

Dodatok č. 36
k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti
č. 2001NFAL000106

Union zdravotná poisťovňa, a. s.

zastúpená: Ing. Elena Májeková, riaditeľka sekcie nákupu zdravotnej starostlivosti, revízičných činností a programov zdravia
so sídlom: Bajkalská 29/A, 821 08 Bratislava
IČO: 36 284 831
DIČ: 2022152517
bankové spojenie: Štátna pokladnica
číslo účtu: 7 000 256 518 / 8180
IBAN: SK37 8180 0000 0070 0025 6518
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 Trnava

zastúpený: Ing. Martin Neštický, MBA, riaditeľ
so sídlom: Andreja Žarnova 11, 917 02 Trnava
IČO: 00610381
identifikátor poskytovateľa (prvých šesť znakov kódu poskytovateľa): P20979
(ďalej len "poskytovateľ")
(spoločne aj ako „zmluvné strany“)

Zmluvné strany uzatvárajú tento dodatok č. 36 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti č. 2001NFAL000106 (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 o poskytovaní zdravotnej starostlivosti:

1. Text bodu 3.3. článku III zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa mení a znie nasledovne:
„3.3. Zmluvné strany sa dohodli, že niektoré zmluvné podmienky definované v bode 3.1. zmluvy sú dohodnuté v príslušných prílohách, ktoré tvoria neoddeliteľnú súčasť zmluvy.“.
2. Články IV až VI zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa vrátane ich nadpisov nahrádzajú novými článkami IV až VII, ktoré znejú takto:

„Článok IV
Práva a povinnosti zmluvných strán

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

- zákon č. 581/2004 Z.z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 581/2004 Z.z.“),
- zákon č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,
- zákon č. 577/2004 Z.z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov,
- zákon č. 578/2004 Z.z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,
- zákon č. 579/2004 Z.z. o záchrannnej zdravotnej službe a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,
- zákon č. 580/2004 Z.z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,
- zákon č. 538/2005 Z. z. o prírodných liečivých vodách, prírodných liečebných kúpeľoch, kúpeľných miestach a prírodných minerálnych vodách a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,
- zákon č. 362/2011 Z.z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,

- zákon č. 363/2011 Z.z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a diietických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,
- zákon č. 513/1991 Zb. Obchodný zákonník v znení neskorších predpisov,
- zákon NR SR č. 18/1996 Z. z. o cenách v znení neskorších predpisov,
- nariadenie (ES) Európskeho parlamentu a Rady č. 883/2004 o koordinácii systémov sociálneho zabezpečenia v platnom znení
- nariadenie Európskeho parlamentu a Rady (ES) č. 987/2009, ktorým sa stanovuje postup vykonávania nariadenia (ES) č. 883/2004 o koordinácii systémov sociálneho zabezpečenia v platnom znení,
- nariadenia vlády SR, vyhlášky, výnosy, opatrenia a ostatné vykonávacie a súvisiace predpisy, ktoré sú vydávané na základe všeobecne záväzných právnych predpisov a ktoré sa vzťahujú najmä na poskytovanie a úhradu zdravotnej starostlivosti, vždy v účinnom znení,
- odborné alebo metodické usmernenia, smernice, metodiky, koncepcie a iné obdobné predpisy, ktoré na základe všeobecne záväzných právnych predpisov v medziach svojich právomocí vydáva Ministerstvo zdravotníctva SR, Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou a iné ústredné orgány štátnej správy, ktoré sa obvykle zverejňujú vo vestníkoch a ktoré sa vzťahujú na poskytovanie zdravotnej starostlivosti, vždy v účinnom znení.

4. 2. Poskytovateľ, v lehote desiatich kalendárnych dní od zmeny základných identifikačných údajov, najneskôr však v termíne najbližšej fakturácie poskytnutej zdravotnej starostlivosti, písomne alebo prostredníctvom elektronickej podateľne informuje zdravotnú poisťovňu o zmene základných identifikačných údajov, napr. o zmene štatutárneho orgánu alebo jeho člena, bankového spojenia, identifikačného čísla organizácie, čísla telefónu a čísla faxu, ako aj o zmenách v zozname číselných kódov lekárov (sestier) a číselných kódov ambulancií, o zmenách vo veľkosti úväzkov lekárov (sestier) a ďalších skutočnostiach, ktoré môžu mať vplyv na riadne plnenie zmluvy, a to najmä o zmenách v personálnom a materiálo-technickom vybavení zdravotníckeho zariadenia.

4. 3. Zmluvné strany sú povinné zachovávať mlčanlivosť o skutočnostiach, s ktorými prídu do styku pri plnení zmluvy. Za uvedené skutočnosti sa považujú informácie, ktoré jedna alebo druhá zmluvná strana považuje za dôverné, ktoré zodpovedajú definícii obchodného tajomstva podľa príslušných ustanovení zákona č. 513/1991 Zb. Obchodný zákonník v znení neskorších predpisov, ako aj osobné údaje alebo údaje chránené podľa osobitných predpisov. Táto povinnosť trvá aj po ukončení platnosti zmluvy; týmto nie sú dotknuté oznamovacie povinnosti vyplývajúce zo všeobecne záväzných právnych predpisov.

4. 4. Zmluvné strany sa zaväzujú pri spracovávaní osobných údajov postupovať v súlade so zákonom č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov.

4. 5. Poskytovateľ má právo na úhradu zdravotnej starostlivosti poskytnutej poistencovi v súlade so zmluvou a s predpismi uvedenými v bode 4.1. zmluvy v zmluvne dohodnutej lehote splatnosti. Poskytovateľ zodpovedá za úplnosť, správnosť a pravdivosť vykazovaných údajov o poskytnutej zdravotnej starostlivosti.

4. 6. Poskytovateľ je povinný:

- a) zdravotnej poisťovni doručiť kópiu právoplatného rozhodnutia o vydaní povolenia orgánom príslušným na vydanie povolenia z dôvodu vydania nového povolenia, a to v lehote desiatich kalendárnych dní odo dňa právoplatnosti tohto rozhodnutia; predložením nového právoplatného rozhodnutia o vydaní povolenia nedochádza k zmene rozsahu zdravotnou poisťovňou a poskytovateľom zmluvne dohodnutej zdravotnej starostlivosti¹; zmena rozsahu zdravotnej starostlivosti podľa prílohy č. 1 je možná len písomným dodatkom k zmluve podľa bodu 10.4. zmluvy alebo uzavretím novej zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti,
- b) zdravotnej poisťovni doručiť kópiu dokladu o vyznačení zmeny údajov v povolení vydaného orgánom príslušným na vydanie povolenia, ktorých zmena si nevyžaduje vydanie nového povolenia, a to v lehote desiatich kalendárnych dní odo dňa vykonania vyznačenia zmeny údajov v povolení,
- c) zdravotnej poisťovni doručiť kópiu právoplatného rozhodnutia o dočasnom pozastavení povolenia vydaného orgánom príslušným na vydanie povolenia, a to v lehote desiatich kalendárnych dní odo dňa jeho právoplatnosti; v prípade dočasného pozastavenia povolenia poskytovateľ nie je oprávnený vykonávať činnosť, na ktorú bol oprávnený podľa dočasne pozastaveného povolenia; poskytovateľ nemá právo vykazovať na úhradu zdravotnej poisťovni výkony zdravotnej starostlivosti odo dňa právoplatnosti rozhodnutia o dočasnom pozastavení povolenia do zrušenia tohto rozhodnutia; týmto nie je dotknuté právo poskytovateľa vykazovať a fakturovať zdravotnej poisťovni výkony zdravotnej starostlivosti, ktoré realizoval pred nadobudnutím právoplatnosti rozhodnutia o dočasnom pozastavení povolenia a kedy splňal všetky zákonné podmienky na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia,
- d) zdravotnej poisťovni doručiť kópiu právoplatného rozhodnutia o zrušení povolenia vydaného orgánom príslušným na zrušenie povolenia, a to v lehote desiatich kalendárnych dní odo dňa jeho právoplatnosti,
- e) overiť si pred poskytnutím zdravotnej starostlivosti poistný vzťah poistenca k zdravotnej poisťovni a prípadnú prítomnosť poistenca v zozname dlžníkov uverejnenom na webovom sídle zdravotnej poisťovne; ak poistenc pri poskytnutí zdravotnej starostlivosti nemá preukaz poistenca, alebo ak existuje dôvodná pochybnosť o jeho poistnom vzťahu k zdravotnej poisťovni, má poskytovateľ možnosť overiť si poistný vzťah poistenca na telefónnom čísle zákazníckeho centra zdravotnej poisťovne 0850 00 33 33 alebo na webovom sídle zdravotnej poisťovne; poskytovateľ pri vykazovaní zdravotnej starostlivosti na úhradu zdravotnej poisťovni postupuje v súlade s tým, že poistenc uvedený v zozname dlžníkov uverejnenom na webovom sídle zdravotnej poisťovne má podľa všeobecne záväzného právneho

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

predpisu právo len na úhradu neodkladnej zdravotnej starostlivosti zo strany zdravotnej poisťovne, ak všeobecne záväzný právny predpis neustanovuje inak,

f) pri poskytovaní zdravotných výkonov v zariadeniach ambulantnej zdravotnej starostlivosti prístrojovým vybavením, ktoré je nad rámec minimálneho materiálne-technického vybavenia stanoveného príslušným všeobecne záväzným právnym predpisom, predložiť zdravotnej poisťovni kópiu dokladu o vlastníctve alebo inom oprávnení využívať prístroj, certifikát k prístroju a písomne požiadať zdravotnú poisťovňu o schválenie poskytovania zdravotných výkonov poskytovaných uvedeným prístrojovým vybavením; zdravotnou poisťovňou schválené zdravotné výkony podľa predchádzajúcej vety, s uvedením kódu zdravotného výkonu a kódu odbornosti ambulantnej zdravotnej starostlivosti, tvoria prílohu č. 3 k zmluve,

g) vykazovať poskytnutú zdravotnú starostlivosť v súlade s nariadením vlády SR č. 777/2004 Z. z., ktorým sa vydáva Zoznam chorôb, pri ktorých sa zdravotné výkony čiastočne uhrádzajú alebo sa neuhrádzajú na základe verejného zdravotného poistenia v znení neskorších predpisov, v súlade s nariadením vlády SR č. 776/2004 Z. z., ktorým sa vydáva Katalóg zdravotných výkonov v znení neskorších predpisov, v súlade s výnosom Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. S10109-OL-2014, ktorým sa ustanovuje zoznam zdravotných výkonov pre klasifikačný systém diagnosticko-terapeutických skupín a v súlade s touto zmluvou; choroby podľa MKCH-10-SK-2013 vykazovať v troj – až päťmiestnom tvare bez použitia bodky alebo iného interpunkčného znamienka,

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

i) oznamovať zdravotnej poisťovni k poslednému dňu v kalendárnom mesiaci na tlačive predpísanom Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou každé poskytnutie zdravotnej starostlivosti poistencovi v dôsledku preukázaného porušenia liečebného režimu alebo užitia alkoholu alebo inej návykovej látky, ako aj úrazy alebo iné poškodenie zdravia poistenca, v súvislosti s ktorými poskytol poistencovi zdravotnú starostlivosť pri dôvodnom podozrení, že k úrazu alebo inému poškodeniu zdravia poistenca došlo zavineným protiprávnym konaním tretej osoby; smrteľné úrazy, ťažké úrazy, hromadné úrazy a choroby z povolania je poskytovateľ zdravotnej starostlivosti povinný oznamovať všetky bez výnimky,

