

**Zmluva č. 1003NFAL000114
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, revízií činností a programov zdravia
so sídlom: Bajkalská 29/A, 821 08 Bratislava
IČO: 36 284 831
DIČ: 2022152517
bankové spojenie: Štátna pokladnica

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

Detská fakultná nemocnica s poliklinikou Bratislava

zastúpený: Doc. MUDr. Ladislav Kužela CSc., riaditeľ
so sídlom: Limbová 1, 833 40 Bratislava III
IČO: 00607231
identifikátor poskytovateľa (prvých šesť znakov kódu poskytovateľa): P43059
(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 dieteľických 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 starostlivosti¹. 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,

¹ 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 spĺňal zákonné podmienky na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia.

d) zdravotnej poisťovni doručiť kópiu právoplatného rozhodnutia o zrušení povolenia, vydaného orgánom príslušným na vydanie povolenia a to v lehote desiatich kalendárnych dní odo dňa jeho vykonateľnosti,

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

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 ambulantnej zdravotnej starostlivosti tvoria prílohu č. 3 tejto zmluvy,

g) vykazovať poskytnutú zdravotnú starostlivosť v súlade s nariadením vlády SR č. 777/2004 Z. z., ktorým sa vydáva Zoznam chorôb, pri ktorých sa zdravotné výkony čiastočne uhrádzajú alebo sa neuhrádzajú na základe verejného zdravotného poistenia, v súlade s nariadením vlády SR č. 776/2004 Z. z., ktorým sa vydáva Katalóg zdravotných výkonov v znení neskorších predpisov a v súlade s touto zmluvou; choroby podľa 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 užívania alkoholu alebo inej návykovej látky, ako aj úrazy alebo iné poškodenie zdravia, v súvislosti s ktorými poskytol osobe zdravotnú starostlivosť pri dôvodnom podozrení, že k úrazu alebo inému poškodeniu zdravia došlo zavineným protiprávnym konaním tretej osoby; smrteľné úrazy, ťažké úrazy, hromadné úrazy a choroby z povolania je poskytovateľ zdravotnej starostlivosti povinný oznamovať všetky bez výnimky,

j) v prípade zmeny poskytovateľa zdravotnej starostlivosti v špecializačnom odbore stomatológia poistencom po vykonaní preventívnej prehliadky, vyžiadať si od poistenca potvrdenie o vykonaní preventívnej prehliadky u predchádzajúceho poskytovateľa a založiť ho do zdravotnej dokumentácie poistenca.

4.7. 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 transplantáčného 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.

4.9. Poskytovateľ indikuje a predpisuje humánne lieky, diätetické potraviny a zdravotnícke pomôcky v súlade s preskripčnými a indikačnými obmedzeniami, množstvom a finančnými limitmi uvedenými v platnom zozname kategorizovaných liekov, v platnom zozname kategorizovaných zdravotníckych pomôcok a v platnom zozname kategorizovaných diätetických 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 diätetickej 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 očkovacieho kalendára pre povinné pravidelné očkovanie detí a dospelých, ktorý vydáva Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky, v súlade s indikačným a preskripčným obmedzením. Pre vylúčenie akýchkoľvek pochybností, očkovanie poistenca mimo termínov určených očkovacím kalendárom z objektívnych dôvodov, prípadne na základe požiadavky poistenca alebo jeho zákonného zástupcu, sa nepovažuje za porušenie postupu poskytovateľa pri predpisovaní očkovačie látky 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 výkazníkom 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. 2a tejto zmluve.

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 dávky 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 protokolu² (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 ľarchopis) 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 ľarchopis) 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 30-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 obidvo 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 rokovanim akceptovanej reklamácie nehradených zdravotných výkonov. Prílohou tejto faktúry je elektronicky spracovaná dávka na dátovom médiu podľa platných dátových rozhraní v rozsahu rokovanim akceptovanej reklamácie. Faktúra je vystavená za obdobie, v ktorom bola poskytnutá reklamovaná zdravotná starostlivosť. Toto nemá vplyv na skutočnosti uvedené v bode 5.9. tohto článku.

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

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

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.

5.13. Po prečerpaní finančného objemu dohodnutého v prílohe 2b 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 0,6. V prípade nevyčerpania dohodnutého finančného objemu sa nevyčerpaná časť finančného objemu neprenáša do nasledujúceho dohodnutého obdobia.

² 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 mať negatívny vplyv na výkon kontrolnej činnosti.

6.6. O záveroch kontroly kontrolná skupina vypracuje:

- a) záznam o kontrole, ak kontrolou nezistí porušenie všeobecne záväzných právnych predpisov alebo porušenie podmienok tejto zmluvy; doručenie 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 vyjadrí písomne alebo osobne prerokuje podané námietky s poskytovateľom v termíne s ním dohodnutom. Písomné vyjadrenie zdravotnej poisťovne k námietkam poskytovateľa sa považuje za zápisnicu k protokolu o kontrole. Ak sa námietky poskytovateľa prerokujú osobne, kontrolná skupina spíše zápisnicu k protokolu o kontrole o výsledku prerokovania námietok poskytovateľa. Poskytovateľ má právo na uvedenie svojho písomného vyjadrenia k zápisnici k protokolu o kontrole. V prípade písomného vyjadrenia zdravotnej poisťovne k námietkam poskytovateľa má poskytovateľ právo na písomné vyjadrenie k zápisnici k protokolu o kontrole do 5 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 nespíše.

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. Pisomná 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 diietických 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. 362/2011 Z.z. v znení neskorších predpisov a poisťovňa tieto lieky, zdravotnícke pomôcky alebo diietické 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 diietickú 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 diietickej potraviny uhradenej poisťovňou poskytovateľovi lekárskej starostlivosti, ak poskytovateľ tento liek, zdravotnícku pomôcku alebo diietickú 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 diietickej 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 poradií druhá zmluvná strana.

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

9.3. Zmluva sa uzatvára na dobu určitú do 31.12.2015.

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 19.9. 2014

Bratislava dňa 18.09. 2014

Union zdravotná poisťovňa, a.s.

Detská fakultná nemocnica s poliklinikou
Bratislava

.....
Ing. Elen
riaditeľka oddelenia nákupu zdravotnej starostlivosti,
revízičných činností a programov zdravia
na základe plnej moci

.....
Doc. M
riaditeľ

.....
Kužela CSc.

Príloha č. 1

k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

Dohodnutý rozsah poskytovanej zdravotnej starostlivosti

Union zdravotná poisťovňa, a.s. si u poskytovateľa objednáva poskytovanie zdravotnej starostlivosti odbornými útvarmi zdravotníckeho zariadenia poskytovateľa s prídelenými kódmi poskytovateľa zdravotnej starostlivosti podľa tejto prílohy, s uvedením ich odbornosti a druhu odborného útvaru.

