo skléry bez poranenia šošovky s vnútroočným cudzím telesom	015	345	

<b>8735</b>	primárne ošetrenie penetrujúcej rany rohovky alebo skléry s poranením šošovky s vnútroočným cudzím telesom	015	<b>375</b>
<b>8750k</b>	operácia sivého zákalu v kombinácii s iným súvisiacim výkonom v odbornosti	015	<b>550</b>
<b>8501a</b>	operácia prietrží bez použitia sietečky	010, 107, 038	<b>395</b>
<b>8501b</b>	operácia jednoduchých prietrží s použitím sietečky	010, 038	<b>490</b>
<b>8501c</b>	laparoskopická operácia jednoduchých prietrží	010, 038	<b>520</b>
<b>8502</b>	transrektálna polypektómia	010, 048	<b>480</b>
<b>8506</b>	artroskopická operácia subakromiálneho impingement syndrómu	011, 013	<b>550</b>
<b>8507</b>	operácia pourazovej paraatikulárnej burzitídy vo všetkých lokalizáciách	011, 013	<b>350</b>
<b>8508</b>	operačná mobilizácia kontraktúry stuhnutého kĺbu	011, 013	<b>450</b>
<b>8509</b>	operačná dynamizácia vnútrodreňových klincov	011, 013	<b>365</b>
<b>8510</b>	operačná repozícia jednoduchých zlomenín v celkovej anestézii	011, 013	<b>395</b>
<b>8511</b>	operačné riešenie pollex saltans	011, 038,108	<b>340</b>
<b>8512</b>	operačné riešenie fractúra metacarpi	011, 013, 038	<b>373</b>
<b>8513</b>	operačné riešenie epicondylitis radialis	011, 013	<b>299</b>
<b>8514</b>	operačné riešenie epicondylitis ulnaris	011, 013	<b>299</b>
<b>8516</b>	operačné riešenie fractúra capituli radii	011, 013	<b>373</b>
<b>8517</b>	operačné riešenie synovitis cubiti	011, 013	<b>357</b>
<b>8518</b>	operačné riešenie luxatio acromioclavicularis	011, 013	<b>446</b>
<b>8519</b>	operačné riešenie fractura clavicularae	011, 013	<b>446</b>
<b>8520</b>	operačné riešenie abruptio tuberculi majoris et minoris humeri	011, 013	<b>446</b>
<b>8521</b>	operačné riešenie decompressio subacromialis	011, 013	<b>446</b>
<b>8522</b>	operačné riešenie instabilitas glenohumeralis	011, 013	<b>446</b>
<b>8523</b>	operačné riešenie ruptúry rotátorovej manžety	011, 013	<b>446</b>
<b>8524</b>	operačné riešenie SLAP - lezia (poškodenie labrum glenoidale)	011, 013	<b>400</b>
<b>8525</b>	operačné riešenie hallux valgus	011	<b>400</b>
<b>8527</b>	operačné riešenie digitus hammatosus	011	<b>400</b>
<b>8528</b>	operačné riešenie digitus malleus	011	<b>400</b>
<b>8529</b>	operačné riešenie digitus supraductus	011	<b>400</b>
<b>8530</b>	operačné riešenie metatarsus I.varus	011	<b>380</b>
<b>8531</b>	operačné riešenie morbus Laderhose	011	<b>400</b>
<b>8532</b>	operačné riešenie neuralgie Mortonii	011	<b>350</b>
<b>8533a</b>	artroskopické výkony v laktovom zhybe s použitím kobračných a shaverových sond	011, 013	<b>1 020</b>
<b>8533b</b>	artroskopické výkony v laktovom zhybe s použitím kobračných a shaverových sond a fixačného materiálu	011, 013	<b>1 234</b>
<b>8534a</b>	artroskopické výkony v ramennom zhybe s použitím kobračných a shaverových sond	011, 013	<b>1 020</b>
<b>8534b</b>	artroskopické výkony v ramennom zhybe s použitím kobračných a shaverových sond a fixačného materiálu	011, 013	<b>1 234</b>
<b>8535a</b>	artroskopické výkony v kolennom zhybe s použitím kobračných a shaverových sond	011, 013,108	<b>1 020</b>
<b>8535b</b>	artroskopické výkony v kolennom zhybe s použitím kobračných a shaverových sond a fixačného materiálu	011, 013,108	<b>1 234</b>
<b>8536a</b>	artroskopické výkony v členkovom zhybe s použitím kobračných a shaverových sond	011, 013	<b>1 020</b>
<b>8536b</b>	artroskopické výkony v členkovom zhybe s použitím kobračných a shaverových sond a fixačného materiálu	011, 013	<b>1 234</b>
<b>8537</b>	operačná extrakcia osteosyntetického materiálu a vonkajších fixátorov v anestézii	010, 011, 013, 107, 108,	<b>361</b>
<b>8538</b>	exstirpácia sakrálneho dermoidu	010	<b>339</b>
<b>8539</b>	operácia varixov dolných končatín	010, 068	<b>400</b>
<b>8540</b>	operácia análnych fistúl a/alebo fisúr	010	<b>388</b>
<b>8542</b>	operácia ruptúry Achilovej šľachy	011, 013	<b>451</b>
<b>8543</b>	operácia syndrómu karpálneho tunela	010, 011, 038	<b>338</b>
<b>8547</b>	exstirpácia a excízia benigných a maligných nádorov kože, podkožia a svalov	010, 011, 038, 107,108	<b>100</b>
<b>8548</b>	tenolýza šľachy	108,038, 011, 013,	<b>339</b>
<b>8549</b>	sutúra šľachy	108,038, 011, 013	<b>406</b>
<b>8550</b>	voľný šľachový transplantát	108,038, 011,013	<b>325</b>
<b>8551</b>	transpozícia šľachy	108,011, 013, 038	<b>278</b>