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

k) vykazovať zdravotnú starostlivosť na úhradu zdravotnej poisťovni pravdivo a správne; zdravotná starostlivosť je vykázaná nepravdivo, ak poskytovateľ vykázal zdravotnej poisťovni na úhradu zdravotnú starostlivosť, ktorú preukázateľne neposkytol alebo ju preukázateľne neposkytol v takom rozsahu, ako ju vykázal; zdravotná starostlivosť je vykázaná nesprávne, ak poskytovateľ vykázal poskytnutú zdravotnú starostlivosť zdravotnej poisťovni v rozpore so zmluvou a/alebo predpisom/predpismi uvedenými v bode 4.1. zmluvy,

l) viesť zdravotnú dokumentáciu v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi tak, aby obsahovala pravdivý a úplný prehľad o poskytnutej zdravotnej starostlivosťi a aby údaje v zdravotnej dokumentácii boli čitateľné,

m) dodržiavať poradie poistencov v zozname poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti, ktorý vedie zdravotná poisťovňa podľa všeobecne záväzného právneho predpisu, okrem prípadov neodkladného poskytovania zdravotnej starostlivosti,

n) poskytovať zdravotnej poisťovni údaje:

na) o poskytnutej zdravotnej starostlivosťi uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia (okrem údajov o zdravotnej starostlivosťi poskytnutej v špecializačnom odbore psychiatria alebo v špecializačnom odbore detská psychiatria) podľa zoznamu zdravotných výkonov pre klasifikačný systém diagnosticko-terapeutických skupín a podľa zoznamu chorôb kódovaných podľa pravidiel kódovania chorôb a pravidiel kódovania zdravotných výkonov určených príslušným všeobecne záväzným právnym predpisom

nb) o nákladoch na poskytnutú zdravotnú starostlivosť uhrádzanú na základe verejného zdravotného poistenia okrem údajov o nákladoch na zdravotnú starostlivosť poskytnutú v špecializačnom odbore psychiatria alebo v špecializačnom odbore detská psychiatria

poskytovateľ v každom prípade poskytuje údaje zdravotnej poisťovni na základe jej predchádzajúcej žiadosti v rozsahu ako ich poskytuje Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou a v lehote určenej zdravotnou poisťovňou; ak údaje požadované zdravotnou poisťovňou obsahujú osobné údaje, ktoré v zmysle všeobecne záväzného právneho predpisu/predpisov nemožno poskytnúť tretej osobe bez súhlasu dotknutej osoby, poskytovateľ takéto osobné údaje pred ich poskytnutím zdravotnej poisťovni upraví do takej podoby, v ktorej ich nemožno priradiť dotknutej osobe, ktorej sa týkajú; týmto nie je dotknutá možnosť poskytovateľa poskytnúť zdravotnej poisťovni osobný údaj, s ktorého poskytnutím zdravotnej poisťovni dotknutá osoba udelila súhlas,

o) v prípade indikácie výkonov spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek, ktoré sú zahrnuté do spektra výkonov uhrádzaných v rámci preventívnej prehliadky, vystaviť samostatnú žiadamku,

p) viesť, aktualizovať a na predchádzajúcu žiadosť zdravotnej poisťovne jej v lehote 5 pracovných dní od vyžiadania poskytnúť zoznam poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej (t.j. inej ako neodkladnej) zdravotnej starostlivosti v rámci jednotlivých oddelení nemocnice a/alebo jednotlivých zariadení jednotňovej zdravotnej starostlivosti poskytovateľa (ďalej len „zoznam poskytovateľa“) s uvedením mena, priezviska a dátumu narodenia poistenca, jeho poradia v zozname poskytovateľa, dátumu zaradenia poistenca do zoznamu poskytovateľa, dátumu plánovaného poskytnutia zdravotnej starostlivosti a odbornosti oddelenia nemocnice alebo zariadenia jednotňovej zdravotnej starostlivosti, v rámci ktorého má byť poistencovi poskytnutá zdravotná starostlivosť; táto povinnosť sa nevzťahuje na tú zdravotnú starostlivosť (choroby), pre ktorú je zdravotná poisťovňa povinná viesť zoznam poistencov čakajúcich

na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti podľa všeobecne záväzného právneho predpisu (ďalej len „zoznam zdravotnej poisťovne“),

q) postupovať tak, aby nedochádzalo k nárastu počtu poistencov zaradených do zoznamu poskytovateľa alebo do zoznamu zdravotnej poisťovne; na účely tejto povinnosti sa za nárast počtu poistencov považuje situácia, keď je v danom kalendárnom štvrtroku počet poistencov zaradených do zoznamu poskytovateľa o viac ako 10 % vyšší ako je počet poistencov zaradených do zoznamu poskytovateľa v bezprostredne predchádzajúcom kalendárnom štvrtroku, resp. keď je v danom kalendárnom štvrtroku počet poistencov zaradených do zoznamu zdravotnej poisťovne o viac ako 3 % vyšší ako je počet poistencov zaradených do zoznamu zdravotnej poisťovne v bezprostredne predchádzajúcom kalendárnom štvrtroku, pričom sa vychádza z údajov o počte poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti u poskytovateľa,

r) pravdivo, korektne a neskreslene informovať poistencov o podmienkach poskytovania zdravotnej starostlivosti poistencom a úhrady tejto zdravotnej starostlivosti zdravotnou poisťovňou.

4.7. Poskytovateľ ambulantnej zdravotnej starostlivosti formou písomnej žiadanky objednáva u zmluvného poskytovateľa zdravotnej poisťovne na poskytovanie služby súvisiacej s poskytovaním zdravotnej starostlivosti dopravu poistenca v priamej súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti z miesta bydliska do zdravotníckeho zariadenia a späť alebo medzi dvoma zdravotníckymi zariadeniami, z nasledovných dôvodov:

- a) zdravotný stav neumožňuje poistencovi samostatný pohyb alebo prepravu prostriedkami verejnej hromadnej dopravy, a/alebo
- b) poistenec je zaradený do chronického dialyzačného programu alebo do transplantáčného programu a preprava sa týka zdravotnej starostlivosti súvisiacej s týmito programami.

4.8. Poskytovateľ je oprávnený odporučiť alebo inak odoslať poistenca na poskytnutie zdravotnej starostlivosti k inému poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti iba v prípade ak:

- a) ide o zdravotnú starostlivosť, na ktorej poskytnutie sa vyžaduje taký druh zdravotníckeho zariadenia, ktorý poskytovateľ neprevádzkuje, alebo ide o takú medicínsku odbornosť, v rámci ktorej poskytovateľ neprevádzkuje potrebný druh zdravotníckeho zariadenia,
- b) ide o zdravotnú starostlivosť, ktorá nie je predmetom zmluvného vzťahu medzi poskytovateľom a zdravotnou poisťovňou, alebo
- c) materiálno-technické a/alebo personálne vybavenie poskytovateľa neumožňuje poskytnúť poistencovi potrebnú zdravotnú starostlivosť.

4.9. Poskytovateľ indikuje a predpisuje humánne lieky, dietetické potraviny a zdravotnícke pomôcky v súlade s preskripčnými a indikačnými obmedzeniami, množstvom a finančnými limitmi uvedenými v zozname kategorizovaných liekov, v zozname kategorizovaných zdravotníckych pomôcok a v zozname kategorizovaných dietetických potravín podľa zákona č. 362/2011 Z.z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach“); v prípade zoznamov uvedených v tomto bode je vždy rozhodujúce ich znenie platné v čase indikácie alebo predpisania lieku, zdravotníckej pomôcky alebo dietetickej potraviny. Ak ide o liečivo uvedené v prílohe č. 1 k zákonu o liekoch a zdravotníckych pomôckach, predpisujúci lekár je povinný predpísať humánny liek s obsahom tohto liečiva uvedením názvu liečiva za dodržania podmienok ustanovených v § 119 ods. 5 zákona o liekoch a zdravotníckych pomôckach. Pri predpisovaní humánneho lieku spôsobom podľa predchádzajúcej vety a zdravotníckej pomôcky a dietetickej potraviny je predpisujúci lekár povinný postupovať účelne a hospodárne podľa súčasných poznatkov farmakoterapie a plniť ostatné povinnosti podľa § 119 zákona o liekoch a zdravotníckych pomôckach.

Poskytovateľ predpisuje očkovacie látky na lekárskom predpise v maximálnom množstve jednej dávky (injekcia/ampula) v reálnom čase plánovaného očkovania podľa dávkovacej schémy uvedenej v súhrne charakteristických vlastností lieku alebo podľa očkovacieho kalendára pre povinné pravidelné očkovanie detí a dospelých, ktorý vydáva Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky, v súlade s indikačným a preskripčným obmedzením. Pre vylúčenie akýchkoľvek pochybností, očkovanie poistenca mimo termínov určených očkovacím kalendárom z objektívnych dôvodov, prípadne na základe požiadavky poistenca alebo jeho zákonného zástupcu, sa nepovažuje za porušenie postupu poskytovateľa pri predpisovaní očkovacej látky podľa tohto bodu.

4.10. Poskytovateľ lieky a zdravotnícke pomôcky, ktoré mu obstarala a dodala zdravotná poisťovňa, vykazuje na úhradu zdravotnej poisťovni s nulovou hodnotou súčasne s vykázaním výkonu podania lieku, alebo zdravotníckej pomôcky.

4.11. Zdravotná poisťovňa je povinná uhradiť poskytovateľovi zdravotnú starostlivosť uhrádzanú na základe verejného zdravotného poistenia, poskytnutú jej poistencom, v súlade s touto zmluvou a v súlade s predpismi uvedenými v bode 4.1. zmluvy v lehote splatnosti dohodnutej v zmluve.

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

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

spísaním záznamu o jeho ukončení alebo odmietnutím podpísania záznamu o ukončení dohodovacieho rokovania jednou zo zmluvných strán.

4. 14. Zdravotná poisťovňa uhradza zdravotnú starostlivosť, ktorú poskytovateľ v Slovenskej republike poskytol poistencom členských štátov Európskej únie, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu, Švajčiarska alebo cudzincom zo štátov, s ktorými má Slovenská republika uzatvorené medzinárodné dohody o poskytnutí zdravotnej starostlivosti (ďalej len „poistenci EÚ“), v rozsahu a za podmienok určených príslušnými všeobecne záväznými právnymi predpismi alebo príslušnou medzinárodnou zmluvou a za rovnakých zmluvných podmienok ako zdravotnú starostlivosť poskytnutú poistencom; to neplatí, ak je v príslušnej prílohe zmluvy dohodnutý spôsob úhrady zdravotnej starostlivosti formou ceny kapitácie, v takomto prípade sa pri dodržaní všetkých ostatných podmienok zdravotná starostlivosť uhradza v rozsahu poskytnutých zdravotných výkonov.

4. 15. Poskytovateľ udeľuje súhlas s poskytovaním akýchkoľvek dôverných štatistických údajov, ktoré poskytol Národnému centru zdravotníckych informácií na základe všeobecne záväzného právneho predpisu/predpisov a ktoré sa ho týkajú, zdravotnej poisťovni. Údaje podľa toho bodu zmluvy budú použité za účelom účelného, efektívneho a hospodárneho vynakladania finančných prostriedkov z verejného zdravotného poistenia.“.

Článok V Globálny rozpočet

5.1. Zmluvné strany sa dohodli, že zdravotná poisťovňa uhradí v súlade s touto zmluvou vykázanú a zdravotnou poisťovňou uznanú zdravotnú starostlivosť (ďalej len „uznaná zdravotná starostlivosť“) bližšie určenú v prílohe č. 2a (okrem gynekologickej špecializovanej ambulantnej starostlivosti, všeobecnej ambulantnej starostlivosti, lekárskej služby prvej pomoci, záchranej zdravotnej služby a výkonov asistovanej reprodukcie) a v prílohe č. 2b zmluvy (okrem mimoriadne finančne náročnej zdravotnej starostlivosti, výkonov finančne náročnej zdravotnej starostlivosti), vrátane zdravotnej starostlivosti dohodnutej podľa § 8 ods. 3 vyhlášky MZ SR č. 412/2009 Z. z. v platnom znení, a uznaný špeciálny zdravotnícky materiál² (ak ho poskytovateľ vykazuje) poskytnutý v príslušnom kalendárnom mesiaci poistencom zdravotnej poisťovne (okrem poistencov EÚ) najviac do výšky celkovej mesačnej úhrady (ďalej len „globálny rozpočet“). Zdravotná starostlivosť, na ktorú sa podľa tohto bodu globálny rozpočet nevzťahuje, sa uhradza bez určenia finančného rozsahu a v cenách uvedených v príslušných prílohách zmluvy.

5.2. Výška globálneho rozpočtu na jeden kalendárny mesiac je 125.236,- eur.

5.3. V prípade, že v danom kalendárnom mesiaci poskytovateľ poskytne poistencom uznanú zdravotnú starostlivosť a špeciálny zdravotnícky materiál v takom rozsahu, že celková suma úhrady pri uplatnení jednotlivých výšok úhrad uvedených v príslušných prílohách zmluvy by bola nižšia ako je globálny rozpočet, jednotlivé výšky úhrad za poskytnutú uznanú zdravotnú starostlivosť sa pre daný kalendárny mesiac pomerne zvýšia tak, že celková suma úhrady sa rovná globálnemu rozpočtu.

5.4. V prípade, že v danom kalendárnom mesiaci poskytovateľ poskytne poistencom uznanú zdravotnú starostlivosť a špeciálny zdravotnícky materiál v takom rozsahu, že celková suma úhrady pri uplatnení jednotlivých výšok úhrad uvedených v príslušných prílohách zmluvy by bola vyššia ako je globálny rozpočet, jednotlivé výšky úhrad za poskytnutú uznanú zdravotnú starostlivosť sa pre daný kalendárny mesiac pomerne znížia tak, že výsledná suma úhrady sa rovná globálnemu rozpočtu.