Názov poskytovateľa zdravotnej starostlivosti: **Detská fakultná nemocnica s poliklinikou Bratislava**

Identifikátor poskytovateľa zdravotnej starostlivosti: **P43059**

Kód poskytovateľa	Kód odbornosti útvaru*	Názov odbornosti útvaru	Druh odborného útvaru**
P43059007101	007	pediatria	1
P43059007102	007	pediatria	1
P43059050101	050	diabetológia, poruchy látkovej premeny a výživy	1
P43059051101	051	neonatológia	1
P43059104101	104	pediatrická neurológia	1
P43059105101	105	detská psychiatria	1
P43059107101	107	detská chirurgia	1
P43059108101	108	pediatrická ortopédia	1
P43059109101	109	pediatrická urológia	1
P43059114101	114	pediatrická otorinolaryngológia	1
P43059116101	116	detská dermatovenerológia	1
P43059207101	207	transplantačné	1
P43059323101	323	pediatrická anestéziológia	1
P43059323102	323	pediatrická anestéziológia	1
P43059329101	329	pediatrická hematológia a onkológia	1
P43059336101	336	pediatrická oftalmológia	2
P43059007201	007	pediatria	2
P43059007202	007	pediatria	2
P43059007204	007	pediatria	2
P43059027201	027	fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia	2
P43059031201	031	hematológia a transfuziológia	2
P43059044201	044	foniatria	2
P43059050203	050	diabetológia, poruchy látkovej premeny a výživy	2
P43059051203	051	neonatológia	2
P43059062201	062	lekárska genetika	2
P43059104201	104	pediatrická neurológia	2
P43059104202	104	pediatrická neurológia	2
P43059104203	104	pediatrická neurológia	2
P43059105202	105	detská psychiatria	2
P43059105203	105	detská psychiatria	2
P43059105204	105	detská psychiatria	2
P43059107201	107	detská chirurgia	2
P43059107202	107	detská chirurgia	2
P43059107203	107	detská chirurgia	2
P43059108201	108	pediatrická ortopédia	2
P43059109201	109	pediatrická urológia	2
P43059109202	109	pediatrická urológia	2
P43059114201	114	pediatrická otorinolaryngológia	2
P43059114202	114	pediatrická otorinolaryngológia	2
P43059114203	114	pediatrická otorinolaryngológia	2
P43059116201	116	detská dermatovenerológia	2
P43059116202	116	detská dermatovenerológia	2

P43059116203	116	detská dermatovenerológia	2
P43059116204	116	detská dermatovenerológia	2
P43059140203	140	pediatrická imunológia a alergiológia	2
P43059140204	140	pediatrická imunológia a alergiológia	2
P43059140205	140	pediatrická imunológia a alergiológia	2
P43059140206	140	pediatrická imunológia a alergiológia	2
P43059141202	141	klinická logopédia	2
P43059141203	141	klinická logopédia	2
P43059141204	141	klinická logopédia	2
P43059143201	143	liečebná pedagogika	2
P43059144202	144	klinická psychológia	2
P43059144203	144	klinická psychológia	2
P43059144204	144	klinická psychológia	2
P43059144205	144	klinická psychológia	2
P43059145202	145	pediatrická reumatológia	2
P43059145203	145	pediatrická reumatológia	2
P43059153203	153	pediatrická endokrinológia	2
P43059153204	153	pediatrická endokrinológia	2
P43059154203	154	pediatrická gastroenterológia, hepatológia a výživa	2
P43059154204	154	pediatrická gastroenterológia, hepatológia a výživa	2
P43059163202	163	pediatrická nefrológia	2
P43059163203	163	pediatrická nefrológia	2
P43059163204	163	pediatrická nefrológia	2
P43059176201	176	LSPP pre deti - ambulancná	2
P43059176202	176	LSPP pre deti - ambulancná	2
P43059176204	176	LSPP pre deti - ambulancná	2
P43059176205	176	LSPP pre deti - ambulancná	2
P43059207201	207	transplantačné	2
P43059207202	207	transplantačné	2
P43059323201	323	pediatrická anestéziológia	2
P43059329201	329	pediatrická hematológia a onkológia	2
P43059329202	329	pediatrická hematológia a onkológia	2
P43059329203	329	pediatrická hematológia a onkológia	2
P43059336201	336	pediatrická oftalmológia	2
P43059336202	336	pediatrická oftalmológia	2
P43059336203	336	pediatrická oftalmológia	2
P43059336204	336	pediatrická oftalmológia	2
P43059341201	341	pediatrická urgentná medicína	2
P43059341202	341	pediatrická urgentná medicína	2
P43059341203	341	pediatrická urgentná medicína	2
P43059341204	341	pediatrická urgentná medicína	2
P43059014401	014	otorinolaryngológia	4
P43059023501	023	rádiológia	5
P43059023502	023	rádiológia	5
P43059023503	023	rádiológia	5
P43059023504	023	rádiológia	5
P43059024501	024	klinická biochémia	5
P43059024503	024	klinická biochémia	5
P43059027501	027	fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia	5
P43059031501	031	hematológia a transfuziológia	5
P43059062501	062	lekárska genetika	5
P43059140501	140	pediatrická imunológia a alergiológia	5
P43059225501	225	laboratórna medicína	5
P43059114801	114	pediatrická otorinolaryngológia	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 jednodňovej 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 ambulatnú zdravotnú starostlivosť a finančný rozsah

I. Lekárska služba prvej pomoci

1. Zdravotné výkony poskytovanej zdravotnej starostlivosti sa uhrádzajú takto:

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

b) finančný rozsah, ktorý uhradí zdravotná poisťovňa poskytovateľovi LSPP predstavuje súčin počtu bodov za zdravotný výkon podľa písm. a) tohto bodu a dohodnutej ceny bodu uvedenej v bode 1 časti A) tejto časti prílohy za všetky medicínsky indikované, zdravotnej poisťovni vykázané a zdravotnou poisťovňou uznané zdravotné výkony,

c) do finančného rozsahu podľa písm. b) tohto bodu sa nezapočítavajú 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 AS¹,

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

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

A. Lekárska služba prvej pomoci pre deti a dorast a návštevná lekárska služba prvej pomoci

1. Úhrada zdravotných výkonov poskytovanej zdravotnej starostlivosti v rámci LSPP:

Spôsob úhrady	Špecifikácia podmienok úhrady	Výška úhrady v €
cena bodu	zdravotné výkony pri poskytnutí LSPP pre deti a dorast	0,0237

2. K výške úhrady podľa bodu 1 písm. b) časti prílohy Lekárska služba prvej pomoci sa pripočítava výška úhrady **0,098586€** mesačne na jedného poistencu v príslušnom spádovom území.

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

4. V prípade návštevnej LSPP sa výška úhrady vypočíta ako súčet výšky úhrady podľa bodu 2 tejto časti prílohy a výšky úhrady za dopravu lekára z miesta sídla ambulancie LSPP k pacientovi a späť:

Spôsob úhrady	Špecifikácia podmienok úhrady	Výška úhrady v €
cena za 1km jazdy	typ prevozu LSPP - doprava lekára služobným alebo objednaným vozidlom	0,50
cena za 1km jazdy	typ prevozu LSPP - doprava lekára vlastným (súkromným) alebo referentským vozidlom	0,25

II. Špecializovaná ambulatná 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 podľa „Zoznamu zdravotných výkonov a ich bodových hodnôt“ (ďalej len „zoznam výkonov“), ktorý tvorí prílohu nariadenia vlády SR č. 226/2005 Z. z. o výške úhrady za zdravotnú starostlivosť, ktorú uhrádza zdravotná poisťovňa poskytovateľovi lekárskej služby prvej pomoci,

¹ Zákon 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.

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 zdravotné výkony,

c) zdravotný výkon, ktorý nemá v zozname výkonov určenú bodovú hodnotu, môže zdravotná poisťovňa uhradiť poskytovateľovi len s jej 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 plne alebo čiastočne uhrádzané na základe verejného zdravotného poistenia zaradené do Zoznamu kategorizovaných liekov, označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“ a „AS“² / a transfúzne lieky.