8552	operácia malých kĺbov ruky - artrolýza	011, 108, 038	322	
8553	operácia malých kĺbov ruky - artrodéza	011, 108, 038	322	
8564	laparoskopická cholecystektómia	010	550	
8565	operácia hemoroidov	010, 068	540	
8566	odstránenie hemoroidov elastickou ligatúrou	010, 068	65	
8567	vytvorenie alebo rekonštrukcia arteriovenózneho fistuly pri chronickej liečbe hemodialýzou	010, 068	348	
8568	zrušenie arteriovenózneho fistuly	010, 068	215	
9300	diagnostická biopsia kože, podkožia a svalov v celkovej anestéze u detí	010, 011, 013, 107, 108	110	
8570	transpozícia nervus ulnaris	011	252	
8571	exstirpácia lymfatických uzlín	010, 009	204	
8572	exstirpácia benigného nádoru prsnej žľazy	009, 010, 017	315	
8573	exstirpácia gangliómu	010, 011, 038	50	
8575	amputácia prsta pre gangrénu	010, 038	200	
8576	laparoskopické výkony diagnostické	010, 009	400	
8577	laparoskopická apendektómia	010	550	
8578a	artroskopické výkony v zápästí s použitím klobačných a shaverových sond	011, 013	1 020	
8578b	artroskopické výkony v zápästí s použitím klobačných a shaverových sond a fixačného materiálu	011, 013	1 234	
8580	operačné riešenie mus articulare	011, 013	307	
8582	operácia Dupuytrenovej kontraktúry - punkčná fasciektómia	011, 038	368	
8583	operácia Dupuytrenovej kontraktúry - parciálna fasciektómia	011, 038	368	
8584	operácia Dupuytrenovej kontraktúry - totálna fasciektómia	011, 038	373	
8586	endoskopické vyšetrenie v celkovej anestézii	010, 048	250	
8588	nekrektómie	010, 038	98	
8611	konizácia cervixu	009	340	
8612	excízia vulvy - len ako terapeutický zákrok v CA	009	291	
8613	exstirpácia cýst glandule vestibularis - Bartolinskej žľazy	009	291	
8614	kordocentéza	009	265	
8615	amnioinfúzia	009	265	
8619	resekcia vaginálneho septa	009	302	
8620	hysteroskopia (+ prípadná resekcia uterinného septa)	009	449	
8622	diagnostická laparoscopia	009	287	
8623	sterilizácia ženy zo zdravotných dôvodov	009	315	predchádzajúci súhlas ZP
8624	laparoscopia s adheziolýzou (rozrušenie zrastov)	009	400	
8625	salpingostómia - laparoskopicky	009	400	
8626	salpingektómia - laparoskopicky	009	400	
8627	ovariálna cystektómia -laparoskopicky	009	400	
8628	oophorektómia - laparoskopicky	009	400	
8629	ablácia endometriotických ložísk -laparoskopicky	009	400	
8630	kolpoperineoplastika (zadná pošvová plastika bez použitia sieťky )	009	362	
8631	uretrálna suspenzia (s použitím suburetrálnej pásky na liečbu stresovej inkontinencie) alebo pri vezikorenálnom refluxe	009, 012	450	vysvetlivka 4
8634	kyretáž vrátane dilatácie	009	338	
8635	amniocentéza - pod USG kontrolou	009	100	
8640	ablácia cervikálneho polypu	009	263	
8641	adnexektómia - laparoskopicky	009	400	
8642	myomektómia - laparoskopicky	009	400	
8643	predná pošvová plastika	009	362	
8644	rekonštrukčná operácia defektu panvového dna s použitím setu (predný alebo zadný oddiel)	009	450	
8648	prerušenie tehotenstva zo zdravotných dôvodov	009	294	vysvetlivka 5
8660k	hysteroskopia v kombinácii s inými výkonmi v odbornosti	009	500	
8662k	laparoscopia v kombinácii s inými výkonmi v odbornosti	009	500	
8800	endoskopická adenotómia	014, 114	350	
8801	tonzilektómia	014, 114	285	
8802	tonzilotómia	014, 114	300	
8803	uvulopalatoplastika	14	330	
8804	plastika oroantrálnej komunikácie	014, 070, 345	310	
8805	extrakcia kameňa submandibulárnej žľazy	014	270	
8806	exstirpácia sublingválnej slinnej žľazy	014, 114, 070	290	
8807	exstirpácia submandibulárnej slinnej žľazy	014, 070, 114	290	
8808	exstirpácia príušnej žľazy	014	340	
8809	endoskopická chordektómia	014	250	