5.5. Ak poskytovateľ počas sledovaného obdobia poskytne poistencom uznanú zdravotnú starostlivosť a špeciálny zdravotnícky materiál v takom rozsahu, že celková suma úhrady by pri uplatnení výšok úhrad za zdravotnú starostlivosť uvedených v príslušných prílohách bola v priemere za kalendárny mesiac o viac ako 20 % vyššia ako globálny rozpočet, zvyšuje sa globálny rozpočet o 10 %. Ak poskytovateľ počas sledovaného obdobia poskytne poistencom uznanú zdravotnú starostlivosť a špeciálny zdravotnícky materiál v takom rozsahu, že celková suma úhrady by pri uplatnení výšok úhrad za zdravotnú starostlivosť uvedených v príslušných prílohách bola v priemere za kalendárny mesiac o 20 % nižšia ako globálny rozpočet, znižuje sa globálny rozpočet o 10 %. Sledovaným obdobím pre účely tohto bodu je prvých šesť po sebe nasledujúcich kalendárnych mesiacov z obdobia, počas ktorého bola v každom kalendárnom mesiaci výška globálneho rozpočtu rovnaká. Pre vylúčenie akýchkoľvek pochybností sa zmluvné strany dohodli, že ak nedôjde k zmene globálneho rozpočtu, nové sledované obdobie začína plynúť bezprostredne po skončení predchádzajúceho sledovaného obdobia; ak dôjde k zmene globálneho rozpočtu, nové sledované obdobie začína plynúť od kalendárneho mesiaca (vrátane), v ktorom sa uplatní nová výška globálneho rozpočtu. Globálny rozpočet zvýšený alebo znížený na základe tohto bodu zmluvy sa uplatní najskôr od štvrtého kalendárneho mesiaca nasledujúceho po skončení príslušného sledovaného obdobia.

5.6. Každá zo zmluvných strán na písomnú výzvu druhej zmluvnej strany pristúpi k rokovaniu o uzavretí dodatku ku zmluve alebo novej zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, ktorou sa upraví globálny rozpočet, ak:

- dôjde k zásadnej zmene rozsahu alebo druhu zdravotnej starostlivosti, ktorú poskytovateľ poskytuje poistencom, ak tieto zmeny mali preukázateľný vplyv na počet poistencov, ktorým poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť,
- dôjde k legislatívnej a/alebo inej právne záväznej regulačnej úprave zdravotníckej autority majúcej vplyv na rozsah a úhradu poskytnutej zdravotnej starostlivosti,

² Na účely čl. V sa špeciálnym zdravotníckym materiálom rozumie špeciálny zdravotnícky materiál, ktorý je v čase jeho použitia zaradený do platného Zoznamu kategorizovaných špeciálnych zdravotníckych materiálov v zmysle zákona č. 363/2011 Z. z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a diietických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „Zoznam ŠZM“), a špeciálny zdravotnícky materiál, ktorý nie je zaradený v Zozname ŠZM a ktorého úhradu zdravotná poisťovňa schválila.

- c) poskytovateľ poruší povinnosť podľa bodu 4.6. písm. q) a/alebo 4.8. zmluvy alebo ak hrozí porušenie čo i len jednej z týchto povinností, alebo
- d) zdravotná poisťovňa zistí nedostatky v účelnosti, efektívnosti a hospodárnosti vynakladania prostriedkov verejného zdravotného poistenia, rozsahu a kvalite poskytovanej zdravotnej starostlivosti, dodržiavaní všeobecne záväzných právnych predpisov a zmluvných podmienok v dôsledku konania poskytovateľa.

5.7. Ustanovenia článkov VI a VII zmluvy sa vykladajú a aplikujú tak, aby bol naplnený účel článku V zmluvy. Ustanovenie bodov 8.1. a 8.2. zmluvy sa v prípade zdravotnej starostlivosti hradenej globálnym rozpočtom nepoužívajú.“

Článok VI

Splatnosť úhrady zdravotnej starostlivosti a platobné podmienky

6.1. Poskytovateľ zdravotnej poisťovni predkladá účtovný doklad – faktúru (ďalej len „faktúra“) za poskytnutú zdravotnú starostlivosť v zúčtovacom období, spravidla do 10-tich kalendárnych dní po uplynutí tohto zúčtovacieho obdobia. Zúčtovacím obdobím je celý kalendárny mesiac. V prípade doručenia faktúry pred uplynutím zúčtovacieho obdobia sa za deň doručenia faktúry považuje prvý kalendárny deň nasledujúceho mesiaca. Poskytovateľ je povinný predložiť faktúru niektorým zo spôsobov uvedených v bode 9.1. alebo podľa bodu 9.2. zmluvy a to v členení podľa druhu zmluvne dohodnutých druhov poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Ak nie je pre osobitné prípady uvedené v prílohách zmluvy dohodnuté inak, poskytovateľ vyvinie maximálne úsilie, aby pre účely úhrady zdravotnej starostlivosti hradenej globálnym rozpočtom používal iba jednu samostatnú faktúru za jedno zúčtovacie obdobie. Vzhľadom na povahu globálneho rozpočtu poskytovateľ berie na vedomie, že v prípade vystavenia viac ako jednej faktúry za jedno zúčtovacie obdobie, zdravotná poisťovňa uhradí celý globálny rozpočet iba ku jednej faktúre. Bezprostredne predchádzajúcimi dvoma vetami nie sú dotknuté oprávnenia zdravotnej poisťovne podľa čl. VI a VII zmluvy a ani úhrada zdravotnej starostlivosti, ktorá nie je hradená globálnym rozpočtom.

6.2. Povinnou prílohou faktúry za poskytovanie zdravotnej starostlivosti sú elektronicky spracované dávky na dátových médiách (disketa, CD, USB kľúč) obsahujúce zoznam poskytnutých zdravotných výkonov, a to v platnom dátovom rozhraní určenom metodickým usmernením o spracovaní a vykazovaní zdravotných výkonov poskytovateľov zdravotnej starostlivosti elektronickou formou vydaným Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

Ak predmetom zmluvy podľa prílohy č. 1 k zmluve je:

- a) poskytovanie domácej ošetrovateľskej starostlivosti, povinnou prílohou faktúry pri prvej fakturácii poskytnutej ošetrovateľskej starostlivosti poistencovi je aj návrh na poskytnutie ošetrovateľskej starostlivosti tomuto poistencovi v písomnej alebo elektronickej podobe,
- b) poskytovanie jednodňovej zdravotnej starostlivosti, povinnou prílohou faktúry v prípade následných komplikácií a následných hospitalizácií po výkonoch jednodňovej zdravotnej starostlivosti je aj hlásenie o následnej komplikácii alebo následnej hospitalizácii po výkonoch jednodňovej zdravotnej starostlivosti v písomnej alebo elektronickej podobe.

6.3. Zdravotná poisťovňa vykoná kontrolu formálnej správnosti doručenej faktúry; pod kontrolou formálnej správnosti zmluvné strany rozumejú kontrolu povinných náležitostí doručenej faktúry podľa platných právnych predpisov a jej príloh podľa bodu 6.2. zmluvy. Ak zdravotná poisťovňa zistí, že faktúra nie je v zmysle predchádzajúcej vety formálne správna, vráti (zašle) ju poskytovateľovi najneskôr do 10-tich dní odo dňa jej doručenia na jej doplnenie alebo opravu spolu s uvedením dôvodu vrátenia. V prípade vrátenia formálne nesprávnej faktúry poskytovateľovi plynie lehota stanovená pre kontrolu vecnej správnosti údajov, uvedená v bode 6.4. zmluvy a lehota splatnosti dohodnutá v bode 6.9. zmluvy, odo dňa opätovného doručenia formálne správnej faktúry do zdravotnej poisťovne.

6.4. U formálne správnej faktúry vykoná zdravotná poisťovňa najneskôr do 25-tich dní odo dňa jej doručenia kontrolu vecnej správnosti údajov uvedených vo faktúre a jej prílohách. Zdravotná poisťovňa najmä preverí, či osoby, ktorým poskytovateľ v zúčtovacom období zdravotnú starostlivosť poskytol, boli v čase poskytnutia zdravotnej starostlivosti poistencami zdravotnej poisťovne, alebo osobami, ktorým mohla byť poskytnutá zdravotná starostlivosť hradená zdravotnou poisťovňou. Zdravotná poisťovňa ďalej vykoná kontrolu, či zdravotná starostlivosť bola vykázaná v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi a s touto zmluvou.

6.5. Ak zdravotná poisťovňa zistí, že vo faktúre a jej prílohách sú uvedené nesprávne, nepravdivé alebo neúplné údaje alebo sú vykázané v rozpore s touto zmluvou, spracuje tieto zistenia do elektronického chybového protokolu³ (ďalej len „protokol sporných dokladov“); pričom oprávnenie zdravotnej poisťovne vykonať u poskytovateľa kontrolu všetkých údajov uvedených vo faktúre a jej prílohách v súlade s článkom VII zmluvy nie je týmto dotknuté. Zdravotná poisťovňa protokol sporných dokladov zašle poskytovateľovi najneskôr do 25-tich dní odo dňa doručenia formálne správnej faktúry. Spolu s protokolom sporných dokladov zdravotná poisťovňa zašle poskytovateľovi aj súhrnný prehľad výsledku spracovania zdravotných výkonov (ďalej len „lekársky protokol“) a zdravotnou poisťovňou vystavený opravný účtovný doklad (dobropis alebo ľarchopis) na sumu vo výške rozdielu medzi poskytovateľom fakturovanou sumou a sumou uznanou zdravotnou poisťovňou podľa lekárskeho protokolu.

6.6. Zdravotná poisťovňa uhradí poskytovateľovi faktúru vo výške sumy určenej podľa lekárskeho protokolu, ak poskytovateľ vystaví a zdravotnej poisťovni doručí opravný účtovný doklad (dobropis alebo ľarchopis) na sumu vo výške rozdielu medzi ním fakturovanou sumou a sumou určenou zdravotnou poisťovňou podľa lekárskeho protokolu, alebo zdravotnej poisťovni doručí pečaťou a svojím podpisom potvrdený opravný účtovný doklad vystavený a poskytovateľovi doručený zdravotnou poisťovňou podľa bodu 6.5. zmluvy. Doručením formálne a vecne správneho opravného účtovného dokladu zdravotnej poisťovni sa faktúra považuje za vecne správnu. Tým nie je dotknuté právo poskytovateľa na postup podľa bodu 6.7. zmluvy.

³ Podľa Metodického usmernenia Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou č. 6/2013.

6.7. Ak poskytovateľ napriek zaslaní opravného účtovného dokladu podľa bodu 6.6. zmluvy nesúhlasí so skutočnosťami uvedenými v protokole sporných dokladov, má právo ich reklamovať a písomne odôvodniť vykázané neuznaných zdravotných výkonov zdravotnej poisťovni do 10-ich dní od doručenia lekárskeho protokolu. Zdravotná poisťovňa zašle poskytovateľovi písomné stanovisko k podanej reklamácií do 10-ich dní od jej doručenia. Ak zdravotná poisťovňa akceptuje vykázané reklamovaných sporných zdravotných výkonov alebo ich časti, poskytovateľ vystaví samostatnú faktúru len na akceptované reklamované zdravotné výkony alebo ich časť podľa platných dátových rozhraní a predloží ju zdravotnej poisťovni na úhradu. Prílohou tejto faktúry je elektronicky spracovaná dávka na dátovom médiu podľa platných dátových rozhraní v rozsahu akceptovanej reklamácie. Faktúra je vystavená za obdobie, v ktorom bola poskytnutá reklamovaná zdravotná starostlivosť. Toto nemá vplyv na skutočnosti uvedené v bode 6.9. zmluvy.

6.8. Ak zdravotná poisťovňa neakceptuje reklamáciu poskytovateľa podľa bodu 6.7. zmluvy, poskytovateľ môže požiadať zdravotnú poisťovňu o rokovanie do 10-tich dní od doručenia písomného stanoviska zdravotnej poisťovne k podanej reklamácií. Rozpor obidvo zmluvné strany prerokujú v sídle zdravotnej poisťovne do 40-tich dní od doručenia lekárskeho protokolu. O výsledku rokovania zdravotná poisťovňa vyhotoví písomný záznam, ktorého jeden rovnopis zašle najneskôr do 10-ich dní od skončenia rokovania poskytovateľovi. V prípade, že výsledkom rokovania zmluvných strán bude akceptácia reklamovaných nehradených zdravotných výkonov alebo len ich časti, poskytovateľ vystaví samostatnú faktúru na zdravotné výkony v rozsahu rokovaním akceptovanej reklamácie nehradených zdravotných výkonov. Prílohou tejto faktúry je elektronicky spracovaná dávka na dátovom médiu podľa platných dátových rozhraní v rozsahu rokovaním akceptovanej reklamácie. Faktúra je vystavená za obdobie, v ktorom bola poskytnutá reklamovaná zdravotná starostlivosť. Toto nemá vplyv na skutočnosti uvedené v bode 6.9. zmluvy.

