

Zmluva č. 5001NFAL000117
o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

uzatvorená podľa § 7 zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov
(ďalej aj ako „zmluva“)

Článok I
Zmluvné strany

Union zdravotná poisťovňa, a. s.

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

a

Fakultná nemocnica s poliklinikou F.D. Roosevelta Banská Bystrica

zastúpený: Ing. Miriam Lapuníková, MBA, riaditeľ
so sídlom: L. Svobodu 1, 975 17 Banská Bystrica
IČO: 00165549
identifikátor poskytovateľa (prvých šesť znakov kódu poskytovateľa): N42231
označenie registra:
(ďalej len "poskytovateľ")

(spoločne aj ako „zmluvné strany“)

Článok II
Kritéria na uzatváranie zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

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

- a) personálne vybavenie poskytovateľa - poskytovanie zdravotnej starostlivosti prostredníctvom osôb, ktoré spĺňajú podmienky na výkon zdravotníckeho povolania alebo samostatnej zdravotníckej praxe ustanovené pre daný odbor príslušnými všeobecne záväznými právnymi predpismi, najmenej na úrovni požiadaviek na personálne zabezpečenie zdravotníckych zariadení určené príslušnými všeobecne záväznými právnymi predpismi,
- b) materiálo-technické vybavenie poskytovateľa - poskytovanie zdravotnej starostlivosti prostredníctvom materiálo-technického vybavenia najmenej na úrovni požiadaviek na materiálo-technické vybavenie zdravotníckych zariadení určené príslušnými všeobecne záväznými právnymi predpismi a len prostredníctvom zdravotníckych pomôcok, ktoré spĺňajú technické požiadavky ustanovené zákonom č. 264/1999 Z. z. o technických požiadavkách na výrobky a o posudzovaní zhody a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,
- c) geografickú dostupnosť zdravotnej starostlivosti – zabezpečenie zdravotnej starostlivosti pre poistencov zdravotnej poisťovne najmenej v rozsahu verejnej minimálnej siete poskytovateľov podľa nariadenia vlády SR č. 640/2008 Z. z. o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov,
- d) indikátory kvality podľa nariadenia vlády SR č. 752/2004 Z. z., ktorým sa vydávajú indikátory kvality na hodnotenie poskytovania zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov,
- e) poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v zariadeniach spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek v jednotlivých medicínskych odboroch laboratórnej medicíny - zavedenie interného systému kontroly kvality a zavedenie externého systému kontroly kvality,

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

Článok III Predmet (rozsah) zmluvy

3.1. Predmetom zmluvy je dohodnutie podmienok poskytovania zdravotnej starostlivosti poistencom zdravotnej poisťovne (ďalej len „poistenec“), poistencom členských štátov Európskej únie, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu a Švajčiarska, cudzincom zo štátov, s ktorými má Slovenská republika uzatvorené medzinárodné dohody o poskytnutí zdravotnej starostlivosti, rozsahu poskytovanej zdravotnej starostlivosti, výšky úhrady za zdravotnú starostlivosť alebo spôsobu určenia výšky úhrady za zdravotnú starostlivosť, jej splatnosti a úprava ďalších právnych vzťahov vznikajúcich na základe zmluvy medzi zmluvnými stranami.

3.2. Poskytovateľ sa zaväzuje poskytovať zdravotnú starostlivosť poistencom na základe právoplatného povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia (ďalej len „povolenie“) vydaného orgánom príslušným na jeho vydanie, v zmluve dohodnutom rozsahu zdravotnej starostlivosti podľa prílohy č. 1, ktorá tvorí neoddeliteľnú súčasť zmluvy.

3.3. Zmluvné strany sa dohodli, že niektoré zmluvné podmienky definované v bode 3.1. zmluvy ako aj definície niektorých pojmov použitých v zmluve sú dohodnuté v príslušných prílohách, ktoré tvoria neoddeliteľnú súčasť zmluvy.

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 uzatvorením 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 záchrannej 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 dietetických 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 materiálno-technickom vybavení zdravotníckeho zariadenia.

