

Dodatok č. 2
k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti
č. 3001NFAL000113

552/14

Union zdravotná poisťovňa, a. s.

zastúpená: Ing. Elena Májeková, riaditeľka sekcie nákupu zdravotnej starostlivosti, revízií a programov zdravia
so sídlom: Bajkalská 29/A, 821 08 Bratislava
IČO: 36 284 831
DIČ: 2022152517
bankové spojenie: Štátna pokladnica
číslo účtu: 7 000 256 518 / 8180
IBAN: SK37 8180 0000 0070 0025 6518
BIC: SUBASKBX
označenie registra: Okresný súd Bratislava I, oddiel: Sa, vložka číslo: 3832/B, právna forma: akciová spoločnosť
kód Union zdravotnej poisťovne, a. s.: 27
(ďalej len „zdravotná poisťovňa“)

a

Fakultná nemocnica Trenčín

zastúpený: Ing. Danka Kaššovicová, MBA, riaditeľka
so sídlom: Legionárska 28, 911 71 Trenčín
IČO: 00 610 470
identifikátor poskytovateľa (prvých šesť znakov kódu poskytovateľa): P42383
(ďalej len "poskytovateľ")
(spoločne aj „zmluvné strany“)

Zmluvné strany uzatvárajú tento dodatok č. 2 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti č. 3001NFAL000113 (ďalej len „zmluva o poskytovaní zdravotnej starostlivosti“):

Článok 1
Predmet dodatku

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

1. Text bodu 4.15. Článku IV zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa mení a znie takto:

„4.15. Poskytovanie zdravotnej starostlivosti poisťovňou EÚ:

a) náklady za zdravotné výkony poskytnuté poisťovňou 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 poisťovňu zdravotnej poisťovne,

b) poisťovňou poisťovníkovi 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 poisťovňu zdravotnej poisťovne,

c) poisťovňou poisťovníkovi 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 poisťovňu zdravotnej poisťovne,

pre skupinu poisťovňou 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 tejto zmluvy.“

2. Článok V zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa dopĺňa novým bodom 5.13, ktorý znie takto:

"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."

3. Text bodu 9.3. Článku IX zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa mení a znie takto:

„9.3. Zmluva sa uzatvára na dobu neurčitú, s výnimkou prílohy č. 2b tejto zmluvy, ktorá je účinná do 30.6.2015.“

4. Príloha č. 2a – Dohodnutá výška úhrady za poskytnutú ambulantnú zdravotnú starostlivosť a finančný rozsah sa nahrádza novým znením, ktoré tvorí prílohu tohto dodatku.

5. Príloha č. 2b - Dohodnutá výška úhrady za poskytnutú ústavnú zdravotnú starostlivosť a finančný rozsah sa nahrádza novým znením, ktoré tvorí prílohu tohto dodatku.
6. Ostatné ustanovenia zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti ostávajú týmto dodatkom nezmenené.

Článok 2

Spoločné a záverečné ustanovenia

1. Tento dodatok je neoddeliteľnou súčasťou zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Tento dodatok je vyhotovený vo dvoch rovnopisoch, z ktorých sa každý považuje za originál. Každá zo zmluvných strán obdrží po jednom vyhotovení dodatku.
2. Súhlas s obsahom dodatku vyjadria zástupcovia zmluvných strán svojím podpisom na poslednej strane tohto dodatku.
3. Tento dodatok nadobúda platnosť dňom podpisu obomi zmluvnými stranami a účinnosť prvým dňom kalendárneho mesiaca nasledujúceho po dni nadobudnutia jeho platnosti za podmienky, že najneskôr deň pred nadobudnutím účinnosti bol zverejnený na webovom sídle zdravotnej poisťovne.

Bratislava dňa

Trenčín dňa

Union zdravotná poisťovňa, a.s.

Fakultná nemocnica Trenčín

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

.....
Ing. Danka Kaššovicová, MBA
riaditeľka

Príloha č. 2a
k Zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

Dohodnutá výška úhrady za poskytnutú ambulantnú 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. a) 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

b) úhrada za výkony spoločných a vyšetrovacích zložiek (ďalej len „SVLZ“).

Spôsob úhrady	Špecifikácia podmienok úhrady	Výška úhrady v €	Dohodnutý rozsah úhrady
cena bodu	výkon 4571a C-reaktívny proteín, ak ho poskytovateľ sám urobil a vyhodnotil (380 bodov)	0,0116	súčin ceny bodu a bodovej hodnoty uvedenej v zozname výkonov za každý medicínsky indikovaný, správne vykázaný a uznaný

2. K výške úhrady podľa bodu 1 písm. b) časti prílohy Lekárska služba prvej pomoci sa pripočítava výška úhrady **0,098586 €** mesačne na jedného poistenca 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 LSPR - doprava lekára vlastným (súkromným) alebo referentským vozidlom	0,25

¹ Zákon č. 363/2011 Z.z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a diätetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

II. Špecializovaná ambulantná zdravotná starostlivosť

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

a) zdravotné výkony poskytovanej zdravotnej starostlivosti vykázané poskytovateľom v súlade s nariadením vlády Slovenskej republiky č. 776/2004 Z. z., ktorým sa vydáva Katalóg zdravotných výkonov v znení neskorších predpisov sa ohodnocujú počtom bodov 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,

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 centrálneho 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 €**.

A. Špecializovaná ambulantná zdravotná starostlivosť v špecializačnom odbore vnútorné lekárstvo

Zdravotné výkony poskytovanej zdravotnej starostlivosti v špecializačnom odbore vnútorné lekárstvo sa uhrádzajú podľa podmienok uvedených v bodoch 1 až 6 časti Špecializovaná ambulantná starostlivosť.

Osobitne sa cenou bodu vo výške **0,0350 €** uhrádzajú zdravotné výkony preventívnych prehliadok vykonaných v rámci skríningu rakoviny konečníka a hrubého čreva podľa prílohy č. 2 k zákonu 577/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov poskytovateľovi **zaradenému** do programu skríningu kolorektálneho karcinómu v zmysle Odborného usmernenia Ministerstva zdravotníctva SR pre realizáciu programu skríningu kolorektálneho karcinómu⁴ účinného od 1.januára 2012 za podmienok podľa tejto tabuľky:

Kód výkonu	Vykazovanie / výsledok	Vek / frekvencia	Počet bodov / vyšetrenie
760sp 760pp	vykazuje sa v prípade pozitívneho nálezu s kódom choroby Z12.1	vo veku nad 50 rokov, raz za 10 rokov	1 350
760sn 760pn	vykazuje sa v prípade negatívneho nálezu s kódom choroby Z12.1		
763sp 763pp	vykazuje sa v prípade pozitívneho nálezu s kódom choroby Z12.1	vo veku nad 50 rokov, raz za 10 rokov	2 369
763sn 763pn	vykazuje sa v prípade negatívneho nálezu s kódom choroby Z12.1		

Vysvetlivky: ⁴/ Zoznam endoskopických pracovísk a zoznam špecialistov oprávnených na výkon skríningu kolorektálneho karcinómu je zverejnený na www.health.gov.sk.

B. Špecializovaná ambulantná zdravotná starostlivosť v špecializačnom odbore chirurgia

Zdravotné výkony poskytovanej zdravotnej starostlivosti v špecializačnom odbore chirurgia sa uhrádzajú podľa podmienok uvedených v bodoch 1 až 5 časti Špecializovaná ambulantná starostlivosť.

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 Výkon SVLZ prístrojový sa uhrádza u poskytovateľa, ktorý spĺňa odborné predpoklady na vykonávanie a vyhodnocovanie príslušných vyšetrení (špecializácia alebo certifikát), vlastní alebo má prenajatý príslušný prístroj, 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

Osobitne sa cenou bodu vo výške **0,0350 €** uhrádzajú zdravotné výkony preventívnych prehliadok vykonaných v rámci skríningu rakoviny konečníka a hrubého čreva podľa prílohy č. 2 k zákonu 577/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov poskytovateľovi **zaradenému** do programu skríningu kolorektálneho karcinómu v zmysle Odborného usmernenia Ministerstva zdravotníctva SR pre realizáciu programu skríningu kolorektálneho karcinómu*/ účinného od 1.januára 2012 za podmienok podľa tejto tabuľky:

Kód výkonu	Vykazovanie / výsledok	Vek / frekvencia	Počet bodov / vyšetrenie
760sp 760pp	vykazuje sa v prípade pozitívneho nálezu s kódom choroby Z12.1	vo veku nad 50 rokov, raz za 10 rokov	1 350
760sn 760pn	vykazuje sa v prípade negatívneho nálezu s kódom choroby Z12.1		
763sp 763pp	vykazuje sa v prípade pozitívneho nálezu s kódom choroby Z12.1	vo veku nad 50 rokov, raz za 10 rokov	2 369
763sn 763pn	vykazuje sa v prípade negatívneho nálezu s kódom choroby Z12.1		

Vysvetlivky: */ Zoznam endoskopických pracovísk a zoznam špecialistov oprávnených na výkon skríningu kolorektálneho karcinómu je zverejnený na www.health.gov.sk.