8810	endoskopická laterofixácia	014	300	
8813	exstirpácia mediálnej krčnej cysty	014	373	
8814	exstirpácia laterálnej krčnej žľazy	014	380	
8815	turbinoplastika	014, 114	350	
8819	operácia stenózy zvukovodu (plastika zvukovodu)	014, 114	320	
8820	myringoplastika	014, 114	400	
8821	tympanoplastika bez protézy	014, 114	300	
8821a	tympanoplastika s protézou	014, 115	350	
8823	stapedoplastika	014	350	
8824	sanačná operácia stredného ucha	014	470	
8825	adenotómia	14,114	200	
8826	mikrochirurgické výkony na hrtane	014, 114	450	
8827	septoplastika - operácia nosovej priehradky (podmienkou je zdravotná indikácia výkonu)	014, 038, 114	330	
8828	rekonštrukcia perforácie nosového septa	014, 114, 038	385	
8829	plastika nosovej chlopne	014	350	
8830	funkčná endoskopická sínusová chirurgia (FESS)	014	440	
8831	operácia prínosovej dutiny vonkajším prístupom	014	430	
8832	funkčná septorinoplastika	014, 114, 038	294	
8833	aurikuloplastika zo zdravotných dôvodov	014, 038, 114	252	predchádzajúci súhlas ZP
8834	frenulotómia	014, 114	153	
8835	transpozícia vývodu submandibulárnej slinnej žľazy pri sialolitíaze a stenóze vývodu	014	340	
8836	diagnostická mikroendoskopia hrtana	014, 114	260	
8837	exstirpácia ohraničeného tumoru alebo lymfatickej uzliny podkoží na krku	014	150	
8838	diagnostická excízia z tumoru nosohltana	014, 114	285	
8840	korekcia nosového krídla vložení chrupkového transplantátu, auto- alebo alotransplantátu	038, 014	470	
8841	endoskopická operácia prínosových dutín	14,114	450	
8842	dakryocystorinostómia	014	440	
8843	dekompresia orbity	014	404	
8844	rekonštrukcia dna orbity pri blow-out fraktúre	014	423	
8846	operácia povrchového tumoru tváre a krku	038, 014	65	
8847	transmyringická drenáž so zavedením ventilačnej trubičky	014, 114	150	
8850	endoskopická adenotómia + tonzilektómia	014	500	
8851	endoskopická adenotómia + tonzilotómia	14,114	500	
8852	tonzilektómia + uvulopalatoplastika	014	500	
8853	turbinoplastika + dacryocystorinostómia	014	780	
8854	turbinoplastika + funkčná endoskopická sínusová chirurgia (FEES)	014	600	
8855	turbinoplastika + septoplastika	014	600	
8856	turbinoplastika + rekonštrukcia perforácie septa nosa	014	600	
8857	septoplastika + funkčná endoskopická sínusová chirurgia (FEES)	014	660	
8858	operácia stenózy zvukovodu (plastika zvukovodu) + tympanoplastika	014	644	
8900	orchiektómia pri atrofickom semenníku	012	318	
8901	orchiektómia pre karcinóm prostaty	012	350	
8902	resekcia kondylomat na penise	012	250	
8903	Orchiopexia retinovaného hmatného semenníka (nie pri kryptorchizme)	012, 109	350	
8904	biopsia steny močového mechúra	012	107	
8905	zavedenie a/alebo odstránenie ureterálnej endoprotézy	012	264	
8909	operácia fimózy - cirkumcícia zo zdravotných dôvodov	010, 012, 038, 107, 109	300	
8910	divulzia uretry pri stenóze ženskej uretry	012, 109	210	
8911	plastika verikokély	012, 109	350	
8914	operácia jednoduchej hydrokély u mužov	012	350	
8915	frenuloplastika pre frenulum breve penis	012, 107	240	
8916	sterilizácia u muža so zdravotných dôvodov	012	290	predchádzajúci súhlas ZP
8917	resekcia karunkuly uretry	012	170	
8918	exstirpácia kožných nádorov na vonkajších genitáliách	012, 009	131	
8919	sutúra kožnej rany v oblasti vonkajších genitálií	012	90	
8920	optická uretrotómia krátkej striktúry	012	230	
8921	biopsia prostaty	012	203	
8922	biopsia glans penis	012	93	
8924	diagnostická cystoskopia (biopsia močového mechúra)	012, 109	160	