4. 3. Zmluvné strany sú povinné zachovávať mlčanlivosť o skutočnostiach, s ktorými prídu do styku pri plnení zmluvy. Za uvedené skutočnosti sa považujú najmä 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 spĺňal 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 rozsah nároku poistenca na úhradu zdravotnej starostlivosti z verejného zdravotného poistenia s ohľadom na § 9 ods. 2 zákona č. 580/2004 Z.z.; ak poistenec 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 zákaznickeho centra zdravotnej poisťovne 0850 00 33 33 alebo na webovom sídle zdravotnej poisťovne; poskytovateľ má možnosť overiť si rozsah nároku poistenca na úhradu zdravotnej starostlivosti z verejného zdravotného poistenia na webovom sídle zdravotnej poisťovne; poskytovateľ pri vykazovaní zdravotnej starostlivosti na úhradu zdravotnej poisťovni postupuje v súlade s tým, že poistenec uvedený v zozname dlžníkov má podľa príslušného všeobecne záväzného právneho predpisu právo len na úhradu neodkladnej zdravotnej starostlivosti zo strany zdravotnej poisťovne, ak príslušný všeobecne záväzný právny predpis neustanovuje inak,

f) pri poskytovaní zdravotných výkonov v zariadeniach ambulantnej zdravotnej starostlivosti prístrojovým vybavením, ktoré je nad rámec minimálneho materiálo-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 opatrením Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 08813-OL-2016, ktorým sa ustanovuje zoznam zdravotných výkonov pre klasifikačný systém diagnosticko-terapeutických skupín, v súlade s výnosom Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 09467/2015, ktorým sa ustanovujú pravidlá kódovania chorôb a pravidlá kódovania zdravotných výkonov, v súlade s platným metodickým usmernením o spracovaní a vykazovaní zdravotných výkonov poskytovateľov zdravotnej starostlivosti elektronickou formou vydaným Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou a v súlade s touto zmluvou; choroby podľa medzinárodnej klasifikácie chorôb v platnom znení 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,

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

- i) oznamovať zdravotnej poisťovni k poslednému dňu v kalendárnom mesiaci na tlačive predpísanom Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou každé poskytnutie zdravotnej starostlivosti poistencovi v dôsledku preukázaného porušenia liečebného režimu alebo užívania alkoholu alebo inej návykovej látky, ako aj úrazy alebo iné poškodenie zdravia 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 starostlivosti 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 starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia (okrem údajov o zdravotnej starostlivosti 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 15 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 poradie 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 štvrťroku počet poistencov zaradených do zoznamu poskytovateľa o viac ako 5 % vyšší ako je počet poistencov zaradených do zoznamu poskytovateľa v bezprostredne predchádzajúcom kalendárnom štvrťroku, resp. keď je v danom kalendárnom štvrťroku 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 štvrťroku, pričom sa vychádza z údajov o počte poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti u poskytovateľa,
- r) pravdivo, korektno a neskreslene informovať poistencov o podmienkach poskytovania zdravotnej starostlivosti poistencom a úhrady tejto zdravotnej starostlivosti zdravotnou poisťovňou,
- s) počas trvania hospitalizačného prípadu a počas hospitalizácie na DRG nerelevantnom oddelení, ktorej predchádzala hospitalizácia na DRG relevantnom oddelení a/alebo ktorá pokračovala hospitalizáciou na DRG relevantnom oddelení, v prípade odporúčenia ambulantnej zdravotnej starostlivosti, vrátane zdravotnej starostlivosti poskytovanej zariadením spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek, a/alebo služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti na odporúčenie (napr. žiadamka alebo výmenný lístok) na poskytnutie tejto zdravotnej starostlivosti resp. služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti uviesť jednoznačný identifikátor súvisiaceho hospitalizačného prípadu (ďalej len

„ID hospitalizačného prípadu“) vytvorený podľa platného metodického usmernenia o spracovaní a vykazovaní zdravotných výkonov poskytovateľov zdravotnej starostlivosti elektronickou formou vydaného Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, kód odporúčajúceho poskytovateľa (ambulancia alebo oddelenie) a dátum odporúčenia.