C. Špecializovaná ambulantná zdravotná starostlivosť v špecializačnom odbore urológia

Zdravotné výkony poskytovanej zdravotnej starostlivosti v špecializačnom odbore urológia sa uhrádzajú podľa podmienok uvedených v bodoch 1 až 5 časti Špecializovaná ambulantná starostlivosť.

a) Osobitne sa cenou bodu vo výške **0,0350 €** uhrádzajú zdravotné výkony preventívnej prehliadky – vyšetrenie na včasné rozpoznanie ochorenia na rakovinu u muža vrátane rád podľa tejto tabuľky:

Kód výkonu	Vek / frekvencia	Vykazovanie
158	poistencom od 40. roku veku / raz za dva roky alebo za podmienok a vo frekvencii podľa zákona 577/2004 Z.z. v znení neskorších predpisov	vykazuje sa s kódom choroby Z12.5; môže sa vykázat' s výkonom 5302

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

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

Vysvetlivky: */ Podmienkou úhrady JZP je predchádzajúci písomný súhlas zdravotnej poisťovne; v prípade, že ide o poskytnutie neodkladnej zdravotnej starostlivosti poistencovi, poskytovateľ žiada o súhlas zdravotnú poisťovňu dodatočne, najneskôr však v prvý pracovný deň po poskytnutí neodkladnej zdravotnej starostlivosti.

D. Špecializovaná ambulantná zdravotná starostlivosť v špecializačnom odbore gastroenterológia

Zdravotné výkony poskytovanej zdravotnej starostlivosti v špecializačnom odbore gastroenterológia sa uhrádzajú podľa podmienok uvedených v bodoch 1 až 5 časti Špecializovaná ambulantná starostlivosť.

Osobitne sa cenou bodu vo výške **0,0350 €** uhrádzajú zdravotné výkony preventívnych gastroenterologických prehliadok podľa prílohy č. 2 k zákonu 577/2004 Z. z., v znení neskorších predpisov

a) poskytovateľovi **zaradenému** do programu skríningu kolorektálneho karcinómu v zmysle Odborného usmernenia Ministerstva zdravotníctva SR pre realizáciu programu skríningu kolorektálneho karcinómu*/, ktoré nadobudlo účinnosť 1. januára 2012 (ďalej len „program skríningu kolorektálneho karcinómu“), podľa tejto tabuľky:

Kód výkonu	Vykazovanie / výsledok	Vek / frekvencia	Počet bodov / vyšetrenie
760sp 760pp	vykazuje sa v prípade pozitívneho nálezu s kódom choroby Z12.1	vo veku nad 50 rokov, raz za 10 rokov	1 350
760sn 760pn	vykazuje sa v prípade negatívneho nálezu s kódom choroby Z12.1		

763sp 763pp	vykazuje sa v prípade pozitívneho nálezu s kódom choroby Z12.1	vo veku nad 50 rokov, raz za 10 rokov	2 369
763sn 763pn	vykazuje sa v prípade negatívneho nálezu s kódom choroby Z12.1		

Vysvetlivky: */ Zoznam endoskopických pracovísk a zoznam špecialistov oprávnených na výkon skríningu kolorektálneho karcinómu je zverejnený na www.health.gov.sk.

b) poskytovateľovi **nezaradenému** do programu skríningu kolorektálneho karcinómu podľa tejto tabuľky:

Kód výkonu	Vykazovanie	Vek / frekvencia	Počet bodov / vyšetrenie
763p	vykazuje sa s kódom choroby Z12.1	vo veku nad 50 rokov raz za 10 rokov, u osôb so zvýšeným rizikom ochorenia na rakovinu hrubého čreva a konečníka bez vekového obmedzenia, pri negativite pri prvej kolonoskopickej prehliadke raz za 5 rokov	2 369

E. Špecializovaná ambulantná zdravotná starostlivosť v špecializačnom odbore oftalmológia

Zdravotné výkony poskytované zdravotnej starostlivosti v špecializačnom odbore oftalmológia sa uhrádzajú podľa podmienok uvedených v bodoch 1 až 5 - časti Špecializovaná ambulantná starostlivosť.

Osobitne sa uhrádzajú dolu uvedené zdravotné výkony v špecializačnom odbore oftalmológia podľa tejto tabuľky:

Spôsob úhrady	Špecifikácia podmienok úhrady	Výška úhrady v €
cena bodu	za zdravotné výkony 1226, 1227, 1240, 1246, 1256 pri poskytnutí ŠAS	0,0200

III. Špecializovaná ambulantná zdravotná starostlivosť v špecializačnom odbore gynekológia a pôrodnictvo

A) Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore gynekológia a pôrodnictvo

1. Poskytovateľ:

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

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

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

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

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

f) pri vykazovaní úhrady špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti v špecializačnom odbore gynekológia a pôrodnictvo (ďalej len „ŠAS“) podľa tejto časti prílohy a nasledujúcej časti tejto prílohy uvádza kódy chorôb podľa MKCH-10-SK-2013 v troj až päťmiestnom tvare bez použitia bodky alebo iného interpunkčného znamienka; v tejto a v nasledujúcej časti tejto prílohy sú kódy chorôb uvedené v tvare podľa MKCH-10-SK-2013 (ďalej len „kód choroby“).

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

Spôsob úhrady	Výška úhrady v €
kapitácia	1,21

Kapitácia podľa bodu 2 tejto časti prílohy nezahŕňa úhradu:

- a) **liekov** zaradených v Zozname kategorizovaných liekov, ktoré sú predpísané a použité v súlade s preskripčnými obmedzeniami, indikačnými obmedzeniami a obmedzeniami úhrady zdravotnej poisťovne na jej predchádzajúci súhlas, označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“ a „AS“⁴/
- b) zdravotných výkonov preventívnych prehliadok vykonaných v súlade s prílohou č. 2 zákona č. 577/2004 Z.z. v znení neskorších predpisov, ktoré sa uhrádzajú cenou bodu vo výške **0,0350 €** za podmienok podľa tejto tabuľky:

Kód výkonu	Vek / frekvencia	Vykazovanie
100		vykazuje sa s kódom choroby Z34.0 alebo Z34.8, môže sa vykázat, ak nie je súčasťou iného výkonu
102	vykazuje sa po potvrdení gravidity pri prvej návšteve	pri fyziologickom tehotenstve sa vykazuje s kódom choroby Z34.0 alebo Z34.8 alebo Z35.4,
103*/	vykazuje sa od druhej návštevy / raz za 28 dní	pri patologickom tehotenstve s kódom choroby Z35.2
105	vykazuje sa iba raz v súvislosti so šesťmesačím	vykazuje sa s kódom choroby Z39.2
157	ženy vo veku od 18 rokov veku alebo od prvého tehotenstva / raz za kalendárny rok	vykazuje sa s kódom choroby Z01.4
167	skrining rakoviny krčka maternice pre ženy vo veku od 18 do 64 rokov, prvé dva odbery cytologie v ročnom intervale. V prípade negativity týchto dvoch cytologických výsledkov pokračovať v 3-ročnom intervale do veku 64 rokov. Uvedená periodicita platí aj pre poisťovku, u ktorej sa začal skrining aj neskôr ako v 23. roku života. Skrining sa ukončí vo veku 64 rokov, ak budú posledné 3 cytologické nálezy negatívne	vykazuje sa s kódom choroby Z01.4

Vysvetlivky: */ Pri rizikovitom tehotenstve sa vykazuje uvedená prehliadka pod kódom zdravotného výkonu č. 63; zdravotný výkon č. 63 sa neuhrádza ako preventívna prehliadka nad rámec kapitácie podľa bodu 3 písm. b) tejto časti prílohy.

c) zdravotných výkonov spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek (ďalej len „SVLZ“) poskytnutých pri poskytovaní zdravotných výkonov na ambulanciách ŠAS, ktoré sa uhrádzajú v cenách podľa tejto tabuľky:

Spôsob úhrady	Špecifikácia podmienok úhrady	Výška úhrady v €
cena bodu	výkon SVLZ vrátane výkonu SVLZ prístrojový, okrem preventívneho prístrojového výkonu – kód výkonu 108, 118, 5303, 5305 a 5308	0,0073
cena bodu	výkon SVLZ prístrojový preventívny – kód výkonu 108, 118, 5303, 5305	0,0266
cena bodu	výkon SVLZ prístrojový preventívny – kód výkonu 5308	0,0076

ca) výkony SVLZ poskytnuté podľa písmena c) tohto bodu sa uhrádzajú u poskytovateľa, ktorý spĺňa odborné predpoklady na vyhodnocovanie príslušných vyšetrení (špecializácia alebo certifikát), vlastní alebo má prenajatý príslušný prístroj a zdravotná poisťovňa súhlasila s uhrádzaním výkonov uvedených v prílohe č. 3 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti,

cb) výkon 108 sa akceptuje ako preventívny výkon najviac tri razy počas tehotenstva a vykazuje sa pri fyziologickom tehotenstve súčasne s kódom choroby Z34.0 alebo Z34.8 alebo Z35.4 a pri patologickom tehotenstve súčasne s kódom choroby Z35.2 u kapitovanej poisťovne,

cc) výkon 118 sa akceptuje ako preventívny výkon raz týždenne počas obdobia posledných štyroch týždňov gravidity (maximálne 6x), vykazuje sa súčasne s výkonom 103 a s kódom choroby Z34.0, Z34.8, Z35.4 alebo Z35.2 u kapitovanej poisťovne. Úhrada a frekvencia výkonu 103 je uvedená v tabuľke v písm. b) tohto bodu,

cd) výkony 5303 a 5305 sa akceptujú ako preventívne výkony raz za dvanásť mesiacov, vykazujú sa v nadväznosti na výkon 157 a s kódom choroby Z01.4 u kapitovanej poisťovne, výkony 5303 a 5305 sa nevykazujú naraz v rámci vykonania jednej preventívnej prehliadky (výkon 157),

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

cf) výkon 5308 sa akceptuje ako preventívny výkon raz za dva roky v intervaloch a vekovom rozmedzí stanovených v skriningu, vykazuje sa súčasne s výkonom 157 a kódom choroby Z01.4 u kapitovanej poisťovne,

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

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.

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

5. Zdravotné výkony pri poskytnutí neodkladnej zdravotnej starostlivosti poistenke zdravotnej poisťovne na ambulancii ŠAS sa uhrádzajú v cene bodu vo výške **0,0166 €** Výkony SVLZ pri poskytnutí neodkladnej zdravotnej starostlivosti na ambulanciách ŠAS sa uhrádzajú cenou bodu vo výške **0,0073 €**

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

1. Zdravotné výkony poskytovanej zdravotnej starostlivosti sa uhrádzajú takto:

a) zdravotné výkony 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 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,

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

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

d) do rozsahu podľa písm. b) a c) tohto bodu sa nezapočítava **úhrada liekov** zaradených v Zozname kategorizovaných liekov, ktoré sú predpísané a použité v súlade s preskripčnými obmedzeniami, indikačnými obmedzeniami a obmedzeniami úhrady zdravotnej poisťovne na jej predchádzajúci súhlas, označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“ a „AS“.

2. Zdravotné výkony ŠAS poskytnuté podľa tejto časti prílohy s výnimkou zdravotnej starostlivosti uvedenej v bode 3 tejto časti prílohy sa uhrádzajú cenou bodu vo výške **0,0193 €**

3. Osobitne sa uhrádzajú výkony SVLZ poskytnuté pri poskytovaní zdravotných výkonov na ambulanciách ŠAS za podmienok uvedených v tabuľke tohto bodu:

Spôsob úhrady	Špecifikácia podmienok úhrady	Výška úhrady v €
cena bodu	výkon SVLZ vrátane výkon SVLZ prístrojový, okrem preventívneho prístrojového výkonu – kód výkonu 108, 118, 5303, 5305 a 5308	0,0073
cena bodu	výkon SVLZ prístrojový preventívny – kód výkonu 108, 118, 5303, 5305	0,0266
cena bodu	výkon SVLZ prístrojový preventívny – kód výkonu 5308	0,0076

a) výkony SVLZ poskytnuté podľa tohto bodu sa uhrádzajú u poskytovateľa, ktorý spĺňa odborné predpoklady na vyhodnocovanie príslušných vyšetrení (špecializácia alebo certifikát), vlastní alebo má prenajatý príslušný prístroj a zdravotná poisťovňa súhlasila s uhrádzaním výkonov uvedených v prílohe č. 3 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti,

b) výkon 108 sa akceptuje ako preventívny výkon najviac tri razy počas tehotenstva a vykazuje sa pri fyziologickom tehotenstve súčasne s kódom choroby Z34.0 alebo Z34.8 alebo Z35.4 a pri patologickom tehotenstve súčasne s kódom choroby Z35,2 u kapitovanej poistenky,

c) výkon 118 sa akceptuje ako preventívny výkon raz týždenne počas obdobia posledných štyroch týždňov gravidity (maximálne 6x), vykazuje sa súčasne s výkonom 103 a s kódom choroby Z34.0, Z34.8, Z35.4 alebo Z35.2,

d) výkony 5303 a 5305 sa akceptujú ako preventívne výkony raz za dvanásť mesiacov, vykazujú sa v nadväznosti na výkon 157 s kódom choroby Z01.4, výkony 5303 a 5305 sa nevykazujú naraz v rámci vykonania jednej preventívnej prehliadky (výkon 157),

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

f) výkon 5308 sa akceptuje ako preventívny výkon raz za dva roky v intervaloch a vekovom rozmedzí stanovených v skriningu, vykazuje sa súčasne s výkonom 157 a kódom choroby Z01.4.

IV. Stacionár

1. Výkony poskytnutej zdravotnej starostlivosti poistencovi v stacionári sa uhrádzajú cenou ošetrovacieho dňa za každý medicínsky indikovaný, správne vykázaný a zdravotnou poisťovňou uznaný ošetrovací deň, takto:

Druh zdravotníckeho zariadenia	Výška úhrady v €
Stacionár - psychiatria, neurológia opakovaná denná ambulantná starostlivosť	13,80

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

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

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

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

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

V. Zariadenia spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek

1. Zdravotné výkony poskytovanej zdravotnej starostlivosti vykázané poskytovateľom v súlade s nariadením vlády SR č. 776/2004 Z. z., ktorým sa vydáva Katalóg zdravotných výkonov v znení neskorších predpisov sa ohodnocujú počtom bodov uvedených v prílohe nariadenia vlády SR č. 226/2005 Z.z., o výške úhrady za zdravotnú starostlivosť, ktorú uhrádza zdravotná poisťovňa poskytovateľovi lekárskej služby prvej pomoci, pod názvom Zoznam zdravotných výkonov a ich bodové hodnoty (ďalej len „Zoznam výkonov“).

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

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

4. Do finančného rozsahu sa nezapočítavajú náklady na lieky plne alebo čiastočne uhrádzané na základe verejného zdravotného poistenia zaradené v Zozname kategorizovaných liekov, označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“ a „AS“⁵, 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

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

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

c) pri vyšetrení onkomarkerov vykazuje len laboratórne zdravotné výkony, ktoré boli indikované za podmienok uvedených v dokumente „**Onkomarkery**“, zverejnenom na webovej stránke zdravotnej poisťovne, www.union.sk,

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.

⁵ 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. Finančný rozsah, ktorý uhradí zdravotná poisťovňa poskytovateľovi poskytujúcemu zdravotnú starostlivosť v zariadení SVLZ v špecializačných odboroch laboratórnej medicíny, predstavuje súčin počtu bodov za zdravotný výkon podľa Zoznamu výkonov a ceny bodu vo výške v rozmedzí od **0,006307 € do 0,007303 €** za všetky medicínsky indikované, zdravotnej poisťovni správne vykázané a zdravotnou poisťovňou uznané zdravotné výkony; výška ceny bodu závisí od splnenia motivačných kritérií uvedených nižšie:

- základná cena bodu **0,006307 €** (podmienkou je interný a externý systém kontroly kvality) sa navýši o **0,000332 €** za splnenia každého z nasledovných motivačných kritérií (ďalej aj „MK“)

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

4. Poskytovateľ poskytujúci zdravotnú starostlivosť v zariadení SVLZ v špecializačnom odbore patologická anatómia vykazuje 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
9980	Skríningové cytologické vyšetrenie steru z krčka maternice realizované konvenčnou metódou.	1 000	vykazuje 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	vykazuje 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	vykazuje 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).

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. Zdravotná poisťovňa vyhlasuje, že revízny 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 bode 1 písm. a) [okrem výkonov uvedených v písm. c) tohto bodu] a v bode 4 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.