6.9. Zmluvné strany sa dohodli, že splatnosť formálne a vecne správnej faktúry je 30 dní odo dňa jej doručenia do zdravotnej poisťovne. V prípade doručenia vecne nesprávnej faktúry, podľa bodu 6.3. zmluvy sa faktúra považuje za formálne a vecne správnu až doručením formálne a vecne správneho opravného účtovného dokladu. V prípade, že formálne a vecne správny opravný účtovný doklad je doručený do 25-tich dní od doručenia vecne nesprávnej faktúry, splatnosť takto opravenej faktúry je 30 dní od doručenia vecne správnej faktúry do zdravotnej poisťovne. V prípade, že formálne a vecne správny opravný účtovný doklad je doručený po 25-tom dni od doručenia vecne nesprávnej faktúry, splatnosť takto opravenej faktúry je 5 pracovných dní odo dňa doručenia formálne a vecne správneho opravného účtovného dokladu do zdravotnej poisťovne.

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

6.11. Faktúry, ako aj opravné účtovné doklady sa považujú za doručené do zdravotnej poisťovne, ak sú doručené priamo na adresu sídla zdravotnej poisťovne, uvedené neplatí v prípade doručovania podľa bodu 9.2. zmluvy.

Článok VII **Kontrolná činnosť**

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

7.2. Zdravotná poisťovňa vykonáva kontrolnú činnosť podľa bodu 7.1. zmluvy revíznymi lekármi, revíznymi farmaceutmi a revíznymi sestrami; ak ide o kontrolu hospodárenia vynakladania prostriedkov verejného zdravotného poistenia, dodržiavania všeobecne záväzných právnych predpisov a/alebo zmluvných podmienok, aj inými zamestnancami poverenými výkonom kontroly na základe písomného poverenia na výkon kontroly (ďalej len „poverená osoba“).

7.3. Poverené osoby sa pred vykonaním kontroly preukážu platným písomným poverením na vykonanie kontroly a služobným preukazom. Poverené osoby vykonávajú vopred oznámenú kontrolu spravidla v pracovných dňoch v čase schválených ordinačných hodín, pokiaľ sa s poskytovateľom v jednotlivom prípade nedohodnú inak. Pokiaľ zdravotná poisťovňa vykonáva kontrolu bez predchádzajúceho oznámenia, kontrolu vykonáva v čase schválených ordinačných hodín, pričom kontrola nesmie v tomto prípade podstatným spôsobom narušiť bežnú prevádzku pracovísk poskytovateľa.

7.4. Poverené osoby sú pri výkone kontroly oprávnené:

- a) vstupovať do objektov, zariadení a prevádzok, na pozemky a do iných priestorov kontrolovaného subjektu, ak bezprostredne súvisia s predmetom kontroly,
- b) vyžadovať od kontrolovaného poskytovateľa a jeho zamestnancov, aby jej v určenej lehote poskytovali k nahliadnutiu originály dokladov, vyjadrenia a informácie, vrátane dátových médií, potrebných na výkon kontroly,
- c) vyžadovať súčinnosť kontrolovaného poskytovateľa a jeho zamestnancov,
- d) vykonať kontrolu len za prítomnosti poskytovateľa alebo ním poverenej osoby,
- e) vyhotoviť si výpisy, odpisy alebo kópie listín, dokladov a dokumentov súvisiacich s výkonom a predmetom kontroly, potrebné k preukázateľnosti kontrolných zistení.

7.5. Poskytovateľ je povinný umožniť povereným osobám vykonanie kontroly a poskytnúť im požadované informácie, všetky požadované listiny, ktoré je povinný viesť a archivovať v zmysle príslušných právnych predpisov, potrebnú súčinnosť pri výkone kontroly a zdržať sa konania, ktoré by mohlo mariť výkon kontrolnej činnosti.

7.6. O záveroch kontroly kontrolná skupina vypracuje:

- a) záznam o kontrole, ak kontrolou nezistí porušenie všeobecne záväzných právnych predpisov alebo porušenie podmienok zmluvy; doručením záznamu o kontrole poskytovateľovi sa kontrola považuje za skončenú,

b) protokol o kontrole, ak kontrolou zistí porušenie všeobecne záväzných právnych predpisov alebo porušenie podmienok zmluvy.

7.7. Poverené osoby vypracujú protokol o kontrole podľa bodu 7.6., písm. b) zmluvy, ktorý zašlú poskytovateľovi v lehote do 20 kalendárnych dní odo dňa skončenia kontroly. Protokol o kontrole sa doručuje štatutárnemu zástupcovi poskytovateľa osobne proti podpisu alebo doporučenou poštou alebo kuriérnou službou na adresu sídla poskytovateľa alebo prostredníctvom podateľne poskytovateľa.

7.8. Poskytovateľ má právo podať písomne námietky proti kontrolným zisteniam a záverom uvedeným v protokole o kontrole do 20 kalendárnych dní odo dňa doručenia protokolu o kontrole. Zdravotná poisťovňa sa k podaným námietkam vyjadrí písomne alebo osobne prerokuje podané námietky s poskytovateľom v termíne s ním dohodnutom. Písomné vyjadrenie zdravotnej poisťovne k námietkam poskytovateľa sa považuje za zápisnicu k protokolu o kontrole. Ak sa námietky poskytovateľa prerokujú osobne, kontrolná skupina spíše zápisnicu k protokolu o kontrole o výsledku prerokovania námietok poskytovateľa. Poskytovateľ má právo na uvedenie svojho písomného vyjadrenia k zápisnici k protokolu o kontrole. V prípade písomného vyjadrenia zdravotnej poisťovne k námietkam poskytovateľa má poskytovateľ právo na písomné vyjadrenie k zápisnici k protokolu o kontrole do 5 kalendárnych dní odo dňa doručenia písomného vyjadrenia zdravotnej poisťovne k námietkam poskytovateľa.

7.9. Pokiaľ poskytovateľ nepodal proti protokolu o kontrole námietky, protokol sa považuje za prerokovaný pracovným dňom nasledujúcim po márnom uplynutí lehoty na podanie námietok, pričom platí, že poskytovateľ súhlasí so zisteniami uvedenými v protokole. Zápisnica sa v tomto prípade nespisuje.

7.10. Pokiaľ poskytovateľ odmietne podpísať zápisnicu k protokolu o kontrole, uvedie sa táto skutočnosť v zápisnici. Zápisnica k protokolu o kontrole sa doručuje štatutárnemu zástupcovi poskytovateľa osobne proti podpisu alebo doporučenou poštou alebo kuriérnou službou na adresu sídla poskytovateľa alebo prostredníctvom podateľne poskytovateľa.

7.11. Kontrola je ukončená dňom prerokovania protokolu o kontrole s poskytovateľom a spísaním zápisnice k protokolu o kontrole o výsledku prerokovania námietok poskytovateľa. V prípade písomného vyjadrenia zdravotnej poisťovne k námietkam poskytovateľa sa považuje kontrola za ukončenú dňom doručenia písomného vyjadrenia zdravotnej poisťovne k podaným námietkam poskytovateľa k protokolu o kontrole podľa bodu 7.8. zmluvy alebo márnym uplynutím lehoty na podanie písomného vyjadrenia k zápisnici k protokolu o kontrole. Ustanovenie bodu 7.10. zmluvy tým nie je dotknuté.

7.12. Za ukončenú sa považuje kontrola aj v takom prípade, ak poskytovateľ odmietne prevziať protokol o kontrole alebo zápisnicu k protokolu o kontrole alebo ak sa protokol o kontrole alebo zápisnica k protokolu o kontrole doručované poskytovateľovi doporučenou poštou alebo kuriérnou službou, vráti zdravotnej poisťovni ako nedoručené.“

3. Doterajšie články VII a VIII zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa označujú ako články VIII a IX a v súlade s tým sa upravuje číslovanie bodov týchto článkov zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

4. Doterajšie články IX a X zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa vrátane ich nadpisov nahrádzajú novými článkami X a XI, ktoré znejú takto:

„Článok X Trvanie, zmena a zánik zmluvy

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

10.2. Zmluva nadobúda účinnosť prvým dňom nasledujúceho kalendárneho mesiaca po jej podpísaní oboma zmluvnými stranami (s výnimkou bodu 9.2. zmluvy, ktorý nadobudne účinnosť dňom nadobudnutia účinnosti osobitnej zmluvy podľa uvedeného bodu), za podmienky, že najneskôr deň pred nadobudnutím účinnosti bola zverejnená na webovom sídle zdravotnej poisťovne. Účinnosť zmluvy sa pozastavuje počas a v rozsahu dočasného pozastavenia povolenia poskytovateľa; k pozastaveniu účinnosti zmluvy dôjde prvým dňom nasledujúcim po dni nadobudnutia právoplatnosti rozhodnutia o dočasnom pozastavení povolenia.

10.3. Zmluva sa uzatvára na dobu neurčitú, s výnimkou tých častí príloh č. 2a a 2b zmluvy, ktoré sa týkajú zdravotnej starostlivosti hradenej globálnym rozpočtom; tieto časti príloh č. 2a a 2b zmluvy sú účinné do 30.4.2017.

10.4. Ak po uplynutí v bode 10.3. dojednanej účinnosti častí príloh č. 2a a č. 2b zmluvy, ktoré sa týkajú zdravotnej starostlivosti hradenej globálnym rozpočtom, nedôjde medzi zmluvnými stranami k dohode o ich úprave, ich účinnosť sa automaticky predlžuje až do doby nadobudnutia účinnosti dodatku k zmluve, ktorým sa tieto časti prílohy č. 2a a č. 2b zmluvy upravujú, najviac však o tri kalendárne mesiace.

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

10.6. Zmluva zaniká:

a) písomnou dohodou zmluvných strán,

b) na základe výpovede z dôvodov uvedených v § 7 ods. 11 alebo § 7 ods. 15 zákona č. 581/2004 Z.z.

c) v prípade zrušenia alebo zániku platnosti povolenia zdravotnej poisťovne na vykonávanie verejného zdravotného poistenia alebo zániku zdravotnej poisťovne alebo

d) v prípade zániku platnosti povolenia poskytovateľa alebo zrušenia platnosti povolenia, ak súčasne nebolo vydané nové povolenie; ak poskytovateľ prevádzkuje zdravotnícke zariadenia na základe viacerých samostatných povolení

a niektoré z nich (nie však všetky) bolo zrušené bez súčasného vydania nového povolenia, zmluva nezaniká, iba sa zužuje dohodnutý rozsah poskytovanej starostlivosti o zdravotnícke zariadenie/zariadenia, ktoré boli prevádzkované na základe povolenia, ktoré bolo zrušené.

Článok XI Záverečné ustanovenia

11.1. Vzťahy zmluvou neupravené sa riadia príslušnými ustanoveniami všeobecne záväzných právnych predpisov uvedených v bode 4.1. zmluvy.

11.2. Zmluva je vyhotovená v dvoch rovnopisoch, z ktorých sa každý považuje za originál. Každá zo zmluvných strán obdrží po jednom vyhotovení. Súhlas s celým obsahom zmluvy zástupcovia zmluvných strán vyjadria svojím podpisom na poslednej strane zmluvy.

11.3. Neoddeliteľnou súčasťou zmluvy sú nasledovné prílohy:

Príloha č. 1	Dohodnutý rozsah poskytovanej zdravotnej starostlivosti
Príloha č. 2a	Podmienky úhrady poskytnutej ambulantnej zdravotnej starostlivosti
Príloha č. 2b	Podmienky úhrady poskytnutej ústavnej zdravotnej starostlivosti
Príloha č. 3	Zdravotnou poisťovňou schválené zdravotné výkony

11.4. Ak niektoré ustanovenia zmluvy nie sú celkom alebo sčasti účinné alebo neskôr stratia účinnosť, nie je tým dotknutá platnosť a účinnosť ostatných ustanovení. Namiesto neplatných, prípadne neúčinných ustanovení sa použije právna úprava, ktorá, pokiaľ je to právne možné, sa čo najviac približuje úmyslu a účelu zmluvy, pokiaľ pri uzatvraní zmluvy zmluvné strany brali túto otázku do úvahy.

11.5. Zmluva je pre zmluvné strany platná v rozsahu jej ustanovení a príloh vzťahujúcich sa na dohodnutý rozsah poskytovanej zdravotnej starostlivosti podľa prílohy č. 1 k zmluve.