2. Poskytovateľ pri vykazovaní úhrady špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti (ďalej len „ŠAS“) uvádza kódy chorôb podľa MKCH-10-SK-2013 v troj až päťmiestnom tvare bez použitia bodky alebo iného interpunkčného znamienka.

3. Zdravotné výkony špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti (ďalej len „ŠAS“) podľa tejto časti prílohy sa uhrádzajú cenou bodu vo výške **0,0193 €** s výnimkou zdravotnej starostlivosti uvedenej v bodoch 4 až 6.

4. Osobitne sa cenou bodu vo výške **0,0237 €** uhrádzajú výkony ústavnej pohotovostnej služby a centrálného príjmu.

5. Osobitne sa cenou bodu vo výške **0,0073 €** uhrádzajú výkony spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek (ďalej len „SVLZ“) a výkony SVLZ prístrojové³, poskytnuté na ambulancii ŠAS, okrem výkonov 5330, 5331, 5332.

6. Výkony SVLZ prístrojové, poskytnuté na ambulancii ŠAS 5330, 5331, 5332 sa uhrádzajú cenou bodu vo výške **0,0055 €**.

III. Úhrada za výkon expektácie pacienta

Kód výkonu	Názov výkonu	Výška úhrady za výkon	Popis, podmienky a rozsah úhrady výkonu	Poznámka
Y0027	Expektácia pacienta na pracovisku v odbornosti urgentná medicína s kódom P43059341201	180,- €	Poskytnutie zdravotnej starostlivosti na lôžku príslušného pracoviska, ktoré trvá minimálne 4 hodiny a neprekročí 24 hodín. Úhrada za výkon zahŕňa všetky náklady na potrebné diagnostické, terapeutické a ošetrovateľské výkony poskytnuté pacientovi vrátane konziliárnych vyšetrení, spotrebovaných liekov a zdravotníckych pomôcok.	V prípade pokračovania liečby pacienta formou ústavnej zdravotnej starostlivosti poskytovateľ nemá nárok na úhradu výkonu expektácie, ale na úhradu hospitalizácie podľa príslušnej prílohy tejto zmluvy.

IV. Zariadenia spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek

1. Zdravotné výkony poskytované 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 plne alebo čiastočne uhrádzané na základe verejného zdravotného poistenia zaradené v Zozname kategorizovaných liekov, označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“ a

² Zákon 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

³ Výkony SVLZ prístrojové sa uhrádzajú u poskytovateľa, ktorý spĺňa odborné predpoklady na vykonávanie a vyhodnocovanie príslušných vyšetrení (špecializácia alebo certifikát), vlastní alebo má prenajatý príslušný prístroj, prístroj má platný certifikát (vyhlásenie o zhode) a zdravotná poisťovňa súhlasila s uhrádzaním výkonov uvedených v prílohe č. 3 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

„AS“), ani náklady na ďalšie pripočítateľné položky k zdravotným výkonom vykázané v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi.

5. Poskytovateľ pri vykazovaní úhrady zdravotnej starostlivosti v zariadení SVLZ uvádza kódy chorôb podľa MKCH-10-SK-2013 v troj až päťmiestnom tvare bez použitia bodky alebo iného interpunkčného znamienka; v tejto časti prílohy sú kódy chorôb uvedené v tvare podľa MKCH-10-SK-2013 (ďalej len „kód choroby“).

A) Laboratórne vyšetrovacie metódy

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

- vybrané zdravotné výkony Zoznamu výkonov vyказuje pod novými kódmi a za podmienok uvedených v dokumente „**Usmernenie k vykazovaniu výkonov podobných vyšetrení**“, zverejnenom na webovej stránke zdravotnej poisťovne, www.union.sk,
- zdravotné výkony podľa Zoznamu výkonov vyказuje pri rešpektovaní podmienok uvedených v dokumente „**Usmernenie k vykazovaniu laboratórnych výkonov**“, zverejnenom na webovej stránke zdravotnej poisťovne, www.union.sk,
- pri vyšetrení onkomarkerov vyказuje len laboratórne zdravotné výkony, ktoré boli indikované za podmienok uvedených v dokumente „**Onkomarkery**“, zverejnenom na webovej stránke zdravotnej poisťovne, www.union.sk,

2. Dokumenty podľa bodu 1 tejto časti prílohy zverejnené na webovej stránke zdravotnej poisťovne, www.union.sk tvoria neoddeliteľnú súčasť tejto prílohy. V prípade ich zmeny zdravotná poisťovňa informuje poskytovateľa 21 dní pred plánovaným dňom účinnosti takejto zmeny.

3. Finančný rozsah, ktorý uhradi 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 vyказuje zdravotné výkony súvisiace s cytologickým vyšetrením cervikálneho steru výlučne kódmi a za podmienok uvedených v tabuľke tohto bodu:

Kód výkonu	Názov výkonu	Počet bodov	Podmienky vykazovania
9 980	Skríningové cytologické vyšetrenie steru z krčka maternice realizované konvenčnou metódou	1 000	vyказuje sa s kódmi choroby Z01.4, Z12.4, N72, N86, N87.0, N87.1, N87.2, N87.9, N88.9, C53.0, C53.1, C53.8, C53.9, C54.1, C55, C56, C80.9 a D06.9, maximálne 1 x za rok na 1 rodné číslo
9980a	Cytologické vyšetrenie steru z krčka maternice realizované konvenčnou metódou /vek poistenky do 23 rokov a nad 64 rokov/	1 000	vyказuje sa s kódmi choroby Z01.4, Z12.4, N72, N86, N87.0, N87.1, N87.2, N87.9, N88.9, C53.0, C53.1, C53.8, C53.9, C54.1, C55, C56, C80.9 a D06.9, maximálne 2 x za rok na 1 rodné číslo
9980b	Cytologické vyšetrenie steru z krčka maternice realizované konvenčnou metódou /kontrolné cytologické vyšetrenie/	1 000	vyказuje sa s kódmi choroby N72, N86, N87.0, N87.1, N87.2, N87.9, N88.9, C53.0, C53.1, C53.8, C53.9, C54.1, C55, C56, C80.9 a D06.9, maximálne 2 x za rok na 1 rodné číslo

Poznámka:

Kódy choroby sú priradené ku kódu výkonu podľa výsledku cytologického vyšetrenia nasledovne:

- negatívny nález** - kódy choroby: Z01.4; Z12.4,
- pozitívny nález** - kódy choroby: N87.9 - ASC- US, AGC - NOS; N87.0 – LSIL, N87.1 a N87.2 – HSIL, AGC – FN, C53.0, C53.1, C53.8, C53.9, C54.1, C55, C80.9 alebo D06.9 (adekvátne aktuálnemu výsledku cytologického vyšetrenia).

⁴ Zákon 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.

Vykazovaná je konečná diagnóza, ktorú stanoví lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore patologická anatómia. Výkony s kódmi 9980a a 9980b sa vykazujú s kódmi, ktoré sú adekvátne aktuálnemu výsledku cytologického vyšetrenia.

5. Revízny 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 4 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.