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); táto povinnosť sa vzťahuje na poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, ktorý poskytuje zdravotnú starostlivosť v zariadeniach spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek v odboroch klinická biochémia, patologická anatómia, hematológia a transfuziológia, klinická mikrobiológia, klinická imunológia a alergológia, nukleárna medicína, lekárska genetika alebo laboratórna medicína.

B) Zobrazovacie vyšetrovacie metódy

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

poistovní 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	0,007303
	Poskytovateľ, ktorý poskytuje minimálne 3.000 vyšetrení za jeden rok	0,007303	
počítačová tomografia	CT prístroj do 16 MSCT	0,005975	0,006805
	CT prístroj do 16 MSCT– 24 hodinová prevádzka	0,006141	
	CT prístroj 20 - 40 MSCT	0,006307	
	CT prístroj 20 - 40 MSCT– 24 hodinová prevádzka	0,006473	
	CT prístroj 64 MSCT a viac	0,006639	
	CT prístroj 64 MSCT a viac – 24 hodinová prevádzka	0,006805	
magnetická rezonancia	MR prístroj 0,2 T až 0,25 T pre vyšetrenie jedného orgánového systému - kĺbov	0,004979	x
	MR prístroj 0,25 T pre viac orgánovú diagnostiku	0,005990	
	MR prístroj 0,3 T - 1,0 T	0,006307	
	MR prístroj od 1,5 T vyššie	0,006639	

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 vykazanej 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 rádiológia dokumentuje a archivuje poskytnuté vyšetrenia v systéme PACS (čo preukáže zdravotnej poisťovni dokumentmi podľa tabuľky technických požiadaviek na prevádzku PACS uvedenej v dokumente pod názvom „Technické požiadavky na prevádzku PACS“, zverejnenom na webovej stránke zdravotnej poisťovne www.union.sk), 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.

VI. Priamo hradené výkony

a) 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
333	Hyperbarická oxygenoterapia jeden poistenec vo veľkej komore, pri vitálnej liečbe za dve hodiny	33,19	Pri dodržaní indikácií HBO podľa UHMS/Jan 1996 s predchádzajúcim súhlasom zdravotnej poisťovne, maximálne 10 expozícií v jednej sérii pre danú diagnózu a maximálne 3 série za rok.
334	Hyperbarická oxygenoterapia jeden poistenec vo veľkej komore, pri plánovanej liečbe za dve hodiny	33,19	Pri dodržaní indikácií HBO podľa UHMS/Jan 1996 s predchádzajúcim súhlasom zdravotnej poisťovne, maximálne 10 expozícií v jednej sérii pre danú diagnózu a maximálne 3 série za rok.
335	Hyperbarická oxygenoterapia v jednomiestnej komore plnenej kyslíkom pre jedného poistenca za jednu hodinu	42,49	Pri dodržaní indikácií HBO podľa UHMS/Jan 1996 s predchádzajúcim súhlasom zdravotnej poisťovne, maximálne 10 expozícií v jednej sérii pre danú diagnózu a maximálne 3 série za rok.
9554	Hemochromatóza I. /mutácie C282Y,H63D,S65C/	90,-	Vykazuje sa s kódmi choroby E83.1, K85.00-K86.9, R73.0-R73.9, D75.1, v počte 1 krát na jedno rodné číslo.
9556	Gilbertov syndróm /enhancer T-3279G génu UGT1A1, A(TA)7TAA box promotora/	60,-	Vykazuje sa s kódom choroby E80.4, v počte 1 krát na jedno rodné číslo.
9558	Laktózová intolerancia /mutácie LCT T-13910C,A-22018G/	40,-	Vykazuje sa s kódom choroby E73.0,E74.9, v počte 1 krát na jedno rodné číslo.
9559	Celiakia /mutácie DQA1*05/DQB1*02, DQA1*0301/DQB1*0302, DRB1*04)	90,-	Vykazuje sa s kódom choroby K90.0, v počte 1 krát na jedno rodné číslo.
9975	Warfarin farmakogenomický test (mutácie CYP2C2,CYP2C3, VKORC1)	90,-	Vykazuje sa s kódmi choroby I80.0 – I80.9, I81, Z92.1, výkon je možné vykazať jedenkrát za život na jedno rodné číslo.
9928	Trombofilné mutácie IV /FV a FII/	58,86	Vykazuje 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,O23.5,O29.9,O43.8,O45.9,O69.8, výkon je možné vykazať jedenkrát za život na jedno rodné číslo.
9929	Trombofilné mutácie V /špecifická mutácia/	19,62	Vykazuje 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,O23.5,O29.9,O43.8,O45.9,O69.8, výkon je možné vykazať 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,O23.5,O29.9,O43.8,O45.9,O69.8, výkon je možné vykázat' jedenkrát za život na jedno rodné číslo.
9974	Trombofilné mutácie I /FV Leiden, FII protrombín, MTHFR, PAI-I/	120,-	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,O03.8,O03.9,O02.9,O08.2,O22.2, O32.1,O23.5,O29.9,O43.8,O45.9,O69.8, výkon je možné vykázat' jedenkrát za život na jedno rodné číslo.
9974b	Trombofilné mutácie III. /detekcia jednej mutácie/	30,-	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,O03.8,O03.9,O02.9,O08.2,O22.2, O32.1,O23.5,O29.9,O43.8,O45.9,O69.8.

b) Zdravotné výkony vyказované s kódmi 333, 334 a 335 sa nezahŕňajú do finančného objemu.

c) Zdravotná poisťovňa vyhlasuje, že revízny 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 vyказovania uvedených v tabuľkách tejto časti prílohy podliehajú schvaľovaniu zdravotnej poisťovne na základe žiadosti.

VII. Finančný rozsah

1. Zmluvné strany sa dohodli na finančnom objeme vo výške **130.000,- €** na obdobie kalendárneho roka 2014 a vo výške **65.000,- €** 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 a IV tejto prílohy. Do finančného objemu sa nezapočítava úhrada za poskytnutú zdravotnú starostlivosť v ambulancii ústavnej pohotovostnej služby a centrálneho príjmu.

2. Zmluvné strany sa dohodli na finančnom objeme vo výške **373.000,- €** na obdobie kalendárneho roka 2014 a vo výške **186.500,- €** 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 V a VI tejto prílohy.

Príloha č. 2b
k Zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

Dohodnutá výška úhrady za poskytnutú ústavnú zdravotnú starostlivosť a finančný rozsah

VIII. 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:

cenou za ukončenú hospitalizáciu

kód -	odbornosť	výška úhrady v €	Podmienky úhrady za hospitalizáciu poistenca
001	vnútorné lekárstvo	711,-	-
196	JIS – interná	711,-	-
002	infektológia	592,-	-
003	pneumológia a ftizeológia	708,-	-
004	neuroológia	718,-	-
201	JIS neurologická	718,-	-
005	psychiatria	1.101,-	-
007	pediatria	701,-	-
009	gynekológia a pôrodnictvo	668,-	-
010	chirurgia	885,-	-
202	JIS chirurgická	885,-	-
011	ortopédia	837,-	-
012	urológia	613,-	-
013	úrazová chirurgia	858,-	-
613	JIS úrazová	858,-	-
014	otorinolaryngológia	551,-	-
015	oftalmológia	482,-	-
019	klinická onkológia	1.515,-	-
025	anestéziológia a intenzívna medicína	4.448,-	hospitalizovaný poistenec spĺňa indikácie na hospitalizáciu podľa Konceptie zdravotnej starostlivosti v odbore anestéziológia a intenzívna medicína v platnom znení a TISS (Therapeutic Intervention Scoring System) poistenca je viac ako 25 bodov alebo, pri poruchách vedomia poistenca je GCS (Glasgow Coma Scale) menej ako 10 bodov
027	fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia	573,-	-
051	neonatólogia	638,-	-
060	geriatria	851,-	hospitalizovaný poistenec v čase prijatia na hospitalizáciu už dovŕšil 65. rok veku
707	JISN – jednotka intenzívnej starostlivosti o novorodencov	851,-	hospitalizovaný poistenec spĺňa indikácie na hospitalizáciu podľa Konceptie zdravotnej starostlivosti v odbore neonatólogia
203	JRSN – jednotka resuscitačnej starostlivosti o novorodencov	1.921,-	
205	dlhodobo chorých	1.102,-	hospitalizácia trvá minimálne 21 dní