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

5. V názve prílohy č. 2a k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa slová „Dohodnutá výška úhrady za poskytnutú ambulantnú zdravotnú starostlivosť a finančný rozsah“ nahrádzajú slovami „Podmienky úhrady poskytnutej ambulantnej zdravotnej starostlivosti“.

6. V prílohe č. 2a k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa vypúšťa časť VII. Finančný rozsah.

7. Príloha č. 2b Dohodnutá výška úhrady za poskytnutú ústavnú zdravotnú starostlivosť a finančný rozsah sa vrátane názvu mení a znie ako je uvedené v prílohe tohto dodatku.

8. V názve prílohy č. 3 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa slová „Dohodnutá Zdravotnou poisťovňou schválené zdravotné výkony SVLZ“ nahrádzajú slovami „Zdravotnou poisťovňou schválené zdravotné výkony“.

9. 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 oboma zmluvnými stranami a účinnosť dňom nasledujúcim po dni jeho zverejnenia na webovom sídle zdravotnej poisťovne.

4. Zmluvné strany sa dohodli, že ich právne vzťahy sa spravujú týmto dodatkom aj za obdobie od 1.4.2016 do dňa nadobudnutia účinnosti tohto dodatku.

Bratislava dňa 20.4. 2016

Union zdravotná poisťovňa, a.s.

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

Tрнава dňa 22.4. 2016

Fakultná nemocnica Trnava

Ing. Martin Neštický, MBA, riaditeľ

Príloha č. 2b
k Zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

Podmienky úhrady za poskytnutú ústavnú zdravotnú starostlivosť

I. Ústavná zdravotná starostlivosť

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

cenou za ukončenú hospitalizáciu

kód -	odbornosť	výška úhrady v €	Podmienky úhrady za hospitalizáciu poistenca
001	vnútorné lekárstvo	771	
002	infektológia	672	
003	pneumológia a ftizeológia	796	
004	neurológia	862	
005	psychiatria	1.131	
007	pediatria	772	
009	gynekológia a pôrodnictvo	698	
010	chirurgia	1.025	
011	ortopédia	780	
012	urológia	743	
013	úrazová chirurgia	1.001	
014	otorinolaryngológia	681	
015	oftalmológia	612	
018	dermatovenerológia	565	
019	klinická onkológia	1.621	
025	anestéziológia a intenzívna medicína	4.562	hospitalizovaný poistenec spĺňa indikácie na hospitalizáciu podľa Konceptie zdravotnej starostlivosti v odbore anesteziológia 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
051 101	neonatológia	668	
051 102	JIS neonatologická (patologickí novorodenci)	881	
060	geriatria	881	hospitalizovaný poistenec v čase prijatia na hospitalizáciu už dovŕšil 65. rok veku
197	JIS kardiologická	771	
198	JIS metabolická	771	
199	JIS pediatrická	772	
201	JIS neurologická	862	
202	JIS chirurgická	1.025	
203	jednotka resuscitačnej starostlivosti o novorodencov	1.951	hospitalizovaný poistenec spĺňa indikácie na hospitalizáciu podľa Konceptie zdravotnej starostlivosti v odbore neonatológia
334	paliatívna medicína	500	
613	JIS úrazová	1.001	

cenou mesačného paušálu

kód -	odbornosť	výška úhrady v €	Podmienky úhrady za hospitalizáciu poistenca
095 101	dlhodobá intenzívna starostlivosť	1.500	vyžaduje sa predchádzajúci písomný súhlas zdravotnej poisťovne

2. Za ukončenú hospitalizáciu sa považuje pobyt poistenca na lôžku u poskytovateľa v trvaní dlhšom ako 24 hodín.
3. Za ukončenú hospitalizáciu sa považuje aj pobyt poistenca na lôžku oddelenia:
 - a) anestéziológie a intenzívnej medicíny v trvaní kratšom ako 24 hodín (ak ďalej nie je uvedené inak)
 - b) gynekológie a pôrodníctva v trvaní kratšom ako 24 hodín, ak rodička svojvoľne opustila v deň pôrodu zdravotnícke zariadenie
 - c) 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) špeciálne zdravotnícke materiály používané v rámci ústavnej zdravotnej starostlivosti v rozsahu uvedenom v príslušnej časti tejto prílohy
 - 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. Mesačným paušálom sa uhrádza hospitalizácia poistenca na oddelení dlhodobej intenzívnej starostlivosti, ktorý je:
 - a) **dlhodobo ventilovaný**
dlhodobo ventilovaný poistenec je poistenec, ktorý je napojený na umelú ventiláciu pľúc prístrojom v minimálnom trvaní šesť týždňov a počas ktorých je poistencom zdravotnej poisťovne.
Úhrada cenou mesačného paušálu za dlhodobú ventiláciu poistenca sa začína prvým dňom kalendárneho mesiaca, v ktorom uplynulo prvých šesť týždňov dlhodobej ventilácie poistenca; poskytovateľ teda prvý raz fakturuje zdravotnú starostlivosť poskytnutú dlhodobo ventilovanému poistencovi po ukončení celého kalendárneho mesiaca, v ktorom uplynulo prvých šesť týždňov dlhodobej ventilácie alebo
 - b) **apalický**
apalický poistenec je poistenec, u ktorého ide o perzistentný vegetatívny stav trvajúci bez známkov reverzibility minimálne 6 mesiacov od vzniku traumatického alebo netraumatického poškodenia mozgu, v domácom prostredí sprevádzaný nezvládnuteľnými symptómami.
Úhrada cenou mesačného paušálu za hospitalizáciu apalického poistenca sa začína prvým dňom kalendárneho mesiaca, v ktorom uplynulo prvých 30 dní hospitalizácie poistenca na oddelení dlhodobej intenzívnej starostlivosti a počas ktorých je poistencom zdravotnej poisťovne; poskytovateľ teda prvý raz fakturuje zdravotnú starostlivosť poskytnutú apalickému poistencovi po ukončení celého kalendárneho mesiaca, v ktorom uplynulo prvých 30 dní hospitalizácie.
6. Zdravotná starostlivosť podľa písm. a) alebo b) bodu 5 tejto časti sa uhrádza na základe vopred schválenej písomnej žiadosti poskytovateľa zdravotnou poisťovňou. Za obdobie pre uplatnenie tohto spôsobu úhrady zdravotnej starostlivosti sa považuje celý ukončený kalendárny mesiac. Cena mesačného paušálu zahŕňa všetky náklady, ktoré súvisia s poskytnutím zdravotnej starostlivosti hospitalizovanému poistencovi u poskytovateľa. Poskytovateľ zdravotnú starostlivosť poskytnutú poistencovi zdravotnej poisťovni vykazuje samostatnou dávkou a fakturuje samostatnou faktúrou.
7. Poskytovateľ môže zdravotnej poisťovni samostatnou faktúrou vykázat mimoriadne finančne náročnú zdravotnú starostlivosť, ak liečba predstavuje jedinú terapeutickú alternatívu a náklady poskytovateľa na lieky a zdravotnícke pomôcky, ktoré sú zahrnuté do úhrady hospitalizácie, presiahnu cenu ukončenej hospitalizácie (uvedenej v bode 1 časti I tejto prílohy) a príplatku k ukončenej hospitalizácii (príplatok sa berie do úvahy vo výške uvedenej v tejto časti tejto prílohy, ak má poskytovateľ na tento príplatok nárok). Poskytovateľ po ukončení hospitalizácie predloží zdravotnej poisťovni na schválenie individuálnu kalkuláciu ekonomicky oprávnených a preukázateľných nákladov na lieky a zdravotnícke pomôcky spoločne s kópiami ich nadobúdacích dokladov od dodávateľa zdravotníckych pomôcok. Zdravotná poisťovňa uhradí poskytovateľovi mimoriadne finančne náročnú zdravotnú starostlivosť vo výške schválenej revíznym lekárom zdravotnej poisťovne ako pripočítateľnú položku k ukončenej hospitalizácii.
8. Zdravotná poisťovňa pri preklade jej poistenca z jedného oddelenia na druhé oddelenie poskytovateľa uhradí zmluvne dohodnutú cenu za ukončenú hospitalizáciu na každom oddelení len v medicínsky odôvodnených prípadoch; pri preklade sa deň ukončenia hospitalizácie na jednom oddelení rovná dňu začiatku hospitalizácie poistenca na ďalšom oddelení poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. V prípade, že je poistenec počas jedného pobytu u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti viackrát hospitalizovaný na oddelení v tom istom špecializačnom odbore, zdravotná poisťovňa uhradí zmluvne dohodnutú cenu za ukončenú hospitalizáciu na oddelení v príslušnom špecializačnom odbore len raz.
9. Poskytovateľ môže odoslať poistenca na poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti k inému poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti len v prípade, ak materiálno-technické alebo personálne vybavenie poskytovateľa neumožňuje poskytnúť poistencovi potrebnú zdravotnú starostlivosť. Odoslanie poistenca na poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti u iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti podrobne odôvodní v zdravotnej dokumentácii a v lekárskej prepúšťacej správe, ktorá je podpísaná vedúcim lekárom oddelenia, na ktorom bol poistenec hospitalizovaný.

10. Poskytovateľ je oprávnený odmietnuť poistencovi zdravotnej poisťovne poskytnutie ústavnej zdravotnej starostlivosti iba v prípade, ak zdravotný stav poistenca nevyžaduje nepretržité poskytovanie zdravotnej starostlivosti dlhšie ako 24 hodín
11. Zdravotná poisťovňa neuhradí za svojho poistenca počas hospitalizácie výkony špecializovanej ambulantnej starostlivosti a výkony spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek v tom istom špecializačnom odbore, ako je špecializačný odbor oddelenia, na ktorom je poistenec hospitalizovaný ani výkony funkčnej diagnostiky prislúchajúce odbornosti lôžkového oddelenia.
12. Ak je poistenec hospitalizovaný za účelom plánovaného poskytnutia operačného výkonu a tento nie je z akýchkoľvek dôvodov vykonaný, zdravotná poisťovňa neuhradí cenu ukončenej hospitalizácie. Poskytovateľ je oprávnený vykázať v dávke ambulantnej starostlivosti rovnakej odbornosti poskytnutie výkonu s kódom 60a.
13. Ak hospitalizácia poistenca na oddelení dlhodobu chorých trvá kratšie ako 21 dní, takýto prípad poskytovateľ vykazuje samostatnou dávkou a fakturuje samostatnou faktúrou označenou textom „Osobitná úhrada 50“. Zdravotná poisťovňa túto poskytnutú zdravotnú starostlivosť uhradí vo výške 50 % z ceny za ukončenú hospitalizáciu na príslušnom oddelení.
14. V prípade hospitalizácie poistenca na jednotke intenzívnej starostlivosti, pokiaľ tejto zdravotnej starostlivosti predchádzala hospitalizácia na základnom oddelení poskytovateľa a/alebo po hospitalizácii na jednotke intenzívnej starostlivosti pokračuje hospitalizácia na základnom oddelení poskytovateľa, patrí poskytovateľovi úhrada za hospitalizáciu na základnom oddelení poskytovateľa uvedená v bode 1 tejto časti prílohy. Pokiaľ bol poistenec hospitalizovaný len na jednotke intenzívnej starostlivosti, patrí poskytovateľovi úhrada pre príslušnú jednotku intenzívnej starostlivosti vo výške uvedenej v bode 1 tejto časti prílohy.
15. Zdravotná poisťovňa uhradí poskytovateľovi hospitalizáciu na lôžku oddelenia anestéziológie a intenzívnej medicíny v prípade pobytu poistenca na lôžku supľujúceho starostlivosť jednotky intenzívnej starostlivosti vo výške 6% z ceny na oddelení anestéziológie a intenzívnej medicíny. Takéto prípady poskytovateľ vykazuje samostatnou dávkou, ku ktorej pripája zoznam poistencov, ktorým bola poskytnutá zdravotná starostlivosť vrátane ich rodných čísiel a fakturuje ich samostatnou faktúrou označenou textom „Osobitná úhrada OAIM“.
16. Zdravotná poisťovňa nehradí poskytovateľovi pobyt na lôžku oddelenia anestéziológie a intenzívnej medicíny v prípade prijatia kontinuálne kardiopulmonálne a cerebrálne resuscitovaného poistenca, ktorý do hodiny od momentu prijatia zomrie; poskytovateľ v takomto prípade vykáže výkony poskytnuté počas resuscitácie spolu s pripočítateľnými položkami v dávkach ambulantnej starostlivosti.
17. Zdravotná poisťovňa uhradí poskytovateľovi príplatok k ukončenej hospitalizácii na lôžku oddelenia v odbornosti 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.
18. Zdravotná poisťovňa uhradí poskytovateľovi príplatok k ukončenej hospitalizácii na lôžku oddelenia vo vybraných odbornostiach (kódy 009, 010, 011, 012, 013, 014, 015, 037, 038, 068, 070, 106, 107, 108, 109, 114, 206, 229, 319, 336) vrátane príslušných odborností JIS vo výške **200,-€** za súčasného splnenia nasledovných podmienok:
- dĺžka hospitalizácie vrátane pobytu na JIS bola minimálne 3 dni
 - poistencovi poisťovne bol poskytnutý operačný výkon, ktorý nie je osobitne hrađeným výkonom uvedeným ďalej v tejto prílohe a ani výkonom jednoduchovej zdravotnej starostlivosti uvedeným v Odbornom usmernení MZ SR č. 12225/2009-OZS zo dňa 18.8.2009 v platnom znení
 - 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.
19. Zdravotná poisťovňa uhradí poskytovateľovi zdravotnú starostlivosť vo výške 60 % z ceny za ukončenú hospitalizáciu na príslušnom oddelení, ak je poistenec hospitalizovaný za účelom:
- poskytnutia predoperačnej a/alebo pooperačnej ústavnej zdravotnej starostlivosti súvisiacej s operačným výkonom poskytovaným iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, alebo
 - poskytnutia operačného výkonu a ak s ním súvisiaca predoperačná a/alebo pooperačná ústavná zdravotná starostlivosť je poskytovaná iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti;
- takéto prípady poskytovateľ vykazuje samostatnou dávkou a fakturuje samostatnou faktúrou označenou textom „Osobitná úhrada 60“. V prípade, že je poistencovi počas jedného pobytu u poskytovateľa poskytovaná predoperačná a pooperačná ústavná zdravotná starostlivosť na oddelení v tom istom špecializačnom odbore, zdravotná poisťovňa uhradí prípad podľa písm. a) len raz.