<b>8926</b>	ureteroskopia	109,012	<b>285</b>	
<b>8927</b>	ureteroskopická litotripsia a extrakcia konkrementu pri jednoduchej ureterolitíaze	012	<b>346</b>	
<b>8928</b>	dilatácia striktúry uretry	012	<b>109</b>	
<b>8929</b>	operačná repozícia parafimózy	010, 012, 038, 107, 109	<b>186</b>	
<b>8930</b>	resekcia spermatokély alebo cysty nadsemeníka	012	<b>320</b>	
<b>9000</b>	artroskopická operácia temporomandibulárneho kĺbu	070	<b>450</b>	
<b>9001</b>	probatórne excízie na histologické vyšetrenie v celkovej anestézii	070, 345, 358	<b>130</b>	
<b>9005</b>	operačná extrakcia retinovaných alebo semiretinovaných zubov	070, 345	<b>264</b>	
<b>9006</b>	operačná fixácia luxovaných a subluxovaných zubov	070, 345	<b>250</b>	
<b>9007</b>	operačná replantácia zubov	070, 345	<b>280</b>	
<b>9008</b>	operačné ošetrenie komplikovaného prerezávania zuba múdrosti	070, 345, 358	<b>98</b>	
<b>9009</b>	operačná predprotetická úprava čelustí	070, 345	<b>300</b>	
<b>9010</b>	operačné ošetrenie nepravých nádorov - epulis	070, 345, 358	<b>130</b>	
<b>9011</b>	operačná egalizácia ďasnových výbeľkov	070, 345	<b>246</b>	
<b>9013</b>	extrakcia viacerých zubov v celkovej anestéze	016, 115, 070, 345	<b>250</b>	
<b>9014</b>	dentoalveolárne chirurgické výkony v celkovej anestéze pre polyvalentnú alergiu	070, 345, 358	<b>280</b>	
<b>9015</b>	dentoalveolárne chirurgické výkony v lokálnej anestéze u geriatrických a rizikových pacientov vzhľadom na interné ochorenie	070, 345, 358	<b>322</b>	
<b>9016</b>	operačné odstránenie osteosyntézového materiálu v anestézii	070, 345	<b>320</b>	
<b>9017</b>	operačná elevácia zygomatickomaxilárneho komplexu v celkovej anestézii	070	<b>351</b>	
<b>9023</b>	exstirpácia dentálnych cyst	070, 345	<b>322</b>	
<b>9024</b>	operačné prehĺbenie vestibula v oblasti maxily a frontálneho úseku mandibuly	070, 345, 358	<b>336</b>	
<b>9026</b>	frenulektómia frenulum labii, frenulum accessorii a frenulum linguae	070, 345, 358	<b>140</b>	
<b>9027</b>	exstirpácia kameňov zo slinivodov	070	<b>280</b>	
<b>9030</b>	resekcia koreňového hrotu troch alebo viacerých zubov	016, 115, 070, 345	<b>230</b>	
<b>9034</b>	operácia exostózy, torus palatinus, torus mandibularis	070	<b>230</b>	
<b>9035</b>	extraorálna incízia abscesov	070, 345	<b>210</b>	
<b>9924</b>	sanácia chrupu v celkovej anestézii u nespolpracujúcich pacientov so stomatofóbiou alebo u nespolpracujúcich pacientov s mentálnou retardáciou	115, 016	<b>250</b>	
<b>9101</b>	papilosfinkterektómia a odstránenie konkrementov zo žľčových ciest alebo pankreatického vývodu (endoskopická retrográdna cholangiografia)	048	<b>400</b>	
<b>9103</b>	endoskopické zavedenie drenáže žľčových ciest alebo pankreasu	048	<b>400</b>	
<b>9104</b>	endoskopická polypektómia a endoskopická mukózna resekcia v tráviacom trakte	048	<b>400</b>	
<b>9105</b>	endoskopická injekčná sklerotizácia pažerákových varixov	048	<b>350</b>	
<b>9106</b>	aplikácia stentov v tráviacom trakte pod endoskopickou alebo rtg kontrolou	048	<b>400</b>	
<b>9107</b>	endoskopická laserová a argón plazma koagulačná ablácia v tráviacom trakte	048	<b>350</b>	
<b>9108</b>	fotodynamická ablatívna terapia v tráviacom trakte	048	<b>310</b>	
<b>9109</b>	tenkoihlová biopsia pod endoskopickou ultrasonografickou kontrolou v tráviacom trakte	048	<b>360</b>	
<b>9202</b>	resekcia alebo iná operácia dolnej nosovej mušle	038, 014	<b>270</b>	
<b>9203</b>	uzáver vestibulonazálnej alebo oronazálnej komunikácie	038, 070, 345	<b>250</b>	
<b>9204</b>	korekcia nosa a nosového septa pri rozštepe podnebia	038, 014	<b>270</b>	
<b>9205</b>	korekcia nosných dierok zo zdravotných dôvodov	038, 014	<b>300</b>	
<b>9210</b>	korekcia ptózy hornej mihalnice zo zdravotných dôvodov	015, 038, 336	<b>300</b>	predchádzajúci súhlas ZP
<b>9211</b>	rekonštrukcie viečok po resekcii tumoru alebo traumatickej strate lalokovou plastikou	038	<b>350</b>	
<b>9212</b>	odstránenie benígneho alebo malígneho tumoru kože a podkožia v ktorejkoľvek lokalizácii s krytím defektu lalokovou plastikou alebo voľným kožným transplantátom	038	<b>242</b>	
<b>9213</b>	korekcia kontrahujúcej jazvy Z - plastikou alebo voľným kožným transplantátom	038	<b>208</b>	
<b>9214</b>	korekcia hypertrofickej alebo keloidnej jazvy dermabráziou, excíziou alebo iným spôsobom	038	<b>200</b>	predchádzajúci súhlas ZP
<b>9215</b>	dermabrázia kože v ktorejkoľvek lokalizácii z inej príčiny ako jazva	038	<b>250</b>	
<b>9216</b>	dermofasciektómia s krytím voľným kožným transplantátom	038	<b>200</b>	