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:
- anestéziologie a intenzívnej medicíny v trvaní kratšom ako 24 hodín
 - gynekologie a pôrodnictva v trvaní kratšom ako 24 hodín, ak rodička svojoľne 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:
 - a) zdravotnícke pomôcky poskytované v rámci ústavnej zdravotnej starostlivosti uvedené ďalej v tejto prílohe
 - b) výkony finančne náročnej zdravotnej starostlivosti uvedené ďalej v tejto prílohe
 - c) transfúzne lieky, tkanivá a bunky poskytované pri transplantáciách, materské mlieko a iné zdravotné výkony, lieky a zdravotnícke pomôcky, pokiaľ to vyplýva z rozhodnutia Ministerstva zdravotníctva SR o regulácii cien výrobkov, služieb a výkonov v oblasti zdravotníctva.
5. Zdravotná poisťovňa uhradí poskytovateľovi mimoriadne finančne náročnú zdravotnú starostlivosť, ak liečba predstavuje 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.
6. Zdravotná poisťovňa pri preklade jej poistenca z jedného oddelenia na druhé oddelenie poskytovateľa uhradí zmluvne dohodnutú cenu za ukončenú hospitalizáciu na každom oddelení len v medicínsky odôvodnených prípadoch; pri preklade sa deň ukončenia hospitalizácie na jednom oddelení rovná dňu začiatku hospitalizácie poistenca na ďalšom oddelení poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. V prípade, že je poistenec počas jedného pobytu u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti viackrát hospitalizovaný na oddelení v tom istom špecializačnom odbore, zdravotná poisťovňa uhradí zmluvne dohodnutú cenu za ukončenú hospitalizáciu na oddelení v príslušnom špecializačnom odbore len raz.
7. Poskytovateľ môže odoslať poistenca na poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti k inému poskytovateľovi 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.
8. 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
9. Zdravotná poisťovňa neuhradí za svojho poistenca počas hospitalizácie výkony špecializovanej ambulantnej starostlivosti a výkony spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek v tom istom špecializačnom odbore, ako je špecializačný odbor oddelenia, na ktorom je poistenec hospitalizovaný ani výkony funkčnej diagnostiky prislúchajúce odbornosti lôžkového oddelenia.
10. Ak je poistenec hospitalizovaný za účelom plánovaného poskytnutia operačného výkonu a tento nie je z akýchkoľvek dôvodov vykonaný, zdravotná poisťovňa neuhradí cenu ukončenej hospitalizácie. Poskytovateľ je oprávnený vykázat v dávke ambulantnej starostlivosti rovnakej odbornosti poskytnutie výkonu s kódom 60a.
11. 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.
12. 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.
13. Zdravotná poisťovňa uhradí poskytovateľovi hospitalizáciu na lôžku oddelenia anestéziológie a intenzívnej medicíny v prípade pobytu poistenca na lôžku supľujúceho starostlivosť jednotky intenzívnej starostlivosti vo výške 6% z ceny na oddelení anestéziológie a intenzívnej medicíny. Takéto prípady poskytovateľ vykazuje samostatnou dávkou, ku ktorej pripája zoznam poistencov, ktorým bola poskytnutá zdravotná starostlivosť vrátane ich rodných čísel a fakturuje ich samostatnou faktúrou označenou textom „Osobitná úhrada OAIM“.
14. Zdravotná poisťovňa nehradí poskytovateľovi pobyt na lôžku oddelenia anestéziológie a intenzívnej medicíny v prípade prijatia kontinuálne kardiopulmonálne a cerebrálne resuscitovaného poistenca, ktorý do hodiny od momentu prijatia zomrie; poskytovateľ v takomto prípade vykáže výkony poskytnuté počas resuscitácie spolu s pripočítateľnými položkami v dávkach ambulantnej starostlivosti.
15. Zdravotná poisťovňa uhradí poskytovateľovi príplatok k ukončenej hospitalizácii na lôžku oddelenia v odbornosti anestéziológia a intenzívna medicína, vo výške **1.520,-€** v prípade trvania hospitalizácie minimálne 10 dní za

súčasného splnenia podmienky, že zdravotný stav poistenca vyžadoval minimálne desaťdňovú kontinuálnu podporu základných životných funkcií prístrojom.

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

16. Zdravotná poisťovňa uhradí poskytovateľovi príplatok k ukončenej hospitalizácii na lôžku oddelenia vo vybraných odbornostiach (kódy 009, 010, 011, 012, 013, 014, 015, 037, 038, 068, 070, 106, 107, 108, 109, 114, 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 hrađeným výkonom uvedeným ďalej v tejto prílohe a ani výkonom jednodňovej zdravotnej starostlivosti uvedeným v Odbornom usmernení MZ SR č. 12225/2009-OZS zo dňa 18.8.2009
- pri operačnom výkone bola podaná celková alebo regionálna anestézia lekárom so špecializáciou anestéziológia a intenzívna medicína (podanie anestézie sa vykazuje ako pripočítateľná položka 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.

IX. 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 dietetických 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 hrađené podľa bodu 2 tejto časti prílohy.
5. Zdravotná poisťovňa týmto na základe predchádzajúcej písomnej žiadosti poskytovateľa zdravotnej starostlivosti udeľuje súhlas s použitím, vykázaním a úhradou zdravotníckych pomôcok uvedených v bode 3 pri poskytnutí potrebnej zdravotnej starostlivosti jej poistencom, ak v bode 6 nie je uvedené inak. Zdravotná poisťovňa je oprávnená súhlas s úhradou zdravotníckej pomôcky udelený podľa tohto bodu kedykoľvek odvolať; odvolanie súhlasu je účinné voči poskytovateľovi dňom doručenia oznámenia zdravotnej poisťovne o odvolaní súhlasu. Nárok poskytovateľa zdravotnej starostlivosti na úhradu zdravotníckej pomôcky poskytnutých do dňa nadobudnutia účinnosti odvolania tým nie je dotknutý.
6. Podmienkou použitia, vykázaní a úhrady zdravotníckej pomôcky podľa bodu 2 alebo 3 tejto časti prílohy, u ktorej je uvedené označenie „ZP“, je predchádzajúci písomný súhlas zdravotnej poisťovne s úhradou zdravotníckej pomôcky poistencovi poskytnutý na základe predchádzajúcej písomnej žiadosti poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o úhradu zdravotníckej pomôcky pre konkrétneho poistenca. V prípade, že ide o poskytnutie neodkladnej zdravotnej starostlivosti poistencovi, poskytovateľ zdravotnej starostlivosti žiada o súhlas zdravotnej poisťovne dodatočne, najneskôr však do troch pracovných dní po poskytnutí neodkladnej zdravotnej starostlivosti. Súhlas zdravotnej poisťovne na úhradu zdravotníckej pomôcky je platný jeden rok, alebo do momentu preradenia zdravotníckej pomôcky zo Zoznamu ZM do Zoznamu ŠZM, podľa toho, ktorá z uvedených skutočností nastane skôr.
7. Zdravotnícke pomôcky poskytnuté v rámci ústavnej zdravotnej starostlivosti, ktoré
 - a) nevyžadujú predchádzajúci písomný súhlas zdravotnej poisťovne poskytovateľ vykazuje v súlade s platným metodickým usmernením o spracovaní a vykazovaní zdravotných výkonov poskytovateľov vydaným Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou; na vyžiadanie zdravotnej poisťovne poskytovateľ predloží fotokópie nadobúdacích dokladov vykázaných zdravotníckych pomôcok;
 - b) vyžadujú predchádzajúci písomný súhlas zdravotnej poisťovne, poskytovateľ vykazuje samostatnou faktúrou za všetkých jej poistencov, u ktorých boli takéto zdravotnícke pomôcky v príslušnom zúčtovacom období použité; povinnou prílohou faktúry sú kópie nadobúdacích dokladov schválených zdravotníckych pomôcok a kópie prepúšťacích správ poistencov.