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) poistenc je zaradený do chronického dialyzačného programu alebo do transplantačného 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) materiálo-technické a/alebo personálne vybavenie poskytovateľa neumožňuje poskytnúť poistencovi potrebnú zdravotnú starostlivosť
- d) ide o medicínsky opodstatnený preklad poistenca k inému poskytovateľovi ústavnej zdravotnej starostlivosti po predchádzajúcom poskytovaní ústavnej zdravotnej starostlivosti poistencovi u poskytovateľa, napr. ak boli vykonané poistencovi všetky špecializované výkony a/alebo terapeutické postupy, na vykonanie ktorých bol poistenc preložený od iného poskytovateľa ústavnej zdravotnej starostlivosti (ďalej aj ako „odosielajúci poskytovateľ ústavnej zdravotnej starostlivosti“) a poistenc je následne prekladaný k odosielajúcemu poskytovateľovi ústavnej zdravotnej starostlivosti, alebo
- e) poskytovateľ vyčerpal všetky diagnostické a liečebné možnosti poskytovania zdravotnej starostlivosti a aj napriek tomu si zdravotný stav poistenca vyžaduje poskytovanie ďalšej ústavnej zdravotnej starostlivosti u iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti.

4. 9. Poskytovateľ indikuje a predpisuje humánne lieky, dietetické potraviny a zdravotnícke pomôcky v súlade s preskripčnými a indikačnými obmedzeniami, množstvovými a finančnými limitmi uvedenými v 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 a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon 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 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 štrnástich 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 poisťencom 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 „poisťenci 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 poisťencom; 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, výkonov asistovanej reprodukcie, výkonu Y0008), v prílohe č. 2b zmluvy, v prílohe č. 2c zmluvy, 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 a ak náklady na špeciálny zdravotnícky materiál podľa zmluvy a/alebo podľa niektorého z predpisov uvedeného v bode 4.1. zmluvy nie sú zahrnuté v úhrade za zdravotnú starostlivosť v súvislosti, s ktorou bol špeciálny zdravotnícky materiál použitý) poskytnutý v príslušnom kalendárnom mesiaci poisťencom zdravotnej poisťovne (okrem poisťencov 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.

5.2. Výška globálneho rozpočtu na jeden kalendárny mesiac je 333 252,- eur.

5.3. V prípade, že v danom kalendárnom mesiaci poskytovateľ poskytne poisťencom 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 poisťencom 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 poisťencom 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 poisťencom 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 s tým, že za účelom úpravy globálneho rozpočtu zmluvné strany bezodkladne uzatvoria dodatok ku zmluve.

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 dietetických 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.

5.6. Prvá veta bodu 5.5. zmluvy sa nepoužije, ak za sledované obdobie priemerný mesačný casemix index poskytovateľa stúpne o viac ako 5% v porovnaní s priemerným mesačným casemix indexom poskytovateľa za bezprostredne predchádzajúci kalendárny rok. Casemix indexom poskytovateľa sa rozumie podiel súčtu relatívnych váh všetkých hospitalizačných prípadov vykázaných do zdravotnej poisťovne a ňou uznaných za príslušné obdobie a počtu všetkých hospitalizačných prípadov vykázaných do zdravotnej poisťovne a ňou uznaných za príslušné obdobie s tým, že vo vzťahu ku kalendárnemu roku 2016 sa casemix indexom poskytovateľa rozumie casemix index, ktorý by poskytovateľ dosiahol, ak by zdravotná poisťovňa pri úhrade zdravotnej starostlivosti za obdobie kalendárneho roku 2016 postupovala podľa systému DRG v stave dojednanom od 1.1.2017.

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

- a) 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,
- b) dôjde k legislatívnej a/alebo inej právne záväznej regulačnej úprave zdravotníckej autority majúcej vplyv na rozsah a úhradu poskytnutej zdravotnej starostlivosti,
- 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.

5.8. 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 nepoužijú.

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, ak v zmluve nie je dojednané inak. 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 zmluve alebo v prílohách k zmluve 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. Ak ide o zdravotnú starostlivosť hradenú podľa systému diagnosticko-terapeutických skupín, súhrnný prehľad spracovania zdravotných výkonov obsahuje aj rekapituláciu hospitalizačných prípadov, vrátane ich zaradenia do diagnosticko-terapeutických skupín a rekapituláciu výkonov spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek poskytnutých počas poskytovania ústavnej zdravotnej starostlivosti hradenej podľa systému DRG a zahrnutých v úhrade za hospitalizačný prípad.