9218	lúčovitá amputácia prsta pre recidivujúcu formu Dupuytrenovej kontraktúry s ťažkou deformitou	038	145	
9221	discízia retinaculum flexorum pri syndróme Guynovho kanála	038	330	
9222	deliberácia a transpozícia nervus ulnaris	038	330	
9223	discízia retinaculum flexorum	038	330	
9224	operačný výkon pre pronátorový syndróm	038	330	
9225	operačný výkon pre útlakové syndrómy v iných lokalitách	038,011	330	
9226	primárna alebo sekundárna mikrosutúra periférneho nervu	038	330	
9229	rekonštrukcia periférneho nervu nervovým štepom dospelých	038	200	
9234	rekonštrukcia šľachy vložením spaceru alebo voľného šľachového transplantátu	038	200	
9235	rekonštrukcia šľachy dvojdobá (Paneva-Holevich)	038	200	
9236	operácia deformity labutej šije	038	200	
9237	rozpojenie mäkkej syndaktýlie	038	200	
9238	separácia jedného medzicipria po popálení	038	200	
9245	korekcia asymetrie prsníkov vložením implantátu zo zdravotných dôvodov	038	420	predchádzajúci súhlas ZP
9246	redukčná mamoplastika zo zdravotných dôvodov	038	430	predchádzajúci súhlas ZP
9247	vloženie implantátu alebo implantát - expanderu po ablácii prsníka	038	450	vysvetlivka 6
9248	operácia gynekomastie a/alebo s liposukciou zo zdravotných dôvodov	038	310	predchádzajúci súhlas ZP
9254	operácia venter pendulum zo zdravotných dôvodov	038, 010	210	predchádzajúci súhlas ZP
9255	operácia diastázy priamych brušných svalov	038, 010	350	
9260	mikrosutúra nervu end to side	038	250	
9513	extraneurálna mikroneurolyza	038	330	
9514	intraneurálna mikroneurolyza bez náhrady alebo s náhradou časti fascikulov štepom	038	250	
9515	rekonštrukcia periférneho nervu nervovým štepom u detí	038	300	
9302	nekrektómia s anestézou u detí	010, 107, 038	230	
9303	drenáž povrchového abscesu s anestézou u detí	010, 107	230	
9304	operačné odstránenie benígnych alebo malígnych útvarov kože a podkožia (preaurikulárne výbežky, pigmentové névy, ateróm) s anestézou u detí	107, 038	293	
9306	operačné odstránenie zarastajúceho nechta u detí (resekcia a plastika nechtového lôžka) po predchádzajúcej neúspešnej ambulantnej liečby	107, 010,038	242	
9308	excízia a exstirpácia hemangiómu	010, 107	283	
9309	excízia a exstirpácia lymfangiómu	010, 107	283	
9310	exstirpácia a/alebo biopsia lymfatických uzlín z jednej lokality u detí	107, 010	285	
9315	operácia jednoduchej hydrokély u chlapcov	109	285	
9319	incízia perianálneho abscesu u detí do 12 rokov v CA	107	276	
9400	presádrovanie v anestézii u detí	108	120	
9522	korekčná osteotómia a osteosyntéza	108, 038	493	
9603	exstirpácia chalasea	336	230	
9606	sondáž slzných ciest	015, 336,	160	
9607	injekčná aplikácia kortikoidu do periokulárneho hemangiómu	015, 336	160	
9608	extrakcia stehov z rohovky	336	160	
9609	laserová koagulácia sietnice	015, 336	150	
9613	aplikácia botoxu pri strabizme u detí	336	160	
9505	korekcia nosových dierok zo zdravotných dôvodov u detí do 18 rokov vrátane	014, 114, 038	385	
9524	korekcia červenej pery	114, 038	190	predchádzajúci súhlas ZP
9713	rekonštrukcia nosového krídla	014, 114	404	
9804	korekcia hypospádie	109	241	
H5560	<b>Diagnosticko terapeutický výkon v ústavnej zdravotnej starostlivosti</b> - ukončená hospitalizáciu z dôvodu potreby pozorovania zdravotného stavu alebo plánovaného diagnostického vyšetrenia alebo jednorazového podania liekov poistencovi počas jeho hospitalizácie v trvaní od 24 hodín do 72 hodín na príslušnom oddelení	neoperačné odbornosti	460	