Zoznam zdravotníckych materiálov

Kód	ZP	Názov	Povolená odbornosť	Maximálna úhrada v €
		KARDIOLÓGIA, KARDIOCHIRURGIA		
120028		Set autotransfúzny	031,631,049,069,155,27 8,197,023	465
120055		Arteriálna kanyla (aortálna)	049,068,668,069,155,27	46

			8,197	
120056		Venózna kanyla (dvojitá)	049,068,668,069,155,27 8,197	50
		ORTOPÉDIA, TRAUMATOLÓGIA		
170025		Autológny transfúzny systém CellTrans pre 600 ml krvi	009,010,011,012,013,01 4,015,019,068,069,222	166
170026		Transfúzny filter Pall pre ďalších 600 ml krvi	009,010,011,012,013,01 4,015,019,068,069,222	62
180001	ZP	Jednorazový set pre dialýzu pečene(MARS)		7734
190101	ZP	Intratracheálny stent	003	1078

Vysvetlivky

ZP Vyžaduje sa predchádzajúci súhlas zdravotnej poisťovne

X. Osobitne hradené výkony

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

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

8734	primárne ošetrovanie penetrujúcej rany rohovky alebo skléry bez poranenie šošovky s vnútroočným cudzím telesom	015	345
8735	primárne ošetrovanie penetrujúcej rany rohovky alebo skléry s poranením šošovky s vnútroočným cudzím telesom	015	375
8750k	operácia sivého zákalu v kombinácii s iným súvisiacim výkonom v odbornosti	015	550
8501a	operácia prietrží bez použitia sieťky	010, 107, 038	395
8501b	operácia jednoduchých prietrží s použitím sieťky	010, 038	490
8501c	laparoskopická operácia jednoduchých prietrží	010, 038	520
8502	transrektálna polypektómia	010, 048, 222	480
8506	artroskopická operácia subakromiálneho impingement syndrómu	011, 013	550
8507	operácia poúrazovej paraatikulárnej burzitídy vo všetkých lokalizáciách	011, 013	350
8508	operačná mobilizácia kontraktúry stuhnutého kľbu	011, 013	450
8509	operačná dynamizácia vnútrodreňových klincov	011, 013	365
8510	operačná repozícia jednoduchých zlomenín v celkovej anestéze	011, 013	395
8511	operačné riešenie pollex saltans	011, 038, 108	340
8512	operačné riešenie fractúra metacarpi	011, 013, 038	373
8513	operačné riešenie epicondylitis radialis	011, 013	299
8514	operačné riešenie epicondylitis ulnaris	011, 013	299
8516	operačné riešenie fractúra capituli radii	011, 013	373
8517	operačné riešenie synovitis cubiti	011, 013	357
8518	operačné riešenie luxatio acromioclavicularis	011, 013	446
8519	operačné riešenie fractura clavicularae	011, 013	446
8520	operačné riešenie abruptio tuberculi majoris et minoris humeri	011, 013	446
8521	operačné riešenie decompressio subacromialis	011, 013	446
8522	operačné riešenie instabilitas glanohumeralis	011, 013	446
8523	operačné riešenie ruptúry rotátorovej manžety	011, 013	446
8524	operačné riešenie SLAP - lezia (poškodenie labrum glenoidale)	011, 013	400
8525	operačné riešenie hallux valgus	011	400
8527	operačné riešenie digitus hammatas	011	400
8528	operačné riešenie digitus malleus	011	400
8529	operačné riešenie digitus supraductus	011	400
8530	operačné riešenie metatarsus I. varus	011	380
8531	operačné riešenie morbus Laderhose	011	400
8532	operačné riešenie neuralgie Mortoni	011	350
8533a	artroskopické výkony v lakťovom zhybe s použitím kobračných a shaverových sond	011, 013	1 020
8533b	artroskopické výkony v lakťovom zhybe s použitím kobračných a shaverových sond a fixačného materiálu	011, 013	1 234
8534a	artroskopické výkony v ramennom zhybe s použitím kobračných a shaverových sond	011, 013	1 020
8534b	artroskopické výkony v ramennom zhybe s použitím s použitím kobračných a shaverových sond a fixačného materiálu	011, 013	1 234
8535a	artroskopické výkony v kolennom zhybe s použitím kobračných a shaverových sond	011, 013, 108	1 020
8535b	artroskopické výkony v kolennom zhybe s použitím kobračných a shaverových sond a fixačného materiálu	011, 013, 108	1 234
8536a	artroskopické výkony v členkovom zhybe s použitím kobračných a shaverových sond	011, 013	1 020
8536b	artroskopické výkony v členkovom zhybe s použitím kobračných a shaverových sond a fixačného materiálu	011, 013	1 234
8537	operačná extrakcia osteosyntetického materiálu a vonkajších fixátorov v anestézii	010, 011, 013, 107, 108,	361
8538	extirpácia sakrálneho dermoidu	010	339
8539	operácia varixov dolných končatín	010, 068	400
8540	operácia análnych fistúl a/alebo fisúr	010	388
8542	operácia ruptúry Achilovej šľachy	011, 013	451
8543	operácia syndrómu karpálneho tunela	010, 011, 038	338
8547	extirpácia a excízia benigných a maligných nádorov kože, podkožia a svaly	010, 011, 038, 107, 108	100
8548	tenolýza 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 kľbov ruky - artrolýza	011, 108, 038	322
8553	operácia malých kľbov ruky - artrodéza	011, 108, 038	322
8564	laparoskopická cholecystektómia	010	550
8565	operácia hemoroidov	010, 068	540
8566	odstránenie hemoroidov elastickou ligatúrou	010, 068	65
8567	vytvorenie alebo rekonštrukcia arteriovenózneho fistuly pri chronickej liečbe hemodialýzou	010, 068	348
8568	zrušenie arteriovenózneho fistuly	010, 068	215
9300	diagnostická biopsia kože, podkožia a svalov v celkovej anestéze u detí	010, 011, 013,	110

		107, 108		
8570	transpozícia nervus ulnaris	011	252	
8571	exstirpácia lymfatických uzlín	010, 009	204	
8572	exstirpácia benigného nádoru prsnej žľazy	009, 010, 017	315	
8573	exstirpácia gangliómu	010, 011, 038	50	
8575	amputácia prsta pre gangrénu	010, 038	200	
8576	laparoskopické výkony diagnostické	010, 009	400	
8577	laparoskopická apendektómia	010	550	
8578a	artroskopické výkony v zápästí s použitím kobračných a shaverových sond	011, 013	1 020	
8578b	artroskopické výkony v zápästí s použitím kobračných a shaverových sond a fixačného materiálu	011, 013	1 234	
8580	operačné riešenie mus articulare	011, 013	307	
8582	operácia Dupuytrenovej kontraktúry - punkčná fasciektómia	011, 038	368	
8583	operácia Dupuytrenovej kontraktúry - parciálna fasciektómia	011, 038	368	
8584	operácia Dupuytrenovej kontraktúry - totálna fasciektómia	011, 038	373	
8586	endoskopické vyšetrenie v celkovej anestézii	010, 048, 222	250	
8588	nekrektómie	010, 038	98	
8611	konizácia cervixu	009	340	
8612	excízia vulvy - len ako terapeutický zákrok v CA	009	291	
8613	exstirpácia cýst glandule vestibularis - Bartolinskej žľazy	009	291	
8614	kordocentéza	009	265	
8615	amnioinfúzia	009	265	
8619	resekcia vaginálneho septa	009	302	
8620	hysteroskopia (+ prípadná resekcia uterinného septa)	009	449	
8622	diagnostická laparoscopia	009	287	
8623	sterilizácia ženy zo zdravotných dôvodov	009	315	predchádzajúci i súhlas ZP
8624	laparoscopia s adheziolýzou (rozrušenie zrastov)	009	400	
8625	salpingostómia - laparoskopicky	009	400	
8626	salpingektómia - laparoskopicky	009	400	
8627	ovariálna cystektómia -laparoskopicky	009	400	
8628	oophorektómia - laparoskopicky	009	400	
8629	ablácia endometriotických ložísk -laparoskopicky	009	400	
8630	kolpoperineoplastika (zadná pošvová plastika bez použitia sieťky)	009	362	
8631	uretrálna suspenzia (s použitím suburetrálnej pásky na liečbu stresovej inkontinencie) alebo pri vezikorenálnom refluxe	009, 012	450	vysvetlivka 4
8634	kyretáž vrátane dilatácie	009	338	
8635	amniocentéza - pod USG kontrolou	009	100	
8640	ablácia cervikálneho polypu	009	263	
8641	adnexektómia - laparoskopicky	009	400	
8642	myomektómia - laparoskopicky	009	400	
8643	predná pošvová plastika	009	362	
8644	rekonštrukčná operácia defektu panvového dna s použitím setu (predný alebo zadný oddiel)	009	450	
8648	prerušenie tehotenstva zo zdravotných dôvodov	009	294	vysvetlivka 5
8660k	hysteroskopia v kombinácii s inými výkonmi v odbornosti	009	500	
8662k	laparoscopia v kombinácii s inými výkonmi v odbornosti	009	500	
8800	endoskopická adenotómia	014, 114	350	
8801	tonzilektómia	014, 114	285	
8802	tonzilotómia	014, 114	300	
8803	uvulopalatoplastika	014	330	
8804	plastika oroantrálnej komunikácie	014, 070, 345	310	
8805	extrakcia kameňa submandibulárnej žľazy	014	270	
8806	exstirpácia sublingválnej slinnej žľazy	014, 114, 070	290	
8807	exstirpácia submandibulárnej slinnej žľazy	014, 070, 114	290	
8808	exstirpácia príušnej žľazy	014	340	
8809	endoskopická chordektómia	014	250	
8810	endoskopická laterofixácia	014	300	
8813	exstirpácia mediálnej krčnej cesty	014	373	
8814	exstirpácia laterálnej krčnej žľazy	014	380	
8815	turbinoplastika	014, 114	350	
8819	operácia stenózy zvukovodu (plastika zvukovodu)	014, 114	320	
8820	myringoplastika	014, 114	400	
8821	tympanoplastika bez protézy	014, 114	300	
8821a	tympanoplastika s protézou	014, 115	350	
8823	stapedoplastika	014	350	
8824	sanačná operácia stredného ucha	014	470	
8825	adenotómia	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	
8829	plastika nosovej chlopne	014	350	
8830	funkčná endoskopická sínusová chirurgia (FESS)	014	440	
8831	operácia prínosovej dutiny vonkajším prístupom	014	430	