II. Úhrada špeciálnych zdravotníckych materiálov v rámci ústavnej zdravotnej starostlivosti

- V prípade, že poskytovateľ pri poskytovaní ústavnej zdravotnej starostlivosti použije špeciálny zdravotnícky materiál (ďalej aj ako „ŠZM“) uvedený v Zozname kategorizovaných špeciálnych zdravotníckych materiálov v zmysle zákona č. 363/2011 Z.z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a diietických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej aj ako „Zoznam ŠZM“), odôvodňuje použitie ŠZM písomne v zdravotnej dokumentácii poistenca a ŠZM, ktoré:
 - vyžadujú súhlas zdravotnej poisťovne, poskytovateľ vykazuje samostatnou faktúrou za všetkých jej poistencov, u ktorých boli ŠZM v príslušnom zúčtovacom období použité; povinnou prílohou faktúry sú kópie nadobúdacích dokladov schválených ŠZM a kópie lekárskech prepúšťacích správ poistencov

- b) nevyžadujú súhlas zdravotnej poisťovne, poskytovateľ dokladuje kópiami ich nadobúdacích dokladov, ak si ich zdravotná poisťovňa vyžiada
2. V prípade, že poskytovateľ pri poskytovaní ústavnej zdravotnej starostlivosti použije ŠZM uvedený v Zozname ŠZM, zdravotná poisťovňa uhradí tento ŠZM ako prípočítateľnú položku k úhrade hospitalizácie do výšky obstarávacej ceny ŠZM, najviac však do výšky 92 % z maximálnej úhrady zdravotnej poisťovne za ŠZM uvedenú v Zozname ŠZM (pri výpočte sa uplatňuje matematické zaokrúhľovanie na dve desatinné miesta) pri súčasnom dodržaní všetkých príslušných podmienok úhrady ŠZM, ak nie je dojednané inak. Ak je obstarávacia cena ŠZM vyššia ako maximálna úhrada zdravotnej poisťovne za ŠZM ako prípočítateľnej položky podľa predchádzajúcej vety, je tento rozdiel zahrnutý do úhrady hospitalizácie, v súvislosti s ktorou bol ŠZM použitý. Pre aplikáciu tohto bodu je rozhodujúci Zoznam ŠZM platný v čase použitia ŠZM (ďalej len „platný Zoznam ŠZM“).
3. Ak je podľa platného Zoznamu ŠZM podmienkou úhrady zdravotníckej pomôcky aj predchádzajúci súhlas zdravotnej poisťovne, zdravotná poisťovňa o udelení tohto súhlasu rozhoduje na základe predchádzajúcej písomnej žiadosti poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o úhradu zdravotníckej pomôcky pre konkrétneho poistenca, pokiaľ ďalej nie je uvedené inak. V prípade, že ide o použitie zdravotníckej pomôcky v súvislosti s poskytnutím neodkladnej zdravotnej starostlivosti poistencovi, poskytovateľ môže požiadať o súhlas zdravotnej poisťovne dodatočne, najneskôr však do troch pracovných dní od poskytnutia zdravotníckej pomôcky poistencovi. Súhlas zdravotnej poisťovne s úhradou zdravotníckej pomôcky je platný jeden rok od jeho udelenia.

III. Osobitne hradené výkony a výkony jednodňovej zdravotnej starostlivosti

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 OHV v €	Podmienky vykazovania
1390	operácia sivého zákalu s implantáciou umelej vnútroočnej šošovky	015,215	386	vysvetlivka 1
1391	sekundárna implantácia intraokulárnej šošovky do prednej očnej komory alebo do sulcus ciliare	015,215	379	vysvetlivka 1
1392	sekundárna implantácia intraokulárnej šošovky transsklerálnou fixáciou	015,215	379	vysvetlivka 1
1393	operácia sekundárnej katarakty	015,215	379	vysvetlivka 1
1393a	operácia sekundárnej katarakty laserom	015,215	197	
1394	repozícia implantovanej umelej vnútroočnej šošovky	015,215	307	
1395	primárna implantácia umelej vnútroočnej šošovky zo zdravotných dôvodov (Implantácia fakickej vnútroočnej šošovky zo zdravotných dôvodov)	015,215	345	vysvetlivka 1
8700	operácia strabizmu zo zdravotných dôvodov (jedno oko)	015,215,336	300	
8700k	operácia strabizmu zo zdravotných dôvodov (obe oči)	015,215,336	400	
8701	plastické operácie na mihalniciach (ektropium, entropium, blefarochalázia) zo zdravotných dôvodov (na jednej mihalnici)	015,038,215,336	245	predchádzajúci súhlas ZP
8701k	plastické operácie na mihalniciach (ektropium, entropium, blefarochalázia) zo zdravotných dôvodov (na oboch mihalniciach)	015,038,215,336	300	predchádzajúci súhlas ZP
8702	operácia nystagmu (jedno oko)	015,215,336	250	
8702k	operácia nystagmu (obe oči)	015,215,336	350	
8703	elektroepilácia	015,215,336	93	
8704	excimer - laserové operácie rohovky len pri zdravotných indikáciách uvedených vo vysvetlivke (jedno oko)	015,215,336	346	vysvetlivka 2
8704k	excimer - laserové operácie rohovky len pri zdravotných indikáciách uvedených vo vysvetlivke (obe oči)	015,215,336	400	vysvetlivka 2
8705	fotodynamická terapia sietnice	015,215,336	310	
8706a	operácia glaukómu filtračná	015,215,336	395	
8706b	operácia glaukómu laserom	015,215,336	285	
8706c	operácia glaukómu kryom	015,215,336	259	
8707	operácia pterygia - ablácia a plastika (jedno oko)	015,215,336	240	
8707k	operácia pterygia - ablácia a plastika (obe oči)	015,215,336	300	
8708	operácia nádorov mihalnic	015,215,336	250	
8709	operácia nádorov spojovky	015,215,336	210	
8710	keratoplastika - vrátane ceny za transplantát	015,215,336	1 836	
8710a	predná lamelárna keratoplastika - vrátane ceny za transplantát	015,215,336	1 300	
8710b	zadná lamelárna keratoplastika - vrátane ceny za transplantát	015,215,336	1 500	
8711	operácie slzných bodov a slzných ciest	015,215,336	153	
8712	operácie slzného vaku (obe oči)	015,215,336	441	
8712r	operácie slzného vaku (jedno oko)	015,215,336	220	
8713	zavedenie trvalej alebo dočasnej sondy do slzných ciest (operácie slzných ciest)	015,215,336	166	
8714	tarzorafia (jedno oko)	015,215,336	274	
8714k	tarzorafia (obe oči)	015,215,336	300	
8715	operácia lagoftalmu s implantáciou závažia hornej mihalnice (vrátane závažia)	015,038,336	676	
8716	operácia zrastov spojovky (operácia zrastov spojovky s voľným transplantátom)	015,215,336	260	
8717	krytie rohovky amniovou membránou	015,215,336	285	
8718	CXL - corneal cross linking	015,215,336	379	
8719	IAK - incízná astigmatická keratotómia	015,215,336	345	

8720	intraštrómálna implantácia distančných prstencov -vrátane nákladov za prstence	015,215,336	1 495	
8721	transpupilárna termoterapia nádorov sietnice a cievy	015,215,336	260	
8722	explantácia a reimplantácia umelej vnútroočnej šošovky	015,215,336	345	
8723	skleroplastika	015,215,336	345	
8724	intravitreálna aplikácia liekov	015,215,336	130	vysvetlivka 3
8725	operácia odlúpenia sietnice episklerálne	015,215,336	571	
8726	pneumoretinopexia	015,215,336	274	
8728	pars plana vitrektómia	015,215,336	780	
8729	pars plana vitrektómia a lensektómia s implantáciou umelej vnútroočnej šošovky	015,215,336	780	
8731	primárne ošetrovanie hlbokej rany rohovky alebo sklery alebo mihalnic	015,215,336	190	
8732	primárne ošetrovanie penetrujúcej rany rohovky alebo sklery bez poranenia šošovky a bez vnútroočného cudzieho telesa	015,215,336	345	
8733	primárne ošetrovanie penetrujúcej rany rohovky alebo sklery s poranením šošovky a bez vnútroočného cudzieho telesa	015,215,336	375	
8734	primárne ošetrovanie penetrujúcej rany rohovky alebo sklery bez poranenia šošovky s vnútroočným cudzím telesom	015,215,336	345	
8735	primárne ošetrovanie penetrujúcej rany rohovky alebo sklery s poranením šošovky s vnútroočným cudzím telesom	015,215,336	375	
8750k	operácia sivého zákalu v kombinácii s iným súvisiacim výkonom v odbornosti	015,215,336	550	
8501a	operácia prietrží bez použitia sieťky	010,038,107,222,319	395	
8501b	operácia jednoduchých prietrží s použitím sieťky	010,038,107,222,319	490	
8501c	laparoskopická operácia jednoduchých prietrží	010,107,222,319	520	
8502	transrektálna polypektómia	010,107,222,319	480	
8506	artroskopická operácia subakromiálneho impingement syndrómu	011,013,206	550	
8507	operácia poúrazovej paraatikulárnej burzitídy vo všetkých lokalizáciách	011,013,108,206	350	
8508	operačná mobilizácia kontraktúry stuhnutého kľbu	011,013,108,206	450	
8509	operačná dynamizácia vnútrodreňových klincov	011,013,108,206	365	
8510	operačná repozícia jednoduchých zlomenín v celkovej anestézii	010,011,013,107,108,206	395	
8511	operačné riešenie pollex saltans	011,038,108,206	340	
8512	operačné riešenie fractúra metacarpi	011,013,038,108,206	373	
8513	operačné riešenie epicondylitis radialis	011,013,108,206	299	
8514	operačné riešenie epicondylitis ulnaris	011,013,108,206	299	
8516	operačné riešenie fractúra capitis radii	011,013,108,206	373	
8517	operačné riešenie synovitis cubiti	011,013,108,206	357	
8518	operačné riešenie luxatio acromioclavicularis	011,013,108,206	446	
8519	operačné riešenie fractura claviculae	011,013,108,206	446	
8520	operačné riešenie abruptio tuberculi majoris et minoris humeri	011,013,108,206	446	
8521	operačné riešenie decompressio subacromialis	011,013,108,206	446	
8522	operačné riešenie instabilitas glanohumeralis	011,013,108,206	446	
8523	operačné riešenie ruptúry rotátorovej manžety	011,013,108,206	446	
8524	operačné riešenie SLAP - lezia (poškodenie labrum glenoidale)	011,013,108,206	400	
8525	operačné riešenie hallux valgus	010,011,013,107,108,206	400	
8527	operačné riešenie digitus hammatous	010,011,013,107,108,206	400	
8528	operačné riešenie digitus malleus	010,011,013,107,108,206	400	
8529	operačné riešenie digitus supraductus	010,011,013,107,108,206	400	
8530	operačné riešenie metatarsus I. varus	010,011,013,107,108,206	380	
8531	operačné riešenie morbus Laderhose	010,011,013,107,108,206	400	
8532	operačné riešenie neuralgie Mortoni	010,011,013,107,108,206	350	
8533a	artroskopické výkony v lakťovom zhybe s použitím kobračných a shaverových sond	010,011,013,107,108,206	1 020	
8533b	artroskopické výkony v lakťovom zhybe s použitím kobračných a shaverových sond a fixačného materiálu	010,011,013,107,108,206	1 234	
8534a	artroskopické výkony v ramennom zhybe s použitím kobračných a shaverových sond	010,011,013,107,108,206	1 020	
8534b	artroskopické výkony v ramennom zhybe s použitím kobračných a shaverových sond a fixačného materiálu	010,011,013,107,108,206	1 234	
8535a	artroskopické výkony v kolennom zhybe s použitím kobračných a shaverových sond	010,011,013,107,108,206	1 020	
8535b	artroskopické výkony v kolennom zhybe s použitím kobračných a shaverových sond a fixačného materiálu	010,011,013,107,108,206	1 234	
8536a	artroskopické výkony v členkovom zhybe s použitím kobračných a shaverových sond	010,011,013,107,108,206	1 020	
8536b	artroskopické výkony v členkovom zhybe s použitím kobračných a shaverových sond a fixačného materiálu	010,011,013,107,108,206	1 234	