6. 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); láto 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

1. 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 €
osteodenzitometria	-	0,005500	X
konvenčné rtg	-	0,007303	0,007303
ultrasonografia	-	0,007303	0,007303
mamografia	Poskytovateľ, ktorý poskytuje menej ako 3.000 vyšetrení za jeden rok	0,006971	X
	Poskytovateľ, ktorý poskytuje minimálne 3.000 vyšetrení za jeden rok	0,007303	
počítačová tomografia	CT prístroj do 16 MSCT	0,005975	
	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	0,006473
	CT prístroj 64 MSCT a viac	0,006639	
magnetická rezonancia	CT prístroj 64 MSCT a viac – 24 hodinová prevádzka	0,006805	
	MR prístroj 0,2 T až 0,25 T pre vyšetrenie jedného orgánového systému - kĺbov	0,004979	
	MR prístroj 0,25 T pre viac orgánovú diagnostiku	0,005990	0,006639
	MR prístroj 0,3 T - 1,0 T	0,006307	
	MR prístroj od 1,5 T vyššie	0,006639	

2. 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 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 vykázananej jednorazovej zdravotníckej pomôcky.

3. 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 filmu	Formát	Max. cena v €
FOTO01	3 x 4	0,33	FOTO10	A4	2,12
FOTO02	15 x 30	0,50	FOTO11	14 x 17 inch laser	5,81
FOTO03	18 x 24	0,40	FOTO12	8 x 10 inch laser	1,94
FOTO04	24 x 30	0,66	FOTO13	A3	4,17

FOTO05	35 x 35	1,49	FOTO14	13 x 18	0,33
FOTO06	30 x 40	1,16	FOTO15	15 x 40	0,76
FOTO07	35 x 43	1,39	FOTO16	5 x 7	0,27
FOTO08	24 x 30 pre mamografie	1,84	FOTO17	18 x 43	0,86
FOTO09	18 x 24 pre mamografie	1,15	FOTO18	20 x 40	0,93

4. V prípade, že poskytovateľ poskytujúci zdravotnú starostlivosť v zariadení SVLZ špecializačnom odbore rádiológie 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), vykáže k úhrade zdravotnej poisťovni dokumentáciu a archiváciu poskytnutého zdravotného výkonu označením PACS00 v takom počte, ktoré zodpovedá počtu filmového materiálu, ktorý by bol použitý pri štandardnej dokumentácii a archivácii. Výška úhrady, ktorú zdravotná poisťovňa uhradí za dokumentáciu a archiváciu poskytnutého zdravotného výkonu PACS00 je 1,- €.

C) Fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia

1. 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.

2. 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.

V. Priamo hradené výkony

1. Finančná úhrada za každý medicínsky indikovaný, poskytovateľom správne vykázaný a zdravotnou poisťovňou uznaný zdravotný výkon podľa podmienok uvedených v tabuľkách tejto časti prílohy predstavuje:

Kód výkonu	Názov výkonu	Výška úhrady výkonu v €	Podmienky vykazovania
9556	Gilbertov syndróm /enhancer T-3279G génu UGT1A1, A(TA) ₇ TAA box promotora/	60,-	Vykazuje sa s kódom choroby E80.4, v počte 1 krát na jedno rodné číslo.
9526	Základné skúšky pri DMP v moči	3,82	Vykazuje sa na pracovisku klinickej biochémie alebo lekárskej genetiky.
9527	Špeciálne skúšky pri DMP v moči	5,31	Vykazuje sa na pracovisku klinickej biochémie alebo lekárskej genetiky.
9528	Aminokyseliny v plazme pri DMP	36,83	Vykazuje sa na pracovisku klinickej biochémie alebo lekárskej genetiky.
9529	Aminokyseliny v plazme - STATIM pri DMP	53,98	Vykazuje sa na pracovisku klinickej biochémie alebo lekárskej genetiky.
9530	Aminokyseliny v moči pri DMP	36,83	Vykazuje sa na pracovisku klinickej biochémie alebo lekárskej genetiky.
9531	Aminokyseliny v likvore pri DMP	36,83	Vykazuje sa na pracovisku klinickej biochémie alebo lekárskej genetiky.
9532	Tiosirany kvant. v moči pri DMP	4,23	Vykazuje sa na pracovisku klinickej biochémie alebo lekárskej genetiky.
9533	Organické kyseliny v moči pri DMP	53,30	Vykazuje sa na pracovisku klinickej biochémie alebo lekárskej genetiky.
9534	Organické kyseliny v moči - STATIM pri DMP	70,45	Vykazuje sa na pracovisku klinickej biochémie alebo lekárskej genetiky.
9535	Sukcinylaceton v moči pri DMP	7,42	Vykazuje sa na pracovisku klinickej biochémie alebo lekárskej genetiky.
9536	Sukcinylaceton v moči - STATIM pri DMP	28,05	Vykazuje sa na pracovisku klinickej biochémie alebo lekárskej genetiky.
9537	Kyselina oxalová v moči pri DMP	12,38	Vykazuje sa na pracovisku klinickej biochémie alebo lekárskej genetiky.
9538	Biotinidáza kvant. v sére pri	5,20	Vykazuje sa na pracovisku klinickej biochémie alebo lekárskej genetiky.