8832	funkčná septorinoplastika	014, 114, 038	294	
8833	aurikuloplastika zo zdravotných dôvodov	014, 038, 114	252	predchádzajú ci súhlas ZP
8834	frenulotómia	014, 114	153	
8835	transpozícia vývodu submandibulárnej slinnej žľazy pri sialolitíaze a stenóze vývodu	014	340	
8836	diagnostická mikroendoskopia hrtana	014, 114	260	
8837	exstirpácia ohraničeného tumoru alebo lymfatickej uzliny podkoží na krku	014	150	
8838	diagnostická excízia z tumoru nosohltana	014, 114	285	
8840	korekcia nosového krídla vložením chrupkového transplantátu, auto- alebo alotransplantátu	038, 014	470	
8841	endoskopická operácia prínosových dutín	014,114	450	
8842	dakryocystorinostómia	014	440	
8843	dekompresia orbity	014	404	
8844	rekonštrukcia dna orbity pri blow-out fraktúre	014	423	
8846	operácia povrchového tumoru tváři a krku	038, 014, 070	65	
8847	transmyringická drenáž so zavedením ventilačnej trubičky	014, 114	150	
8850	endoskopická adetonómia + tonzilektómia	014	500	
8851	endoskopická adenotómia + tonzilotómia	014,114	500	
8852	tonzilektómia + uvulopalatoplastika	014	500	
8853	turbinoplastika + dacryocystorinostómia	014	780	
8854	turbinoplastika + funkčná endoskopická sinusová chirurgia (FEES)	014	600	
8855	turbinoplastika + septoplastika	014	600	
8856	turbinoplastika + rekonštrukcia perforácie septa nosa	014	600	
8857	septoplastika + funkčná endoskopická sinusová chirurgia (FEES)	014	660	
8858	operácia stenózy zvukovodu (plastika zvukovodu) + tympanoplastika	014	644	
8900	orchiektómia pri atrofickom semenníku	012	318	
8901	orchiektómia pre karcinóm prostaty	012	350	
8902	resekcia kondylomat na penise	012	250	
8903	Orchiopexia retinovaného hmatného semenníka (nie pri kryptorchizme)	012, 109	350	
8904	biopsia steny močového mechúra	012	107	
8905	zavedenie a/alebo odstránenie ureterálnej endoprotézy	012	264	
8909	operácia fimózy - cirkumcízia zo zdravotných dôvodov	010, 012, 038, 107, 109	300	
8910	divulzia uretry pri stenóze ženskej uretry	012, 109	210	
8911	plastika verikokély	012, 109	350	
8914	operácia jednoduchej hydrokély u mužov	012	350	
8915	frenuloplastika pre frenulum breve penis	012, 107	240	
8916	sterilizácia u muža so zdravotných dôvodov	012	290	predchádzajú ci súhlas ZP
8917	resekcia karunkuly uretry	012	170	
8918	exstirpácia kožných nádorov na vonkajších genitáliách	012, 009	131	
8919	sutúra kožnej rany v oblasti vonkajších genitálií	012	90	
8920	optická uretrotómia krátkej striktúry	012	230	
8921	biopsia prostaty	012	203	
8922	biopsia glans penis	012	93	
8924	diagnostická cystoskopia (biopsia močového mechúra)	012, 109	160	
8926	ureteroskopia	109,012	285	
8927	ureteroskopická litotripsia a extrakcia konkrémentu pri jednoduchej ureterolitíaze	012	346	
8928	dilatácia striktúry uretry	012, 109	109	
8929	operačná repozícia parařimózy	010, 012, 038, 107, 109	186	
8930	resekcia spermatokély alebo cysty nadsemeníka	012	320	
9000	artroskopická operácia temporomandibulárneho kľbu	070	450	
9001	probatórne excízie na histologické vyšetrenie v celkovej anestézii	070, 345, 358	130	
9005	operačná extrakcia retinovaných alebo semiretinovaných zubov	070, 345	264	
9006	operačná fixácia luxovaných a subluxovaných zubov	070, 345	250	
9007	operačná replantácia zubov	070, 345	280	
9008	operačné ošetrovanie komplikovaného prerazávania zuba múdrosti	070, 345, 358	98	
9009	operačná predprotetická úprava čelustí	070, 345	300	
9010	operačné ošetrovanie nepravých nádorov - epulis	070, 345, 358	130	
9011	operačná egalizácia d'asnových výbeřkov	070, 345	246	
9013	extrakcia viacerých zubov v celkovej anestéze	016,115, 070, 345	250	
9014	dentoalveolárne chirurgické výkony v celkovej anestéze pre polyvalentnú alergiu	070, 345, 358	280	
9015	dentoalveolárne chirurgické výkony v lokálnej anestéze u geriatrických a rizikových pacientov vzhľadom na interné ochorenie	070, 345, 358	322	
9016	operačné odstránenie osteosyntézového materiálu v anestézii	070, 345	320	
9017	operačná elevácia zygomaticomaxilárneho komplexu v celkovej anestézii	070	351	
9023	exstirpácia dentálnych cyst	070, 345	322	
9024	operačné prehlbenie vestibula v oblasti maxily a frontálneho úseku mandibuly	070, 345, 358	336	
9026	frenulektómia frenulum labii, frenulum accessorii a frenulum linguae	070, 345, 358	140	
9027	exstirpácia kameňov zo slinivodov	070	280	