8537	operačná extrakcia osteosyntetického materiálu a vonkajších fixátorov v anestézii	010,011,013,107,108,206	361	
8538	exstirpácia sakrálneho dermoidu	010,011,013,107,108,222,319	339	
8539	operácia varixov dolných končatín	010,068	400	
8540	operácia análnych fistúl a/alebo fisúr	010,107,222,319	388	
8542	operácia ruptúry Achilovej šľachy	010,011,013,107,108,206,319	451	
8543	operácia syndrómu karpálneho tunela	010,011,013,037,038,107,108,206,319	338	
8547	exstirpácia a excízia benigných a maligných nádorov kože, podkožia a svalů	010,011,038,107,319	100	
8548	tenolýza šľachy	010,011,013,038,107,108,206	339	
8549	sutúra šľachy	010,011,013,038,107,108,206	406	
8550	voľný šľachový transplantát	010,011,013,038,107,108,206	325	
8551	transpozícia šľachy	010,011,013,038,107,108,206	278	
8552	operácia malých kĺbov ruky - artrolýza	011,038,108,206	322	
8553	operácia malých kĺbov ruky - artrodéza	011,038,108,206	322	
8564	laparoskopická cholecystektómia	010,222,319	550	
8565	operácia hemoroidov	010,068,222,319	540	
8566	odstránenie hemoroidov elastickou ligatúrou	010,068,222,319	65	
8567	vytvorenie alebo rekonštrukcia arteriovenózneho fistuly	010,068,107,222,319	348	
8568	zrušenie arteriovenózneho fistuly	010,068,107,222,319	215	
9300	diagnostická biopsia kože, podkožia a svalov v celkovej anestéze u detí	010,107,011,013,108,319	110	
8570	transpozícia nervus ulnaris	011,013,037,038,107,108,206	252	
8571	exstirpácia lymfatických uzlín	009,010,012,017,068,107,222,229,319,322	204	
8572	exstirpácia benigného nádoru prsnej žľazy	009,010,017,038,229,319	315	
8573	exstirpácia gangliómu	010,011,013,038,107,108,206	50	
8575	amputácia prsta pre gangrénu	010,011,013,038,107,108,206	200	
8576	laparoskopické výkony diagnostické	009,010,012,107,109,222,229,319,322	400	
8577	laparoskopická apendektómia	010,107,222,319	550	
8578a	artroskopické výkony v zápästí s použitím koblačných a shaverových sond	010,011,013,107,108,206	1 020	
8578b	artroskopické výkony v zápästí s použitím koblačných a shaverových sond a fixačného materiálu	010,011,013,107,108,206	1 234	
8580	operačné riešenie mus articulare	010,011,013,107,108,206	307	
8582	operácia Dupuytrenovej kontraktúry - punkčná fasciektómia	010,011,038,206	368	
8583	operácia Dupuytrenovej kontraktúry - parciálna fasciektómia	010,011,038,206	368	
8584	operácia Dupuytrenovej kontraktúry - totálna fasciektómia	010,011,038,206	373	
8586	endoskopické vyšetrenie v celkovej anestézii	009,010,048,107,154,222,229,319,322	250	
8588	nekrektómie	010,011,012,013,014,015,037,038,068,222,229,319,322	98	
8611	konizácia cervixu	009,017,229	340	
8612	excízia vulvy - len ako terapeutický zákrok v CA	009,017,229	291	
8613	exstirpácia cýst glandule vestibularis - Bartolinskej žľazy	009,017,229	291	
8614	kordocentéza	009,017,229	265	
8615	amnioinfúzia	009,017,229	265	
8619	resekcia vaginálneho septa	009,017,229	302	
8620	hysteroskopia (+ prípadná resekcia uterinného septa)	009,017,229	449	
8623	sterilizácia ženy zo zdravotných dôvodov	009,017,229	315	predchádzajúci súhlas ZP
8624	laparoscopia s adheziolýzou (rozrušenie zrástov)	009,017,229	400	
8625	salpingostómia - laparoskopicky	009,017,229	400	
8626	salpingektómia - laparoskopicky	009,017,229	400	
8627	ovariálna cystektómia - laparoskopicky	009,017,229	400	
8628	oophorektómia - laparoskopicky	009,017,229	400	
8629	ablácia endometriotických ložísk - laparoskopicky	009,017,229	400	
8630	kolpoperineoplastika (zadná pošvová plastika bez použitia sieťky)	009,017,229	362	
8631	uretrálna suspenzia (s použitím suburetrálnej pásky na liečbu stresovej inkontinencie) alebo pri vezikorenálnom refluxe	009,012,322	450	vysvetlivka 4
8634	kyretáž vrátane dilatácie	009,017,229	338	
8634k	kyretáž v kombinácii s iným výkonom JZS(OHV)	009,017,229	428	

8635	amniocentéza - pod USG kontrolou	009,017,229	100	
8640	ablácia cervikálneho polypu	009,017,229	263	
8641	adnexektómia - laparoskopicky	009,017,229	400	
8642	myomektómia - laparoskopicky	009,017,229	400	
8643	predná pošvová plastika	009,017,229	362	
8644	rekonštrukčná operácia defektu panvového dna s použitím setu (predný alebo zadný oddiel)	009,017,229	450	
8648	prerušenie tehotenstva zo zdravotných dôvodov	009,017,229	294	vysvetlivka 5
8660k	hysteroskopia v kombinácii s inými výkonmi v odbornosti	009,017,229	500	
8662k	laparoscopia v kombinácii s inými výkonmi v odbornosti	009,017,229	500	
8800	endoskopická adenotómia	014,114	350	
8801	tonzilektómia	014,114	285	
8802	tonzilotómia	014,114	300	
8803	uvulopalatoplastika	014,114	330	
8804	plastika oroantrálnej komunikácie	014,070,114,345	310	
8805	extrakcia kameňa submandibulárnej žľazy	014,070,114	270	
8806	exstirpácia sublingválnej slinnej žľazy	014,070,114	290	
8807	exstirpácia submandibulárnej slinnej žľazy	014,070,114	290	
8808	exstirpácia priušnej žľazy	014,070,114	340	
8809	endoskopická chordektómia	014,070,114	250	
8810	endoskopická laterofixácia	014,070,114	300	
8813	exstirpácia mediálnej krčnej cysty	014,070,114	373	
8814	exstirpácia laterálnej krčnej žľazy	014,070,114	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	014,114	350	
8823	stapedoplastika	014,114	350	
8824	sanačná operácia stredného ucha	014,114	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	014,038,114	385	
8829	plastika nosovej chlopne	014,038,114	350	
8830	funkčná endoskopická sínusová chirurgia (FESS)	014,114	440	
8831	operácia prínosovej dutiny vonkajším prístupom	014,114	430	
8832	funkčná septorinoplastika	014,038,114	294	
8833	aurikuloplastika zo zdravotných dôvodov	014,038,114	252	predchádzajúci súhlas ZP
8834	frenulotómia	014,114	153	
8835	transpozícia vývodu submandibulárnej slinnej žľazy pri sialolitíaze a stenóze vývodu	014,070,114	340	
8836	diagnostická mikroendoskopia hrtana	014,114	260	
8837	exstirpácia ohraničeného tumoru alebo lymfatickej uzliny podkoží na krku	014,114,222,319	150	
8838	diagnostická excízia z tumoru nosohltana	014,114	285	
8840	korekcia nosového krídla vložением chrupkového transplantátu, auto- alebo alotransplantátu	014,038	470	
8841	endoskopická operácia prínosových dutín	014,114	450	
8842	dakryocystorinostómia	014,114	440	
8843	dekompresia orbity	014,015,038,070,114,215,336	404	
8844	rekonštrukcia dna orbity pri blow-out fraktúre	014,015,038,070,114,215,336	423	
8846	operácia povrchového tumoru tváre a krku	010,014,038,070,107,319	65	
8847	transmyringická drenáž so zavedením ventilačnej trubičky	014,070,114	150	
8850	endoskopická adenotómia + tonzilektómia	014,114	500	
8851	endoskopická adenotómia + tonzilotómia	014,114	500	
8852	tonzilektómia + uvulopalatoplastika	014,114	500	
8853	turbinoplastika + dakryocystorinostómia	014,114	780	
8854	turbinoplastika + funkčná endoskopická sínusová chirurgia (FEES)	014,114	600	
8855	turbinoplastika + septoplastika	014,114	600	
8856	turbinoplastika + rekonštrukcia perforácie septa nosa	014,114	600	
8857	septoplastika + funkčná endoskopická sínusová chirurgia (FEES)	014,114	660	
8858	operácia stenózy zvukovodu (plastika zvukovodu) + tympanoplastika	014,114	644	
8900	orchiektómia	010,012,107,109,319,322	318	
8901	orchiektómia pre karcinóm prostaty	010,012,107,109,319,322	350	
8902	resekcia kondylomat na penise	012,018,038	250	
8903	Orchiopexia retinovaného hmatného semenníka (nie pri	012,109,322	350	