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 pečiatkou a svojim 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.

6.7. Ak poskytovateľ napriek zaslaniu opravného účtovného dokladu podľa bodu 6.6. zmluvy nesúhlasí so skutočnosťami uvedenými v protokole sporných dokladov, má právo ich reklamovať a písomne odôvodniť vykázanie neuznaných zdravotných výkonov zdravotnej poisťovni do 10-ich dní od doručenia lekárskeho protokolu. Zdravotná poisťovňa zašle poskytovateľovi písomné stanovisko k podanej reklamácií do 10-ich dní od jej doručenia. Ak zdravotná poisťovňa akceptuje vykázanie reklamovaných sporných zdravotných výkonov alebo ich časti, poskytovateľ vystaví samostatnú faktúru len na akceptované reklamované zdravotné výkony alebo ich časť podľa platných dátových rozhraní a predloží ju zdravotnej poisťovni na úhradu. Prílohou tejto faktúry je elektronicky spracovaná dávka na dátovom médiu podľa platných dátových rozhraní v rozsahu akceptovanej reklamácie. Faktúra je vystavená za obdobie, v ktorom bola poskytnutá reklamovaná zdravotná starostlivosť. Toto nemá vplyv na skutočnosti uvedené v bode 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 obidve 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 nesprávnej faktúry do zdravotnej poisťovne. V prípade, že formálne a vecne správny opravný účtovný doklad je doručený po 25-tom dni od doručenia vecne nesprávnej faktúry, splatnosť takto opravenej faktúry je 5 pracovných dní odo dňa doručenia formálne a vecne správneho opravného účtovného dokladu do zdravotnej poisťovne.

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.

6.12. Ak v prípade zdravotnej starostlivosti hradenej podľa systému DRG hospitalizačný prípad nie je vykázaný správne a z tohto dôvodu nebol zdravotnou poisťovňou uznaný a uhradený, má poskytovateľ právo ho opätovne vykázať na úhradu zdravotnej poisťovni. Týmto bodom nie je dotknuté oprávnenie zdravotnej poisťovne vykonať u poskytovateľa kontrolu vykazovania zdravotnej starostlivosti podľa systému DRG v súlade s článkom VII zmluvy.

6.13. Za správne vykázaný hospitalizačný prípad sa považuje hospitalizačný prípad vykázaný na úhradu zdravotnej poisťovni v súlade pravidlami kódovania chorôb a pravidlami kódovania zdravotných výkonov podľa príslušného všeobecne záväzného právneho predpisu a v súlade s ostatnými príslušnými podmienkami úhrady zdravotnej starostlivosti zdravotnou poisťovňou.

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

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, **vykazovanie zdravotnej starostlivosti hradenej podľa systému DRG** a ďalších 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; doručenie záznamu o kontrole poskytovateľovi sa kontrola považuje za skončenú,
- b) protokol o kontrole, ak kontrolou zistí porušenie všeobecne záväzných právnych predpisov alebo porušenie podmienok 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 vyjadří písomne alebo osobne prerokuje podané námietky s poskytovateľom v termíne s ním dohodnutom. Písomné vyjadrenie zdravotnej poisťovne k námietkam poskytovateľa sa považuje za zápisnicu k protokolu o kontrole. Ak sa námietky poskytovateľa prerokujú osobne, kontrolná skupina spíše zápisnicu k protokolu o kontrole o výsledku prerokovania námietok poskytovateľa. Poskytovateľ má právo na uvedenie svojho písomného vyjadrenia k zápisnici k protokolu o kontrole. V prípade písomného vyjadrenia zdravotnej poisťovne k námietkam poskytovateľa má poskytovateľ právo na písomné vyjadrenie k zápisnici k protokolu o kontrole do 5 kalendárnych dní odo dňa doručenia písomného vyjadrenia zdravotnej poisťovne k námietkam poskytovateľa.

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 nespíše.

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.