	DMP		
9539	Karnitín voľný v sére pri DMP	17,17	Vyказuje sa na pracovisku klinickej biochémie alebo lekárskej genetiky.
9540	Karnitín voľný v sére - STATIM pri DMP	146,70	Vyказuje sa na pracovisku klinickej biochémie alebo lekárskej genetiky.
9541	Galaktóza semikvant. v suchej kvapke krvi pri DMP	11,41	Vyказuje sa na pracovisku klinickej biochémie alebo lekárskej genetiky.
9542	Galaktóza semikvant. v SKKi - STATIM pri DMP	26,85	Vyказuje sa na pracovisku klinickej biochémie alebo lekárskej genetiky.
9543	Sacharidy kvantitatívne v SKKi pri DMP	34,23	Vyказuje sa na pracovisku klinickej biochémie alebo lekárskej genetiky.
9544	Sacharidy v moči pri DMP	70,74	Vyказuje sa na pracovisku klinickej biochémie alebo lekárskej genetiky.
9545	Kyselina sialová v moči kvalitatívne, kvantitatívne pri DMP	24,13	Vyказuje sa na pracovisku klinickej biochémie alebo lekárskej genetiky.
9546	Glykozaminoglykany v moči kvalitatívne, kvantitatívne pri DMP	22,36	Vyказuje sa na pracovisku klinickej biochémie alebo lekárskej genetiky.
9547	Glykogén v erytrocytoch pri DMP	17,64	Vyказuje sa na pracovisku klinickej biochémie alebo lekárskej genetiky.
9548	UV-spektrometria lipidov v sére pri DMP	7,37	Vyказuje sa na pracovisku klinickej biochémie alebo lekárskej genetiky.
9549	Kyselina orotová v moči pri DMP	7,19	Vyказuje sa na pracovisku klinickej biochémie alebo lekárskej genetiky.
9560	Kyselina orotová v moči - STATIM pri DMP	20,22	Vyказuje sa na pracovisku klinickej biochémie alebo lekárskej genetiky.
9561	Izoelektrická fokusácia transferínu v sére pri DMP	22,92	Vyказuje sa na pracovisku klinickej biochémie alebo lekárskej genetiky.
9901	Neurofibromatóza typ 1 NF1 (64 exónov)	2 492,-	Vyказuje sa s kódom choroby Q85.0, v počte 1 krát na jedno rodné číslo.
9903	PTPN11 (4-15 exónov)	1 028,-	Vyказuje sa s kódom choroby Q87.1, v počte 1 krát na jedno rodné číslo.
9903a	SOS1 (3 exóny)	423,-	Vyказuje sa s kódom choroby Q87.1, v počte 1 krát na jedno rodné číslo.
9903b	RAF (4 exóny)	621,-	Vyказuje sa s kódom choroby Q87.1, v počte 1 krát na jedno rodné číslo.
9903c	BRAF-rasopatie (7 exónov)	760,-	Vyказuje sa s kódom choroby Q87.1, v počte 1 krát na jedno rodné číslo.
9903d	KRAS-rasopatie (4 exóny)	120,-	Vyказuje sa s kódom choroby Q87.1, v počte 1 krát na jedno rodné číslo.
9903e	Detekcia mutácií NRAS génu	440,-	Vyказuje sa s kódom choroby Q87.1, C18.0-C18.9, C19, C20, C21.0, C21.8, C78.0, C78.5, D01.0, D01.1, D01.2 v počte max. 3 krát za 12 mesiacov na jedno rodné číslo.
9903f	MEK1 (3 exóny)	333,-	Vyказuje sa s kódom choroby Q87.1, v počte 1 krát na jedno rodné číslo.
9903g	MEK2 (3 exóny)	333,-	Vyказuje sa s kódom choroby Q87.1, v počte 1 krát na jedno rodné číslo.
9903h	CBL (3 exóny)	333,-	Vyказuje sa s kódom choroby Q87.1, v počte 1 krát na jedno rodné číslo.
9903i	HRAS (4 exóny)	440,-	Vyказuje sa s kódom choroby Q87.1, v počte 1 krát na jedno rodné číslo.
9903j	SHOC2 (1 exón)	120,-	Vyказuje sa s kódom choroby Q87.1, v počte 1 krát na jedno rodné číslo.
9904	SPRED1 (7 exónov) Legiusov syndróm	760,-	Vyказuje sa s kódom choroby Q87.1, v počte 1 krát na jedno rodné číslo.
9911	Diabetes insipidus - AVP (3 exóny)	333,-	Vyказuje sa s kódom choroby E23.6, E23.2, v počte 1 krát na jedno rodné číslo.
9919	PKD1 (46 exónov) - autozómovo dominantná polycystická choroba obličiek	2 500,-	Vyказuje sa s kódom choroby Q61.3, Q61.2, v počte 1 krát na jedno rodné číslo.
9919a	PKD2 (15 exónov) - autozómovo dominantná polycystická choroba obličiek	1 028,-	Vyказuje sa s kódom choroby Q61.3, Q61.2, v počte 1 krát na jedno rodné číslo.
9925	CLCNKB (20 exónov) - Bartterov syndróm	1 700,-	Vyказuje sa s kódom choroby E26.8, v počte 1 krát na jedno rodné číslo.
9928	Trombofilné mutácie IV /FV a FII/	58,86	Vyказuje sa s kódmi choroby D66, D67, D68.0, D68.1, D68.2, D68.30, D68.31, D68.32, D68.38, D68.4, D68.5, D68.6, D68.8, D68.9, D69.0, D69.1, I61.0 - I69.0, I74.0 - I74.9, I80.9, I81, I82.0, I83.0, O.003.8, O.003.9, O02.9, O08.2, O22.2, O32.1, O

			23.5,O29.9,O43.8,O45.9,O69.8, výkon je možné vykázat' jedenkrát za život na jedno rodné číslo.
9929	Trombofilné mutácie V /špecifická mutácia/	19,62	Vyказuje sa s kódmi choroby D66,D67,D68.0,D68.1,D68.2,D68.30,D68.31,D68.32,D68.38,D68.4,D68.5,D68.6,D68.8,D68.9,D69.0,D69.1, I61.0 - I69.0,I74.0 - I74.9,I80.9,I81,I82.0,I83.0,O.003.8,O.003.9,O02.9,O08.2,O22.2,O32.1,O 23.5,O29.9,O43.8,O45.9,O69.8, výkon je možné vykázat' jedenkrát za život na jedno rodné číslo.
9930	Trombofilné mutácie VI /MTHFR polymorfizmy po predošlom vyšetrení hladiny homocysteínu/	19,62	Vyказuje sa s kódmi choroby D66,D67,D68.0,D68.1,D68.2,D68.30,D68.31,D68.32,D68.38,D68.4,D68.5,D68.6,D68.8,D68.9,D69.0,D69.1, I61.0 - I69.0,I74.0 - I74.9,I80.9,I81,I82.0,I83.0,O.003.8,O.003.9,O02.9,O08.2,O22.2,O32.1,O 23.5,O29.9,O43.8,O45.9,O69.8, výkon je možné vykázat' jedenkrát za život na jedno rodné číslo.
9931	Vstupné vyšetrenie chimérizmu po transplantácii krvotvorných buniek	1 250,-	Vyказuje sa bez väzby na kód choroby. Výkon je možné vykázat' jedenkrát za život na jedno rodné číslo.
9932	Kontrolné vyšetrenie chimérizmu po transplantácii krvotvorných buniek	450,-	Vyказuje sa bez väzby na kód choroby. Výkon je možné vykázat' v počte max. 4 krát za 12 mesiacov na jedno rodné číslo.
9933	Vyšetrenie príbuzných na nosičstvo mutácie (dieťa aj dospelý) mutovaná oblasť génu	150,-	Vyказuje sa s kódom choroby Z80.1, výkon je možné vykázat' jedenkrát za život na jedno rodné číslo.

2. Zdravotná poisťovňa vyhlasuje, že revízný lekár zdravotnej poisťovne udelil predchádzajúci súhlas podľa § 42 ods. 5 a 6 zákona č. 577/2004 Z.z. v znení neskorších predpisov s úhradou výkonov uvedených v tejto časti prílohy [okrem výkonov uvedených v písm. c) tohto bodu] v zmluvne dohodnutej cene s podmienkou, že poskytovateľ nebude za zdravotnú starostlivosť vo forme týchto výkonov požadovať úhradu od poistenca, ktorému bol výkon poskytnutý. Poskytovateľ berie na vedomie, že tento súhlas revízneho lekára zdravotnej poisťovne

- je účinný od nadobudnutia účinnosti zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti uzatvorenej medzi zdravotnou poisťovňou a poskytovateľom a platí po dobu jej platnosti.
- je kedykoľvek, aj pred uplynutím doby uvedenej v písm. a), odvolateľný na základe písomného odvolania súhlasu revízneho lekára zdravotnej poisťovne; odvolanie súhlasu nadobudne účinnosť ku dňu uvedenému v odvolaní súhlasu. a
- nevzťahuje sa na zdravotné výkony, ktoré podľa podmienok vykazovania uvedených v tabuľkách tejto časti prílohy podliehajú schvaľovaniu zdravotnej poisťovne na základe žiadosti.

VI. Finančný rozsah

1. Zmluvné strany sa dohodli na finančnom objeme vo výške **45.000,- €** na obdobie kalendárneho štvrťroku od 1.10. 2014 do 31.12. 2014 a vo výške **90.000,- €** na obdobie jednotlivých kalendárnych polrokov plynúcich od 1. 1. 2015 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 II tejto prílohy. Do finančného objemu sa nezapočítava úhrada za poskytnutú zdravotnú starostlivosť v ambulancii ústavnej pohotovostnej služby a centrálného príjmu.