#### Vysvetlivky:

- Osobitne sa uhrádza vnútroočná šošovka.
- Výkon 8704 sa uhrádza z verejného zdravotného poistenia v týchto indikáciách:
  - ak má pacient rozdiel medzi dvomi očami viac ako 3,5 D (anizometropia)
  - ak má pacient pooperačný astigmatizmus (napr. po operácii sivého zákalu)
  - ak má pacient vysokú krátkozrakosť, teda viac ako - 8,5 D

- ak je potrebná fototerapeutická keratoablácia.

Výkon 8704 indikuje ten poskytovateľ, ktorý výkon poistencovi poskytne.

Vyžaduje sa zapísanie indikácie vykonania výkonu zo zdravotných dôvodov do zdravotnej dokumentácie poistenca.

- 3 Výkon 8724 možno hradiť len pri liečbe intravitreálnymi liekmi indikovanými určenými pracoviskami v zmysle platných indikačných a preskripčných obmedzení. Zdravotnou poisťovňou schválený Intravitreálny liek sa vykazuje ako pripočítateľná položka k výkonu. Lieky obstarávané zdravotnou poisťovňou sa vykazujú s nulovou výškou úhrady.

- 4 Osobitne sa uhrádza suburetrálna páska.

- 5 K vyúčtovaniu výkonu 8648 je potrebné dodať lekársku správu obsahujúcu zdravotnú indikáciu výkonu.

- 6 Zdravotný výkon 9247 podlieha schváleniu zdravotnej poisťovne a schvaľuje sa minimálne 1 rok po ablácii prsníka pre nádorové ochorenie. Osobitne sa uhrádza implantát alebo expander podľa bodu 6 tejto časti prílohy. Písomná žiadosť o schválenie úhrady musí obsahovať - aktuálny lekársky nález, podrobnú informáciu o prípadných iných chorobách, na ktoré sa pacientka lieči (diabetes, cievne a srdcové choroby, choroby endokrinného systému, obezita...), medicínske stanovisko ošetrojúceho lekára - klinického onkológa a gynekológa k plastickej operácii a informácia plastického chirurga o rozsahu a o spôsobe indikovanej plastickej operácie.

2. Úhrada za osobitne hradené výkony nie je podmienená pobytom na lôžku viac ako 24 hodín.
3. V cene osobitne hradeného výkonu sú zahrnuté všetky náklady spojené s jeho vykonaním, t.z. komplexné vyšetrenie poistenca lekárom realizujúcim výkon, poskytnutie výkonu podľa zdravotnej indikácie, použitie zdravotníckych pomôcok (ak nie je ďalej uvedené inak), kompletná anestéziologická starostlivosť (pred, počas i po operácii), v indikovaných prípadoch aj histológia (odoslanie odobratého biologického materiálu, záznam o výsledku v zdravotnej dokumentácii, manažment pacienta v prípade pozitivity nálezu), všetka zdravotná starostlivosť v pooperačnom období súvisiaca s výkonom, rady a poučenia poistenca pred jeho prepustením do domácej starostlivosti.
4. Osobitne sa ako pripočítateľné položky k výkonu vykázaného zdravotnej poisťovni uhrádzajú nasledovné zdravotnícke pomôcky:

- a) v špecializačnom odbore plastickej chirurgia:

Zdravotnícka pomôcka	Kód	Maximálna úhrada v € (vrátane DPH)	Podmienky úhrady
prsníkový implantát	200001	554,00	predchádzajúci súhlas ZP
tkanivový expander	200002	498,00	predchádzajúci súhlas ZP

- b) v špecializačnom odbore gynekológia a pôrodníctvo a v špecializačnom odbore urológia:

Zdravotnícka pomôcka	Kód	Maximálna úhrada v € (vrátane DPH)	Podmienky úhrady
suburetrálna páska na liečbu stresovej inkontinencie			Podľa zoznamu kategorizovaných špeciálnych zdravotníckych materiálov v zmysle Zákona 363/2011 Z.z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia.