Článok VIII Následky porušenia niektorých povinností

8.1. V prípade, že zdravotná poisťovňa na základe vykonanej kontroly (článok VII zmluvy) zistí, že poskytovateľ vykázal zdravotnej poisťovni zdravotnú starostlivosť, ktorú preukázateľne neposkytol v celom rozsahu alebo v určitej jej časti a zdravotná poisťovňa takúto zdravotnú starostlivosť čo i len sčasti uhradila (ďalej len „neoprávnená úhrada“), poskytovateľ sa zaväzuje, že zdravotnej poisťovni vráti takúto neoprávnenú úhradu alebo jej časť za podmienok podľa bodu 8.2. a 8.4. zmluvy.

8.2. Zmluvné strany sa dohodli, že pre vrátenie neoprávnenej úhrady podľa bodu 8.1. zmluvy, sa nevyžaduje predchádzajúce upozornenie druhej zmluvnej strany. Písomná výzva na vrátenie neoprávnenej úhrady podľa bodu 8.1. zmluvy musí obsahovať špecifikáciu porušenia povinnosti a výšku neoprávnenej úhrady.

8.3. V prípade zistenia neoprávnenej úhrady zdravotnou poisťovňou podľa bodu 8.1. zmluvy je poskytovateľ v každom jednotlivom prípade povinný uhradiť zdravotnej poisťovni zmluvnú pokutu až do výšky 25 % sumy neoprávnenej úhrady na základe výzvy zdravotnej poisťovne podľa bodu 8.4. zmluvy.

8.4. Zmluvné strany sa dohodli, že poskytovateľ vykoná vrátenie neoprávnenej úhrady a/alebo úhradu zmluvnej pokuty podľa bodu 8.3. zmluvy vo výške uplatnenej zdravotnou poisťovňou v lehote do 30 dní odo dňa doručenia písomnej výzvy zdravotnej poisťovne.

8.5. Ak poskytovateľ v lehote podľa bodu 8.4. zmluvy nevráti zdravotnej poisťovni neoprávnenú úhradu a/alebo neuhradí uplatnenú zmluvnú pokutu podľa bodu 8.3. zmluvy, je zdravotná poisťovňa oprávnená vykonať jednostranný zápočet týchto pohľadávok voči najbližšiemu splatnému vyúčtovaniu úhrady zdravotnej starostlivosti poskytovateľa a/alebo ďalším splatným vyúčtovaniam úhrady zdravotnej starostlivosti poskytovateľa.

8.6. Ak je zdravotná poisťovňa v omeškaní s plnením svojho peňažného záväzku voči poskytovateľovi, má poskytovateľ právo uplatniť voči nej úrok z omeškania podľa príslušného ustanovenia zákona č. 513/1991 Zb. Obchodný zákonník v znení neskorších predpisov.

8.7. V prípade, že zdravotná poisťovňa na základe vykonanej kontroly (článok VII zmluvy) zistí, že predpisujúci lekár poskytovateľa pri predpise liekov, zdravotníckych pomôcok alebo dietetických potravín nedodrжал preskripčné, indikačné obmedzenia alebo ich predpísal bez predchádzajúceho súhlasu revízneho lekára (ak sa tento vyžaduje), alebo ich predpísal na neregistrovanú alebo neschválenú indikáciu, alebo porušil povinnosť podľa § 119 ods. 11 zákona o liekoch a zdravotníckych pomôckach a zdravotná poisťovňa tieto lieky, zdravotnícke pomôcky alebo dietetické potraviny uhradila poskytovateľovi lekárenskej starostlivosti, zdravotná poisťovňa má právo na náhradu tohto plnenia voči poskytovateľovi, v mene ktorého predpisujúci lekár nesprávne (podľa tohto bodu) vystavil lekársky predpis alebo lekársky poukaz. Zdravotná poisťovňa je oprávnená voči najbližšiemu splatnému vyúčtovaniu úhrady zdravotnej starostlivosti poskytovateľovi a/alebo ďalšiemu splatnému vyúčtovaniu úhrady zdravotnej starostlivosti poskytovateľa jednostranne započítať svoju pohľadávku, ktorá jej vznikla z titulu zrealizovania povinného plnenia poskytovateľovi lekárenskej starostlivosti podľa § 121 ods. 6 zákona o liekoch a zdravotníckych pomôckach.