	kryptorchizme)			
8904	biopsia steny močového mechúra	012,109,322	107	
8905	zavedenie a/alebo odstránenie ureterálnej endoprotézy	012,109,322	264	
8909	operácia fimózy - cirkumcizia zo zdravotných dôvodov	010,012,038,107,109,319,322	300	
8910	divulzia uretry pri stenóze ženskej uretry	012,109,322	210	
8911	plastika varikokély	010,012,107,109,319,322	350	
8914	operácia jednoduchej hydrokély u mužov	010,012,107,109,319,322	350	
8915	frenuloplastika pre frenulum breve penis	010,012,107,109,319,322	240	
8916	sterilizácia u muža so zdravotných dôvodov	012,109,322	290	predchádzajúci súhlas ZP
8917	resekcia karunkuly uretry	012,109,322	170	
8918	exstirpácia kožných nádorov na vonkajších genitáliách	009,010,012,018,107,109,319,322	131	
8919	sutúra kožnej rany v oblasti vonkajších genitálií	009,010,012,018,107,109,319,322	90	
8920	optická uretrotómia krátkej striktúry	012,109,322	230	
8921	biopsia prostaty	012,109,322	203	
8922	biopsia glans penis	012,109,322	93	
8924	diagnostická cystoskopia (biopsia močového mechúra)	012,109,322	160	
8926	ureteroskopia	012,109,322	285	
8927	ureteroskopická litotripsia a extrakcia konkrémentu pri jednoduchej ureterolitiáze	012,109,322	346	
8928	dilatácia striktúry uretry	012,109,322	109	
8929	operačná repozícia parafimózy	010,012,038,107,109,319,322	186	
8930	resekcia spermatokély alebo cysty nadsemenníka	010,012,038,107,109,319,322	320	
9000	artroskopická operácia temporomandibulárneho kľbu (stomat.)	70	450	
9001	probatóme excízie na histologické vyšetrenie v celkovej anestézii(stomat.)	070, 345, 358	130	
9005	operačná extrakcia retinovaných alebo semiretinovaných zubov (stomat.)	070, 345	264	
9006	operačná fixácia luxovaných a subluxovaných zubov (stomat.)	070, 345	250	
9007	operačná replantácia zubov (stomat.)	070, 345	280	
9008	operačné ošetrenie komplikovaného prerezávania zuba múdrosti (stomat.)	070, 345, 358	98	
9009	operačná predprotetická úprava čelusti (stomat.)	070, 345	300	
9010	operačné ošetrenie nepravých nádorov - epulis (stomat.)	070, 345, 358	130	
9011	operačná egalizácia ďasných výbežkov (stomat.)	070, 345	246	
9013	extrakcia viacerých zubov v celkovej anestéze (stomat.)	016,115,070,345	250	
9014	dentoalveolárne chirurgické výkony v celkovej anestéze pre polyvalentnú alergiu (stomat.)	070,345,358	280	
9015	dentoalveolárne chirurgické výkony v lokálnej anestéze u geniatrických a rizikových pacientov vzhľadom na interné ochorenie	070,345,358	322	
9016	operačné odstránenie osteosyntézového materiálu v anestézii v stomatológii	070,345	320	
9017	operačná elevácia zygomaticomaxilárneho komplexu v celkovej anestézii (stomat.)	070	351	
9023	exstirpácia dentálnych cyst (stomat.)	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 (stomat.)	070,345,358	140	
9027	exstirpácia kameňov zo slinivodov (stomat.)	070,345,358	280	
9030	resekcia koreňového hrotu troch alebo viacerých zubov	016,070,115,345	230	
9034	operácia exostózy, torus palatinus, torus mandibularis (stomat.)	014,070,345	230	
9035	extraorálna incízia abscesov (stomat.)	070,345	210	
9924	sanácia chrupu v celkovej anestézii u nespolpracujúcich pacientov so stomatofóbiou alebo u nespolpracujúcich pacientov s mentálnou retardáciou	016,070,115	250	
9101	papilosfinkterektómia a odstránenie konkrémentov zo žlčových ciest alebo pankreatického vývodu (endoskopická retrográdna cholangiografia)	048,222	400	
9103	endoskopické zavedenie drenáže žlčových 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	tenkoihlová biopsia pod endoskopickou ultrasonografickou kontrolou v tráviacom trakte	048,222	360	
9202	resekcia alebo iná operácia dolnej nosovej mušle	014,038	270	
9203	uzáver vestibulonazálnej alebo oronazálnej komunikácie	038,070,345	250	
9204	korekcia nosa a nosového septa pri rozštepe podnebia	014,038	270	
9205	korekcia nosných dierok zo zdravotných dôvodov	014,038	300	
9210	korekcia ptózy hornej mihalnice zo zdravotných dôvodov (na jednej mihalnici)	015,038,336	300	predchádzajúci súhlas ZP
9210k	korekcia ptózy hornej mihalnice zo zdravotných dôvodov (na oboch mihalniciach)	015,038,336	400	predchádzajúci súhlas ZP
9211	rekonštrukcie viečok po resekcii tumoru alebo traumatickej strate lalokovou plastikou	038	350	
9212	odstránenie benígneho alebo maligného 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 dermabráziou, excíziou alebo iným spôsobom	038	200	predchádzajúci súhlas ZP
9215	dermabrázia 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	011,038,206	145	
9221	discízia retinaculum flexorum pri syndróme Guynovho kanála	011,038,206	330	
9222	deliberácia a transpozícia nervus ulnaris	011,037,038,108,206	330	
9223	discízia retinaculum flexorum	011,038,108,206	330	
9224	operačný výkon pre pronátorový syndróm	011,038,108,206	330	
9225	operačný výkon pre ťlakové syndrómy v iných lokalitách	011,038,108,206	330	
9226	primárna alebo sekundárna mikrosutúra periférneho nervu	037,038	330	
9229	rekonštrukcia periférneho nervu nervovým štepom u dospelých	037,038	200	
9234	rekonštrukcia šľachy vložením spaceru alebo voľného šľachového transplantátu	011,038,108,206	200	
9235	rekonštrukcia šľachy dvojdobá (Paneva-Holevich)	011,038,108,206	200	
9236	operácia deformity labutej šije	037,038,206	200	
9237	rozpojenie mäkkej syndaktylie	038,206	200	
9238	separácia jedného medziprstia po popálení	038,206	200	
9245	korekcia asymetrie prsníkov vložením implantátu zo zdravotných dôvodov	009,038,229	420	predchádzajúci súhlas ZP
9246	redukčná mamoplastika zo zdravotných dôvodov	009,038,229	430	predchádzajúci súhlas ZP
9247	vloženie implantátu, expanderu alebo implantát - expanderu po ablácii prsníka	009,038,229	450	vysvetlivka 6
9248	operácia gynekomastie a/alebo s liposukciou zo zdravotných dôvodov	010,038,106	310	predchádzajúci súhlas ZP
9254	operácia venter pendulum zo zdravotných dôvodov	010,038	210	predchádzajúci súhlas ZP
9255	operácia diastázy priamych brušných svalov	010,038,107,222	350	
9260	mikrosutúra nervu end to side	037,038	250	
9513	extraneurálna mikroneurolyza	037,038	330	
9514	intraneurálna mikroneurolyza bez náhrady alebo s náhradou časti fascikulov štepom	037,038	250	
9515	rekonštrukcia periférneho nervu nervovým štepom u detí	037,038	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 maligných útvarov kože a podkožia (preaurikulárne výbežky, pigmentové névy, ateróm) s anestéziou u detí	010,038,107	293	
9306	operačné odstránenie zarastajúceho nechta u detí (resekcia a plastika nechťového lôžka) po predchádzajúcej neúspešnej ambulantnej liečby	010,011,107,108,038	242	
9308	excízia a exstirpácia hemangiómu u detí	010,107,319	283	
9309	excízia a exstirpácia lymfangiómu u detí	010,107,319	283	
9310	exstirpácia a/alebo biopsia lymfatických uzlín z jednej lokality u detí	107,010,319	285	
9315	operácia jednoduchého hydrokély u chlapcov	010,012,107,109,319	285	
9319	incízia perianálneho abscesu u detí do 12 rokov v CA	010,107,222,319	276	
9400	presadrovanie v anestézii u detí	010,011,013,107,108,319	120	
9522	korekčná osteotómia a osteosyntéza u detí	010,011,013,107,108	493	
9603	exstirpácia chalasea u detí	015,215,336	230	
9606	sondáž slzných ciest u detí	015,215,336,	160	
9607	injekčná aplikácia kortikoidu do periokulárneho hemangiómu u detí	015,215,336	160	
9608	extrakcia stehov z rohovky u detí	015,215,336	160	
9609	laserová koagulácia sietnice	015,215,336	150	
9613	aplikácia botoxu pri strabizme u detí (jedno oko)	015,215,336	160	
9613k	aplikácia botoxu pri strabizme u detí (obe oči)	015,215,336	200	
9205a	korekcia nosových dierok zo zdravotných dôvodov u detí do 18	014,038,114	385	

	rokov vrátane			
9524	korekcia červenej pery u detí	014,114,038	190	predchádzajúci súhlas ZP
9713	rekonštrukcia nosového krídla u detí	014,038,114	404	
9804	korekcia hypospádie u detí	012,109,038	241	
H5560	Diagnosticko terapeutický výkon v ústavnej zdravotnej starostlivosti - ukončená hospitalizácia z dôvodu potreby pozorovania zdravotného stavu a/ alebo diagnostického vyšetrenia a/alebo podania lieku/liekov poistencovi počas jeho hospitalizácie v trvaní od 24 hodín do 72 hodín na príslušnom oddelení	odbornosti oddelení hrazených cenou ukončenej hospitalizácie	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 hradiť len pri liečbe intravitreálnymi liekmi indikovanými určenými pracoviskami v zmysle platných indikačných a preskripčných obmedzení. Zdravotnou poisťovňou schválený Intravitreálny liek sa vykazuje ako pripočítateľná položka k výkonu. Lieky obstarávané zdravotnou poisťovňou sa vykazujú s nulovou výškou úhrady.
- 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 prsníkový implantát, prsníkový expandér alebo prsníkový implantát - expandér. Písomná žiadosť o schválenie úhrady musí obsahovať - aktuálny lekársky nález, podrobnú informáciu o prípadných iných chorobách, na ktoré sa pacientka lieči (diabetes, cieвне 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 výkonu sú zahrnuté všetky náklady spojené s jeho vykonaním, t.j. komplexné vyšetrenie poistenca lekárom realizujúcim výkon, poskytnutie výkonu podľa zdravotnej indikácie, použitie zdravotníckych pomôcok (ak nie je ďalej uvedené inak), kompletná anestéziologická starostlivosť (pred, počas i po operácii), v indikovaných prípadoch aj histológia (odoslanie odobratého biologického materiálu, záznam o výsledku v zdravotnej dokumentácii, manažment pacienta v prípade pozitívnosti nálezu), všetka zdravotná starostlivosť a služby súvisiace s poskytnutím zdravotnej starostlivosti, rady a poučenia poistenca pred jeho prepustením do domácej starostlivosti.
- V prípade, že poskytovateľ pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti použije nasledovný špeciálny zdravotnícky materiál (ďalej len „ŠZM“):
 - prsníkový implantát v špecializačnom odbore plastická chirurgia,
 - prsníkový expandér v špecializačnom odbore plastická chirurgia,
 - prsníkový expandér – implantát v špecializačnom odbore plastická chirurgia,
 - suburetrálna páska v špecializačnom odbore gynekológia a pôrodnictvo a v špecializačnom odbore urológia,
 - vnútroočná šošovka v špecializačnom odbore oftalmológia,

zdravotná poisťovňa ho uhradí ako pripočítateľnú položku k úhrade výkonu do výšky obstarávacej ceny ŠZM, najviac však do výšky 92 % (pri výpočte sa uplatňuje matematické zaokrúhľovanie na dve desatinné miesta) z maximálnej úhrady zdravotnej poisťovne za ŠZM uvedenej v Zozname kategorizovaných špeciálnych zdravotníckych materiálov v zmysle zákona č. 363/2011 Z.z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a diietických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „Zoznam ŠZM“) pri súčasnom dodržaní všetkých príslušných podmienok úhrady ŠZM. Ak je obstarávacia cena ŠZM vyššia ako maximálna úhrada zdravotnej poisťovne za ŠZM ako pripočítateľnej položky podľa predchádzajúcej vety, je tento rozdiel zahrnutý do úhrady výkonu, pri ktorom bol ŠZM použitý. Pre aplikáciu tohto bodu je rozhodujúci Zoznam ŠZM platný v čase použitia ŠZM.
- Poskytovateľ vykazuje výkony nasledovne:
 - ak zdravotný stav poistenca a/alebo iná kontraindikácia vyžadovala nepretržitý pobyt poistenca na lôžku v trvaní dlhšie ako 24 hodín, v dátovom rozhraní pre ústavnú zdravotnú starostlivosť ako pripočítateľnú položku k ukončenej hospitalizácii,
 - ak zdravotný stav poistenca a/alebo iná kontraindikácia nevyžadovala nepretržitý pobyt poistenca na lôžku v trvaní dlhšie ako 24 hodín, v dátovom rozhraní pre ambulatnú zdravotnú starostlivosť.
- Osobitne hrazené 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 hrazený výkon.
- V prípade ak poskytovateľ vykáže k úhrade pri jednom operačnom zákroku viac ako jeden osobitne hrazený výkon s pobytom poistenca na lôžku v trvaní dlhšie ako 24 hodín, zdravotná poisťovňa takéto vykázanie posúdi a v prípade akceptovania môže poskytnúť zdravotnú starostlivosť uhradiť v cene ukončenej hospitalizácie na príslušnom oddelení.

8. V prípade výkonov s pobytom poistenca na lôžku v trvaní do 24 hodín zdravotná poisťovňa pri jednom operačnom zákroku akceptuje len kombinácie výkonov uvedené v tabuľke bodu 1 tejto časti.

IV. Ceny výkonov finančne náročnej zdravotnej starostlivosti

- Zdravotná poisťovňa uhradí výkony finančne náročnej zdravotnej starostlivosti uvedené nižšie len za toho poistenca, ktorý je v čase poskytnutia 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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	Nepribuzenská	individuálna kalkulácia, max. 99.582	1,12
	Transplantácia orgánov:		
90101	Transplantácia obličiek	4.481	11,3,16,15
90201	Transplantácia srdca	15.933	8
90301	Transplantácia pečene	individuálna kalkulácia, max. 79.665	1,11,3
90401	Transplantácia pankreasu	individuálna kalkulácia, max. 8.298	11,3
90501	Transplantácia pľúc	individuálna kalkulácia, max. 132.776	13
90601	Transplantácia rohovky – náklady súvisiace s odberom rohovky	647	1,12,14,4,6,3,16,5,10,15,2
	Odber orgánov:		

100101	Oblíčka 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	Oblíčka z izolovaného odberu - kadaverózneho	1.285	11,3,16,15
100107	Oblíčka z izolovaného odberu - príbuzenského	1.726	11,3,16,15
100201	Liečba popálenín nad 20% povrchu tela	5.975	13,9,2

***Zoznam poskytujúcich 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 Poprad, a. s.
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