2. Zmluvné strany sa dohodli na finančnom objeme vo výške **102.500,- €** na obdobie kalendárneho štvrťroku od 1.10. 2014 do 31.12. 2014 a vo výške **205.000,- €** na obdobie jednotlivých kalendárnych polrokov plynúcich od 1. 1. 2015 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 IV a V tejto prílohy.

Priloha 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 hrađených výkonov uvedených ďalej v tejto prílohe, uhrádza nasledovne:

a) cenou za ukončenú hospitalizáciu			
kód -	odbornosť	výška úhrady v €	Podmienky úhrady za hospitalizáciu poistenca
007	Pediatria	1.101	
050	Diabetológia, poruchy látkovej premeny a výživy	1.451	
051	Neonatológia (patologickí novorodenci)	3.986	hospitalizovaný poistenec spĺňa indikácie na hospitalizáciu podľa Koncepcie zdravotnej starostlivosti v odbore neonatológia
104	Pediatrická neurológia	813	
105	Detská psychiatria	1.373	
107	Detská chirurgia	913	
108	Pediatrická ortopédia	1.404	
109	Pediatrická urológia	909	
114	Pediatrická otorinolaryngológia	718	
116	Detská dermatovenerológia	635	
207	Transplantačné	1.110	
323101	Pediatrická anesteziológia (resuscitačná starostlivosť)	7.660	ukončená hospitalizácia za splnenia podmienky, že TISS score je vyššie ako 25 bodov
323102	Pediatrická anesteziológia (intenzívna starostlivosť)	3.978	ukončená hospitalizácia za splnenia podmienky, že TISS score je vyššie ako 20 bodov
329	Pediatrická hematológia a onkológia	2.781	hospitalizovaný poistenec s onkologickou chorobou podľa MKCH-10-SK-2013, ktorému je poskytovaná cytostatická alebo rádioterapeutická liečba
336	Pediatrická oftalmológia	986	

b) cenou mesačného paušálu za hospitalizáciu dlhodobo hospitalizovaného poistenca		
kód - odbornosť	výška úhrady v €	Podmienky úhrady za hospitalizáciu poistenca
207 Transplantačné 007 Pediatria	1.110	vyžaduje sa predchádzajúci písomný súhlas zdravotnej poisťovne

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:
- anesteziológie a intenzívnej medicíny v trvaní kratšom ako 24 hodín
 - gynekológie a pôrodnictva v trvaní kratšom ako 24 hodín, ak rodička svojvoľne opustila v deň pôrodu 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:
- zdravotnícke pomôcky poskytované v rámci ústavnej zdravotnej starostlivosti uvedené ďalej v tejto prílohe
 - výkony finančne náročnej zdravotnej starostlivosti uvedené ďalej v tejto prílohe
 - 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. Mesačným paušálom sa uhrádza hospitalizácia dlhodobu hospitalizovaného poistenca na oddeleniach uvedených v bode 1 v písmene b) tejto časti prílohy. Dlhodobu hospitalizovaný poistenec je poistenec, ktorý je hospitalizovaný v minimálnom trvaní šesť týždňov a počas ktorých je poistencom zdravotnej poisťovne.
6. Cena mesačného paušálu zahŕňa všetky náklady, ktoré súvisia s poskytnutím zdravotnej starostlivosti dlhodobu hospitalizovanému poistencovi u poskytovateľa. Úhrada cenou mesačného paušálu za dlhodobú hospitalizáciu poistenca sa začína prvým dňom kalendárneho mesiaca, v ktorom uplynulo prvých šesť týždňov dlhohodobej hospitalizácie poistenca, poskytovateľ teda prvý raz fakturuje zdravotnú starostlivosť poskytnutú dlhodobu hospitalizovanému poistencovi po ukončení celého kalendárneho mesiaca, v ktorom uplynulo prvých šesť týždňov hospitalizácie. Za obdobie pre uplatnenie tohto spôsobu úhrady zdravotnej starostlivosti sa považuje celý ukončený kalendárny mesiac. Poskytovateľ zdravotnú starostlivosť poskytnutú dlhodobu hospitalizovanému poistencovi zdravotnej poisťovni vykazuje samostatnou dávkou a fakturuje samostatnou faktúrou.
7. Zdravotná poisťovňa uhradí poskytovateľovi mimoriadne finančne náročnú zdravotnú starostlivosť, ak liečba predstavuje jedinou 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.
8. 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.
9. Poskytovateľ môže odoslať poistenca na poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti k inému poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti len v prípade, ak materiálno-technické alebo personálne vybavenie poskytovateľa neumožňuje poskytnúť poistencovi potrebnú zdravotnú starostlivosť. Odoslanie poistenca na poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti u iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti podrobne odôvodní v zdravotnej dokumentácii a v lekárskej prepúšťacej správe, ktorá je podpísaná vedúcim lekárom oddelenia, na ktorom bol poistenec hospitalizovaný.
10. Poskytovateľ je oprávnený odmietnuť poistencovi zdravotnej poisťovne poskytnutie ústavnej zdravotnej starostlivosti iba v prípade ak:
 - a) materiálno-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 nevyžaduje nepretržité poskytovanie zdravotnej starostlivosti dlhšie ako 24 hodín
11. 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.
12. 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 vykázat' v dávke ambulantnej starostlivosti rovnakej odbornosti poskytnutie výkonu s kódom 60a.
13. Ak hospitalizácia poistenca na oddelení dlhodobu 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.
14. V prípade hospitalizácie poistenca na jednotke intenzívnej starostlivosti, pokiaľ tejto zdravotnej starostlivosti predchádzala hospitalizácia na základnom oddelení poskytovateľa a/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.
15. 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 čísiel a fakturuje ich samostatnou faktúrou označenou textom „Osobitná úhrada OAIM“.
16. 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.

17. Zdravotná poisťovňa uhradí poskytovateľovi príplatok k ukončenej hospitalizácii na lôžku oddelenia v odbornosti pediatrická anestéziológia – vo výške 2.420,-€ 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.
18. 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, 206, 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 hrazeným 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 uvedená v platnom Metodickom usmernení ÚDZS pod kódom ANST12, ANST13, ANST01, ANST02 a ANST03 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 č. 363/2011 Z.z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a diietických potravín na základe verejného zdravotného poistenia (ďalej len „Zoznam ŠZM“), ktoré sú poskytnuté v súlade s preskripčnými obmedzeniami, indikačnými obmedzeniami, množstvovými 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 hrazené 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 €
210010		Sada gastrostomická Entristar		133
210011		Sonda výživová - PEG SET Gastric		125