9030	resekcia koreňového hrotu troch alebo viacerých zubov	016, 115, 070, 345	230	
9034	operácia exostózy, torus palatinus, torus mandibularis	070	230	
9035	extraorálna incízia abscesov	070, 345	210	
9924	sanácia chrupu v celkovej anestézii u nespolupracujúcich pacientov so stomatofóbiou alebo u nespolupracujúcich pacientov s mentálnou retardáciou	115, 016, 070	250	
9101	papilosfinkterektómia a odstránenie koncrementov zo žľčových ciest alebo pankreatického vývodu (endoskopická retrográdna cholangiografia)	048, 222	400	
9103	endoskopické zavedenie drenáže žľčových ciest alebo pankreasu	048, 222	400	
9104	endoskopická polypektómia a endoskopická mukózna resekcia v tráviacom trakte	048, 222	400	
9105	endoskopická injekčná sklerotizácia pažerákových varixov	048, 222	350	
9106	aplikácia stentov v tráviacom trakte pod endoskopickou alebo rtg kontrolou	048, 222	400	
9107	endoskopická laserová a argón plazma koagulačná ablácia v tráviacom trakte	048, 222	350	
9108	fotodynamická ablatívna terapia v tráviacom trakte	048, 222	310	
9109	tenkohľová biopsia pod endoskopickou ultrasonografickou kontrolou v tráviacom trakte	048, 222	360	
9202	resekcia alebo iná operácia dolnej nosovej mušle	038, 014	270	
9203	uzáver vestibulonazálnej alebo oronazálnej komunikácie	038, 070, 345	250	
9204	korekcia nosa a nosového septa pri rozštepe podnebia	038, 014	270	
9205	korekcia nosných dierok zo zdravotných dôvodov	038, 014	300	
9210	korekcia ptózy hornej mihalnice zo zdravotných dôvodov	015, 038, 336	300	predchádzajúci súhlas ZP
9211	rekonštrukcie viečok po resekcii tumoru alebo traumatickej strate lalokovou plastikou	038	350	
9212	odstránenie benígneho alebo malígneho tumoru kože a podkožia v ktorejkoľvek lokalizácii s krytím defektu lalokovou plastikou alebo voľným kožným transplantátom	038	242	
9213	korekcia kontrahujúcej jazvy Z - plastikou alebo voľným kožným transplantátom	038	208	
9214	korekcia hypertrofickej alebo keloidnej jazvy dermatóziou, excíziou alebo iným spôsobom	038	200	predchádzajúci súhlas ZP
9215	dermatózia kože v ktorejkoľvek lokalizácii z inej príčiny ako jazva	038	250	
9216	dermofasciektómia s krytím voľným kožným transplantátom	038	200	
9218	lúčovitá amputácia prsta pre recidivujúcu formu Dupuytrenovej kontraktúry s ťažkou deformitou	038	145	
9221	discízia retinaculum flexorum pri syndróme Guynovho kanála	038	330	
9222	deliberácia a transpozícia nervus ulnaris	038	330	
9223	discízia retinaculum flexorum	038	330	
9224	operačný výkon pre pronátorový syndróm	038	330	
9225	operačný výkon pre útlakové syndrómy v iných lokalitách	038,011	330	
9226	primárna alebo sekundárna mikrosutúra periférneho nervu	038	330	
9229	rekonštrukcia periférneho nervu nervovým štepom dospelých	038	200	
9234	rekonštrukcia šľachy vložení spaceru alebo voľného šľachového transplantátu	038	200	
9235	rekonštrukcia šľachy dvojdobá (Paneva-Holevich)	038	200	
9236	operácia deformity labutej šije	038	200	
9237	rozpojenie mäkkej syndaktylie	038	200	
9238	separácia jedného medzi prsta po popálení	038	200	
9245	korekcia asymetrie prsníkov vložení implantátu zo zdravotných dôvodov	038	420	predchádzajúci súhlas ZP
9246	redukčná mamoplastika zo zdravotných dôvodov	038	430	predchádzajúci súhlas ZP
9247	vloženie implantátu alebo implantát - expanderu po ablácii prsníka	038	450	vysvetlivka 6
9248	operácia gynecomastie a/alebo s liposukciou zo zdravotných dôvodov	038	310	predchádzajúci súhlas ZP
9254	operácia venter pendulum zo zdravotných dôvodov	038, 010	210	predchádzajúci súhlas ZP
9255	operácia diastázy priamych brušných svalov	038, 010	350	
9260	mikrosutúra nervu end to side	038	250	
9513	extraneurálna mikroneurolyza	038	330	
9514	intranerálna mikroneurolyza bez náhrady alebo s náhradou časti fascikulov štepom	038	250	
9515	rekonštrukcia periférneho nervu nervovým štepom u detí	038	300	
9302	nekrektómia s anestézou u detí	010, 107, 038	230	
9303	drenáž povrchového abscesu s anestézou u detí	010, 107	230	
9304	operačné odstránenie benígnych alebo malígnych útvarov kože a podkožia (preaurikulárne výbežky, pigmentové névy, ateróm) s anestézou u detí	107, 038	293	
9306	operačné odstránenie zarastajúceho nechta u detí (resekcia a plastika nechťového lôžka) po predchádzajúcej neúspešnej ambulantnej liečby	107, 010, 038	242	
9308	excízia a exstirpácia hemangiómu	010, 107	283	
9309	excízia a exstirpácia lymfangiómu	010, 107	283	
9310	exstirpácia a/alebo biopsia lymfatických uzlín z jednej lokality u detí	107, 010	285	
9315	operácia jednoduchej hydrokély u chlapcov	109	285	
9319	incízia perianálneho abscesu u detí do 12 rokov v CA	107	276	
9400	presádovanie v anestézii u detí	108	120	

9522	korekčná osteotómia a osteosyntéza	108, 038	493	
9603	exstirpácia chalasea	336	230	
9606	sondáž slzných ciest	015, 336,	160	
9607	injekčná aplikácia kortikoidu do periokulárneho hemangiómu	015, 336	160	
9608	extrakcia stehov z rohovky	336	160	
9609	laserová koagulácia sietnice	015, 336	150	
9613	aplikácia botoxu pri strabizme u detí	336	160	
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	
H5560	Diagnosticko terapeutický výkon v ústavnej zdravotnej starostlivosti - ukončená hospitalizáciu z dôvodu potreby pozorovania zdravotného stavu a/ alebo plánovaného diagnostického vyšetrenia a/alebo jednorazového podania lieku/liekov poistencovi počas jeho hospitalizácie v trvaní od 24 hodín do 72 hodín na príslušnom oddelení	neoperačné odbornosti	460	

Vysvetlivky:

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

Výkon 8704 indikuje ten poskytovateľ, ktorý výkon poistencovi poskytne.

Vyžaduje sa zapísanie indikácie vykonania výkonu zo zdravotných dôvodov do zdravotnej dokumentácie poistenca.
- 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 vykazuje ako pripočítateľná položka k výkonu. Lieky obstarávané zdravotnou poisťovňou sa vykazujú 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. Prírodná 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.
- Úhrada za osobitne hrazené výkony nie je podmienená pobytom na lôžku viac ako 24 hodín.
 - V cene osobitne hrazeného výkonu sú zahrnuté všetky náklady spojené s jeho vykonaním, t.z. komplexné vyšetrenie poistenca lekárom realizujúcim výkon, poskytnutie výkonu podľa zdravotnej indikácie, použitie zdravotníckych pomôcok (ak nie je ďalej uvedené inak), kompletná anestéziologická starostlivosť (pred, počas i po operácii), v indikovaných prípadoch aj histológia (odoslanie odoberatého biologického materiálu, záznam o výsledku v zdravotnej dokumentácii, manažment pacienta v prípade pozitívity nálezu), všetka zdravotná starostlivosť a služby súvisiace s poskytnutím zdravotnej starostlivosti vo forme osobitne hrazeného výkonu, rady a poučenia poistenca pred jeho prepustením do domácej starostlivosti.
 - Osobitne sa ako pripočítateľné položky k výkonu vykázaného zdravotnej poisťovni uhrádzajú nasledovné zdravotnícke pomôcky:
 - 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 ŠZM“).		

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 stresovej inkontinencie	Podľa Zoznamu ŠZM		

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.

V prípade, že zdravotnícka pomôcka uvedená v tomto bode pod kódom 200002 sa na základe kategorizácie špeciálnych zdravotníckych materiálov stane súčasťou Zoznamu ŠZM, zdravotná poisťovňa ju 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 za podmienky, že bola poskytnutá v súlade s preskripčnými

obmedzeniami, indikačnými obmedzeniami, množstvovými limitmi a obmedzeniami úhrady zdravotnej poisťovne na jej predchádzajúci súhlas.

5. Poskytovateľ vykazuje osobitne hradené 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 hradené výkony je možné preklasifikovať na úhradu za ukončenú hospitalizáciu na základe písomnej žiadosti poskytovateľa, ktorá je prílohou faktúry za poskytovanie zdravotnej starostlivosti, ak u poistenca vznikli komplikácie, ktoré vyžadujú pobyt na OAIM či JIS dlhší ako 24 hodín, alebo hospitalizáciu dlhšiu ako 96 hodín, kde je zároveň poskytovaná liečba, ktorá vyžaduje podanie liekov v celkovej sume viac ako 50% z ceny úhrady za osobitne hradený výkon.
7. V prípade ak poskytovateľ vykáže k úhrade pri jednom operačnom zákroku viac ako jeden osobitne hradený výkon, zdravotná poisťovňa takéto vykázanie posúdi a v prípade akceptovania môže poskytnutú zdravotnú starostlivosť uhradiť v cene ukončenej hospitalizácie na príslušnom oddelení.

XI. 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	Allogénna príbuzenská s myeloablatívnym režimom u detí do 15 r. veku, bez spracovania štepu na kolóne	29.211	1
90013	Nepříbuzenská	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, 16
100103	Pankreas (s odberom pečene) z multiorgánového odberu	511	11,3, 16
100104	Pankreas (bez odberu pečene) z multiorgánového odberu	1.955	11,3, 16
100105	Srdce z multiorgánového odberu	634	8, 16
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

XII. Finančný rozsah

Zmluvné strany sa dohodli na finančnom objeme pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti uvedenej v časti I a III prílohy č. 2b, vrátane zdravotnej starostlivosti dohodnutej podľa §8 ods. 3 Vyhlášky MZ SR č. 412/2009 Z.z. v platnom znení, takto:

- a) vo výške **1.197.000,- €** na obdobie kalendárneho roka 2014 a vo výške **598.500,- €** na obdobie jednotlivých kalendárnych polrokov plynúcich od 1.1.2015 po dobu účinnosti prílohy č. 2b k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti podľa bodu 9.3. zmluvy
- b) vo výške 99.750,- € na obdobie jednotlivých kalendárnych mesiacov plynúcich po dobu predĺženej účinnosti prílohy č. 2b k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti podľa bodu 9.4. zmluvy.