- c) v špecializačnom odbore oftalmológia:

Druh vnútroočnej šošovky (VOŠ)	Kód	Maximálna úhrada v € (vrátane DPH)	Podmienky úhrady
tvrdá VOŠ	S1001	60,00	
mäkká VOŠ hydrofilná	S2001	70,00	
mäkká VOŠ hydrofóbná	S2002	110,00	
kolamérová hydrofilná VOŠ	S2003	110,00	
mäkká VOŠ s priemerom 7 mm	S3001	165,00	zdravotná indikácia - diabetes mellitus, myopia gravis (od - 6,0 Dioptrií), degeneratívne ochorenia sietnice, stavy po úrazoch oka, odlúpenie sietnice

Zdravotnícke pomôcky sa uhrádzajú ako pripočítateľné položky k výkonu vykázané zdravotnej poisťovni v skutočnej obstarávacej cene, maximálne však do výšky uvedenej maximálnej úhrady. Pokiaľ sú uvedené pri osobitne uhrádzanej zdravotníckej pomôcke aj zdravotné indikácie, podmienkou úhrady zdravotnou poisťovňou je aj ich splnenie.

5. Poskytovateľ vykazuje osobitne hradené výkony:
- d) ak zdravotná starostlivosť bola poskytnutá na lôžkovom oddelení, v dátovom rozhraní pre ústavnú starostlivosť ako pripočítateľnú položku k ukončenej hospitalizácii
- e) ak zdravotná starostlivosť bola poskytnutá na ambulancii jednodňovej zdravotnej starostlivosti, v dátovom rozhraní pre ambulantnú starostlivosť
6. Osobitne hradené výkony je možné preklasifikovať na úhradu za ukončenú hospitalizáciu na základe písomnej žiadosti poskytovateľa, ktorá je prílohou faktúry za poskytovanie zdravotnej starostlivosti, ak u poistenca vznikli komplikácie, ktoré vyžadujú pobyt na OAIM či JIS dlhší ako 24 hodín, alebo hospitalizáciu dlhšiu ako 96 hodín, kde je zároveň poskytovaná liečba, ktorá vyžaduje podanie liekov v celkovej sume viac ako 50% z ceny úhrady za osobitne hradený výkon.
7. V prípade ak poskytovateľ vykáže k úhrade pri jednom operačnom zákroku viac ako jeden osobitne hradený výkon, zdravotná poisťovňa takéto vykázané posúdi a v prípade akceptovania uhradí v cene ukončenej hospitalizácie na príslušnom oddelení.

#### **IV. Finančný rozsah**

Zmluvné strany sa dohodli na finančnom objeme vo výške **1 456 000,- €** na obdobie kalendárneho roka 2014 pre poskytovanie **zdravotnej starostlivosti** uvedenej v časti I a III tejto prílohy, vrátane zdravotnej starostlivosti dohodnutej podľa §8 ods. 3 Vyhlášky MZ SR č. 412/2009 Z. z. v platnom znení.

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

**Zdravotnou poisťovňou schválené zdravotné výkony SVLZ**

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

Kód odbornosti	Schválené výkony (vyplní Union zdravotná poisťovňa, a.s.)
----------------	---

**Fakultná nemocnica Nitra**  
MUDr. Jozef Valocký, riaditeľ  
Špitálska 6  
950 01 Nitra

Vybavuje/kontakt:  
Mgr. Janíková, 02/20811 319  
[viola.janikova@union.sk](mailto:viola.janikova@union.sk)

Naša značka  
CZ 26238/2013

Bratislava  
18.12. 2013

## Vec: Pokračovanie zmluvného vzťahu

Vážený poskytovateľ zdravotnej starostlivosti,

v záujme pokračovania zmluvného vzťahu Vám Union zdravotná poisťovňa, a.s. (ďalej len Union ZP) napriek opakovane prezentovaným výhradám s poukázaním na protiprávnosť konania niektorých poskytovateľov dňa 31.10.2013 predložila návrh zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s účinnosťou od 1.12.2013, ku ktorému nám boli dňa 11.12.2013 doručené Vaše pripomienky. Dňa 11.12.2013 uskutočnilo prerokovanie pripomienok a návrhov zástupcami oboch zmluvných strán. Výsledkom tohto negociačného procesu bol návrh zmluvy zo dňa 13.12.2013, ktorý:

1. obsahuje vyššie ceny za zdravotnú starostlivosť ako máte dohodnuté s inými zdravotnými poisťovňami
2. zachováva aktuálne dohodnuté výšky finančných objemov aj pre rok 2014 napriek poklesu počtu poistencov
3. ponúka transparentný model úhrady zdravotnej starostlivosti v prípade jej poskytnutia nad dohodnutý finančný objem
4. ponúka stabilitu spolupráce finančného príjmu minimálne na obdobie kalendárneho roku

Dňa 16.12.2013 ste sa rozhodli ponuku Union ZP opätovne neprijatť.