210012	Trokár Versaport			
210013	Trepanobiopická ihla			

Vysvetlivky

ZP Vyžaduje sa predchádzajúci súhlas zdravotnej poisťovne

86
66

III. Osobitne hrazené výkony

- 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
8701	plastické operácie na mihalniciach (ektropium, entropium, blefarochalázia) zo zdravotných dôvodov	015, 038, 336	245	predchádzajúci súhlas ZP
8715	operácia lagofthalmu s implantáciou závažia hornej mihalnice (vrátane závažia)	015, 038, 336	676	
8501a	operácia prietrží bez použitia sieťky	010, 107, 038	395	
8525	operačné riešenie hallux valgus	011, 107, 108	400	
8537	operačná extrakcia osteosyntetického materiálu a vonkajších fixátorov v anestézii	010, 011, 013, 107, 108,	361	
8548	tenolyza šľachy	108,038, 011, 013,	339	
8549	sutúra šľachy	108,038, 011, 013	406	
8550	voľný šľachový transplantát	108,038, 011,013	325	
8551	transpozícia šľachy	108,011, 013, 038	278	
8552	operácia malých kĺbov ruky - artrolýza	011, 108, 038	322	
8553	operácia malých kĺbov ruky - artrodéza	011, 108, 038	322	
9300	diagnostická biopsia kože, podkožia a svalov v celkovej anestéze u deti	010, 011, 013, 107, 108, 109	110	
8800	endoskopická adenotómia	014, 114	350	
8801	tonzilektómia	014, 114	285	
8802	tonzilotómia	014, 114	300	
8806	exstirpácia sublingválnej slinnej žľazy	014, 114, 070	290	
8807	exstirpácia submandibulárnej slinnej žľazy	014, 070, 114	290	
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, 114, 115	350	
8825	adenotómia	014,114	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	
8832	funkčná septorinoplastika	014, 114, 038	294	
8833	aurikuloplastika zo zdravotných dôvodov	014, 038, 114	252	predchádzajúci súhlas ZP
8834	frenulotómia	014, 114	153	
8836	diagnostická mikroendoskopia hrtana	014, 114	260	
8837	exstirpácia ohraňového tumoru alebo lymfatickej uzliny podkoží na krku	014, 114	150	
8838	diagnostická excízia z tumoru nosohltana	014, 114	285	
8841	endoskopická operácia prínosových dutín	014,114	450	
8847	transmyringická drenáž so zavedením ventilačnej trubičky	014, 114	150	
8851	endoskopická adenotómia + tonzilotómia	014,114	500	
8903	Orchiopexia retinovaného hmatného semenníka (nie pri kryptorchizme)	012, 109	350	
8909	operácia fimózy - cirkumcizia 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	
8915	frenuloplastika pre frenulum breve penis	012, 107, 109	240	
8924	diagnostická cystoskopia (biopsia močového mechúra)	012, 109	160	
8926	ureteroskopia	109,012	285	
8928	dilatácia striktúry uretry	012, 109	109	
8929	operačná repozícia parafimózy	010, 012, 038, 107, 108, 109	186	
9205	korekcia nosných dierok zo zdravotných dôvodov	038, 014, 114	300	
9210	korekcia ptózy hornej mihalnice zo zdravotných dôvodov	015, 038, 336	300	predchádzajúci súhlas ZP
9212	odstránenie benígneho alebo maligného tumoru kože a podkožia v ktorejkoľvek lokalizácii s krytím defektu lalokovou plastikou alebo voľným kožným transplantátom	038	242	
9214	korekcia hypertrofickej alebo keloidnej jazvy dermabráziou, excíziou alebo	038	200	predchádzajúci súhlas ZP

	iným spôsobom		ci súhlas ZP
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, 109	300
9302	nekrektómia s anestézou u detí	010, 107, 038	230
9303	drenáž povrchového abscesu s anestézou u detí	010, 107, 108, 109, 114	230
9304	operačné odstránenie benigných alebo maligných útvarov kože a podkožia (preaurikulárne výbežky, pigmentové névy, ateróm) s anestézou u detí	107, 038, 108, 109, 114	293
9306	operačné odstránenie zarastajúceho nechta u detí (resekcia a plastika nechťového lôžka) po predchádzajúcej neúspešnej ambulantnej liečby	107, 010, 038	242
9308	excízia a exstirpácia hemangiómu	010, 107, 114	283
9309	excízia a exstirpácia lymfangiómu	010, 107, 114	283
9310	exstirpácia a/alebo biopsia lymfatických uzlín z jednej lokality u detí	107, 010, 114	285
9315	operácia jednoduchého 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, 107	120
9522	korekčná osteotómia a osteosyntéza	108, 038	493
9603	exstirpácia chalasea	336	230
9606	sondáž slizných 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
9205a	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

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 keratoplastika.

Výkon 8704 indikuje ten poskytovateľ, ktorý výkon poistencovi poskytne. Vyžaduje sa zapísanie indikácie vykonania výkonu zo zdravotných dôvodov do zdravotnej dokumentácie poistenca.
 - Výkon 8724 možno hrať len pri liečbe intravitreálnymi liekmi indikovanými určenými pracoviskami v zmysle platných indikačných a preskripčných obmedzení. Zdravotnou poisťovňou schválený Intravitreálny liek sa vyказuje ako pripočítateľná položka k výkonu. Lieky obstarávané zdravotnou poisťovňou sa vyказujú s nulovou výškou úhrady.
 - Osobitne sa uhrádza suburetrálna páska.
 - K vyúčtovaniu výkonu 8648 je potrebné dodať lekársku správu obsahujúcu zdravotnú indikáciu výkonu.
 - Zdravotný výkon 9247 podlieha schváleniu zdravotnej poisťovne a schvaľuje sa minimálne 1 rok po ablácii prsníka pre nádorové ochorenie. Osobitne sa uhrádza implantát alebo expandér 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 hračené výkony nie je podmienená pobytom na lôžku viac ako 24 hodín.
3. V cene osobitne hračeného výkonu sú zahrnuté všetky náklady spojené s jeho vykonaním, t.j. 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 a služby súvisiace s poskytnutím zdravotnej starostlivosti vo forme osobitne hračeného výkonu, 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 plastická chirurgia:

Zdravotnícka pomôcka	Kód	Maximálna úhrada v € (vrátane DPH)	Podmienky úhrady
tkanivový expandér	200002	498.00	predchádzajúci súhlas ZP
prsníkový implantát			Podľa zoznamu kategorizovaných špeciálnych zdravotníckych materiálov v zmysle zákona č. 363/2011 Z.z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia (ďalej len „Zoznam SZM“).

b) v špecializačnom odbore gynekológia a pôrodnictvo a v špecializačnom odbore urológia:

Zdravotnícka pomôcka	Kód	Maximálna úhrada v € (vrátane DPH)	Podmienky úhrady
suburetrálna páska na liečbu			Podľa Zoznamu SZM

stresovej inkontinencie			
c) v špecializačnom odbore oftalmológia:			
Zdravotnícka pomôcka	Kód	Maximálna úhrada v € (vrátane DPH)	Podmienky úhrady
vnútroočná šošovka	Podľa Zoznamu ŠZM.		

Zdravotnícke pomôcky sa uhrádzajú ako pripočítateľné položky k výkonu vykázané zdravotnej poisťovni v skutočnej obstarávacej cene, maximálne však do výšky uvedenej maximálnej úhrady.

5. Poskytovateľ vykazuje osobitne hračené výkony:
 - a) ak zdravotná starostlivosť bola poskytnutá na lôžkovom oddelení, v dátovom rozhraní pre ústavnú starostlivosť ako pripočítateľnú položku k ukončenej hospitalizácii
 - b) ak zdravotná starostlivosť bola poskytnutá na ambulancii jednodňovej zdravotnej starostlivosti, v dátovom rozhraní pre ambulantnú starostlivosť
6. Osobitne hračené 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 hračený výkon.
7. V prípade ak poskytovateľ vykáže k úhrade pri jednom operačnom zákroku viac ako jeden osobitne hračený výkon, zdravotná poisťovňa takéto vykázané posúdi a v prípade akceptovania môže poskytnutú zdravotnú starostlivosť uhradiť v cene ukončenej hospitalizácie na príslušnom oddelení.