Union ZP Vás opakovane písomne, či ústne pri rokovaní upozorňovala, že Vaše požiadavky, ktorými podmieňujete akceptáciu ponuky Union ZP sú neprimerané a diskriminačné najmä z nasledujúcich dôvodov:

- podmienená úprava zmluvných podmienok zo strany VŠZP viazaná na úpravu zmluvných podmienok zo strany Union ZP nezakladá poskytovateľom právny nárok na úpravu zmluvne dohodnutých podmienok s Union ZP;
- súčasný systém prerozdelenia preddavkov na poistné rozšírený o parameter PCG reflektuje na rozdielnosť štruktúry poistných kmeňov zdravotných poisťovní, a preto prípadné zvýšené náklady na poskytnutú zdravotnú starostlivosť poistencov VŠZP boli kompenzované už v rámci systému prerozdelenia medzi zdravotnými poisťovňami; požadovanie identicky rovnakých, resp. vyšších jednotkových cien za zdravotnú starostlivosť by zo strany zdravotných poisťovní so zdravším poistným kmeňom znamenalo duplicitné kompenzovanie rozdielov v štruktúre poistného kmeňa zdravotnej poisťovne, ktorá má poistný kmeň s vyššou chorobnosťou;
- v zmysle obsahu zverejnených zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti poskytovateľa akceptujú zníženie jednotkových cien v prípade jednej zdravotnej poisťovne formou pevných limitov, po prečerpaní ktorých im nie je uhradená „nadlimitne“ vykázaná zdravotná starostlivosť a pre prípadnú úhradu nadlimitne vykázané zdravotnej starostlivosti absentujú transparentné pravidlá jej úhrady; v prípadoch inej zdravotnej poisťovne zas pri limitovanej celkovej mesačnej úhrade (tzv. prediktívny rozpočet) dochádza pri prekročení finančných objemov k prepočtu výšky dohodnutých zmluvných cien (tzv. plávajúca cena); z uvedeného dôvodu požiadavka na zmenu úhradového mechanizmu používaného v Union ZP nie je zo strany poskytovateľov legitímna;

Existujú naliehavé a objektívne okolnosti, ktoré nás nútia zabezpečiť pokračujúcu spoluprácu s Vami aj po 31.12.2013 a o ktorých viete od začiatku našich rokovaní. Je to najmä potreba zabezpečiť zdravotnú starostlivosť pre poistencov našej zdravotnej poisťovne, ako aj zákonom stanovená povinnosť pre zdravotnú poisťovňu mať uzavreté zmluvy v rozsahu verejnej minimálnej siete. Navyše, existujú závažné indície, že poskytovatelia zdravotnej starostlivosti naďalej konajú zosúladeným spôsobom, pretože ich identické požiadavky smerované na Union ZP vykazujú znaky dohody. Súčasná situácia predstavuje pre našu zdravotnú poisťovňu významné riziko a môže nám spôsobiť závažné škody. Keďže sme pod tlakom, aby sa zabezpečila neprerušovaná spolupráca s Vami aj po 31.12.2013, nemáme inú reálnu možnosť, ako **vyhovieť ďalším Vaším podmienkam** pokračovania našej spolupráce, na ktorých trváte a to aj napriek tomu, že tieto požiadavky sú neprimerané a diskriminačné.

V prílohe tohto listu zasielame návrh zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Žiadame Vás o podpísanie dvoch vyhotovení zmluvy a zaslanie podpísanej strany faxom na č. 02/534 134 54, alebo na vyššie uvedenú e-mailovú adresu vzhľadom na predpokladanú obmedzenú dostupnosť štatutárov na oboch stranách počas štátnych sviatkov **v termíne do 20.12. 2013**. Následne Vás žiadame o bezodkladné doručenie dvoch rovnopisov zmluvy spolu s prílohami poštou na adresu: Union zdravotná poisťovňa, a.s., OAsPZS, Bajkalská 29/A, 821 08 Bratislava. Jeden výtlačok zmluvy Vám bude vrátený ihneď po jeho podpísaní splnomocneným zástupcom Union ZP.

Súčasne si Vás dovoľujeme informovať, že Union ZP sa týmto nevzdáva akýchkoľvek právnych nárokov, ktoré jej vznikajú v súvislosti s protiprávnym konaním jednotlivých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

S pozdravom

  
Ing. Elena Májeková  
riaditeľka sekcie nákupu zdravotnej starostlivosti,  
revízičných činností a programov zdravia