IV. Ceny výkonov finančne náročnej zdravotnej starostlivosti

1. Zdravotná poisťovňa uhradí výkony finančne náročnej zdravotnej starostlivosti uvedené nižšie len za toho poistenca, ktorý je v čase poskytnutia výkonov finančne náročnej zdravotnej starostlivosti jej poistencom.
2. Podmienkou úhrady výkonov finančne náročnej zdravotnej starostlivosti uvedených nižšie je predchádzajúci písomný súhlas zdravotnej poisťovne; v prípade, že ide o poskytnutie neodkladnej zdravotnej starostlivosti poistencovi, poskytovateľ žiada o súhlas zdravotnej poisťovne dodatočne, najneskôr však do troch pracovných dní po poskytnutí neodkladnej zdravotnej starostlivosti.
3. Súhlas zdravotnej poisťovne na poskytnutie výkonov finančne náročnej zdravotnej starostlivosti je platný jeden rok; po uplynutí tohto súhlasu poskytovateľ požiada písomne zdravotnú poisťovňu o nový súhlas.
4. Poskytovateľ po poskytnutí výkonov finančne náročnej zdravotnej starostlivosti predloží zdravotnej poisťovni vyúčtovanie nákladov súvisiacich bezprostredne s ich poskytnutím s podrobnou kalkuláciou jednotlivých nákladov, kópie nadobúdacích dokladov alebo faktúr od veľkodistribútora (len za položky v hodnote nad 100€) a kópiu prepúšťacej správy poistenca. Zdravotná poisťovňa posúdi predložené doklady, prehodnotí predloženú kalkuláciu a rozhodne o výške úhrady výkonov finančne náročnej zdravotnej starostlivosti do 30 dní odo dňa doručenia kompletných dokladov.
5. Poskytovateľ na základe rozhodnutia zdravotnej poisťovne o výške úhrady výkonov finančne náročnej zdravotnej starostlivosti účtuje zdravotnej poisťovni výkony finančne náročnej zdravotnej starostlivosti samostatnou faktúrou za príslušný kalendárny mesiac.
6. Zdravotná poisťovňa uhradza poskytovateľovi za splnenia podmienok podľa predchádzajúcich bodov tejto časti prílohy výkony finančne náročnej zdravotnej starostlivosti uvedené nižšie v cene, ktorá zodpovedá skutočným nákladom na poskytnutie výkonov finančne náročnej liečby, najviac však do výšky maximálnej úhrady uvedenej nižšie.

Kód	Názov výkonu	Maximálna úhrada v EUR	Poskytujúce pracoviská *
	Transplantácia krvotvorných buniek:		
90001	Autológna, u dospelých a mladistvých od 15–18 r. veku s dg leukémia, so spracovaním štepu na kolóne	29.875	1,12,7,3,16,15
90002	Autológna, u dospelých a mladistvých od 15–18 r. veku s dg leukémia, bez spracovania štepu na kolóne	19.087	1,12,7,3,16,15,2
90003	Autológna, u dospelých a mladistvých od 15–18 r. veku s dg lymfóm, solidné tumory, aplastické anémie, so spracovaním štepu na kolóne	25.393	1,12,7,3,16,15,2
90004	Autológna, u dospelých a mladistvých od 15–18 r. veku s dg lymfóm, solidné tumory, aplastické anémie, bez spracovania štepu na kolóne	14.605	1,12,7,3,16,15,2
90005	Autológna, u detí do 15 r. veku s dg leukémia, so spracovaním štepu na kolóne	26.223	1
90006	Autológna, u detí do 15 r. veku s dg leukémia, bez spracovania štepu na kolóne	15.435	1
90007	Autológna, u detí do 15 r. veku s dg lymfóm, solidné tumory, so spracovaním štepu na kolóne	21.576	1
90008	Autológna, u detí do 15 r. veku s dg lymfóm, solidné tumory, bez spracovania štepu na kolóne	10.788	1
90009	Allogénna príbuzenská s myeloablatívnym režimom u dospelých a mladistvých od 15–18 r. veku, so spracovaním štepu na kolóne	52.446	1,12,7,3
90010	Allogénna príbuzenská s myeloablatívnym režimom u dospelých a mladistvých od 15–18 r. veku, bez spracovania štepu na kolóne	41.658	1,12,7,3
90011	Allogénna príbuzenská s myeloablatívnym režimom u detí do 15 r. veku, so spracovaním štepu na kolóne	40.165	1

90012	Allogénná príbuzenská s myeloablatívnym režimom u detí do 15 r. veku, bez spracovania štepu na kolóne	29.211	1
90013	Nepribuzenská	individuálna kalkulácia, max. 99.582	1,12
Transplantácia orgánov:			
90101	Transplantácia obličiek	4.481	11,3,16,15
90201	Transplantácia srdca	15.933	8
90301	Transplantácia pečene	individuálna kalkulácia, max. 79.665	1,11,3
90401	Transplantácia pankreasu	individuálna kalkulácia, max. 8.298	11,3
90501	Transplantácia pľúc	individuálna kalkulácia, max. 132.776	13
90601	Transplantácia rohovky – náklady súvisiace s odberom rohovky	647	1,12,14,4,6,3,16,5,10,15,2
Odber orgánov:			
100101	Oblička z multiorgánového odberu	1.002	11,3,16,15
100102	Pečeň z multiorgánového odberu	1.447	1,11,3
100103	Pankreas (s odberom pečene) z multiorgánového odberu	511	11,3
100104	Pankreas (bez odberu pečene) z multiorgánového odberu	1.955	11,3
100105	Srdce z multiorgánového odberu	634	8
100106	Oblička z izolovaného odberu - kadaverózneho	1.285	11,3,16,15
100107	Oblička z izolovaného odberu - príbuzenského	1.726	11,3,16,15
100201	Liečba popálenín nad 20% povrchu tela	5.975	13,9,2

***Zoznam poskytovateľských pracovísk:**

1. Detská fakultná nemocnica s poliklinikou Bratislava
2. Fakultná nemocnica s poliklinikou J. A. Reimana Prešov
3. Fakultná nemocnica s poliklinikou F. D. Roosevelta
4. Fakultná nemocnica s poliklinikou Trnava
5. Fakultná nemocnica s poliklinikou Žilina
6. Fakultná nemocnica Trenčín
7. Národný onkologický ústav Bratislava
8. Národný ústav srdcových a cievnych chorôb, a. s. (vrátane DKC)
9. Nemocnica Košice-Šaca a. s. 1. súkromná nemocnica
10. Nemocnica s poliklinikou Poprad
11. Univerzitná nemocnica Bratislava pracovisko Kramáre
12. Univerzitná nemocnica Bratislava, pracovisko Petržalka
13. Univerzitná nemocnica Bratislava, pracovisko Ružinov
14. Univerzitná nemocnica Bratislava, pracovisko Staré mesto
15. Univerzitná nemocnica L. Pasteura Košice
16. Univerzitná nemocnica Martin

V. Finančný rozsah

Zmluvné strany sa dohodli na finančnom objeme vo výške **737.500,- €** na obdobie kalendárneho štvrtroka od 1.10. 2014 do 31.12. 2014 a vo výške **1.475.000,- €** na obdobie jednotlivých kalendárnych polrokov plynúcich od 1. 1. 2015 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 materiálo-technického vybavenia zdravotníckeho zariadenia.

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