8.8. Uplatnením zmluvnej pokuty a jej úhradou nie je dotknutý nárok zdravotnej poisťovne na náhradu škody.

8.9. Uhradením zmluvnej pokuty sa povinná zmluvná strana nezbavuje povinnosti splniť povinnosť vyplývajúcu z platných právnych predpisov alebo z ustanovení zmluvy, ktorú porušila.

8.10. Zmluvné strany sa dohodli, že v prípade porušenia povinnosti vyplývajúcej z článku IV niektorou zo zmluvných strán, s výnimkou povinností, pre ktoré je osobitne dojednaná zmluvná pokuta v ostatných bodoch tohto článku zmluvy, a povinnosti uvedenej v bode 4.1. zmluvy, je zmluvná strana povinná uhradiť oprávnenej zmluvnej strane zmluvnú pokutu až do výšky 100,- eur za každé jedno porušenie povinností.

8.11. Ak predpisujúci lekár poskytovateľa vedome predpíše liek, zdravotnícku pomôcku a/alebo dietetickú potravinu v prospech inej osoby (najmä konzumácia, použitie alebo iné nakladanie s liekom, zdravotníckou pomôckou alebo dietetickou potravinou) ako je poistenec uvedený na príslušnom lekárskom predpise alebo lekárskom poukaze, môže si zdravotná poisťovňa uplatniť zmluvnú pokutu u poskytovateľa až do výšky 25 % ceny lieku, zdravotníckej pomôcky alebo dietetической potraviny predpísanej neoprávnene podľa tohto bodu. Pre určenie výšky zmluvnej pokuty podľa tohto bodu je rozhodujúca maximálna výška úhrady zdravotnej poisťovne za liek, zdravotnícku pomôcku alebo dietetickú potravinu v čase ich predpisu určenú rozhodnutím alebo všeobecne záväzným právnym predpisom príslušného orgánu.

8.12. Zdravotná poisťovňa si môže uplatniť u poskytovateľa zmluvnú pokutu až do výšky 100 €, ak v čase začatia kontroly podľa článku VII zmluvy zdravotnou poisťovňou uhradené zdravotné výkony, lieky, zdravotnícke pomôcky, alebo dietetické potraviny boli v zdravotnej dokumentácii zaznamenané v rozpore s platnými všeobecne záväznými právnymi predpismi a/alebo v nedostatočnom rozsahu, najmä ak údaje v zdravotnej dokumentácii neposkytujú úplný, pravdivý a v plnom rozsahu čitateľný prehľad o zdravotnej starostlivosti poskytnutej poistencovi; za každé jedno takéto porušenie.

8.13. Zmluvnú pokutu vo výške 3% priemernej mesačnej hodnoty úhrad za zdravotnú starostlivosť vyplatených zdravotnou poisťovňou poskytovateľovi v bezprostredne predchádzajúcich 5 kalendárnych mesiacoch, avšak minimálne 20,- eur, najviac 100,- eur, je poskytovateľ povinný zaplatiť zdravotnej poisťovni za každé jedno:

- a) neposkytnutie, alebo odmietnutie súčinnosti pri vykonávaní kontroly podľa článku VII zmluvy,
- b) nekvalitné poskytovanie zdravotnej starostlivosti, ktoré sa zistí kontrolou zdravotnej poisťovne,
- c) nesplnenie oznamovacej povinnosti vyplývajúcej z bodu 4.2. zmluvy.

8.14. Ak zdravotná poisťovňa kontrolou úhrady za hospitalizačný prípad zistí, že poskytovateľ porušil pravidlá kódovania chorôb a pravidlá kódovania zdravotných výkonov podľa príslušného všeobecne záväzného právneho predpisu a zdravotná poisťovňa uhradila za hospitalizačný prípad vyššiu úhradu, ako na ktorú má poskytovateľ ústavnej starostlivosti nárok podľa zmluvy,

a) po vykonaní kontroly na vzorke určenej diagnosticko-terapeutickej skupiny, kde vzorka obsahuje minimálne 5 % všetkých hospitalizačných prípadov a minimálne však 10 hospitalizačných prípadov vykazanej zdravotnej starostlivosti v kontrolovanom období v danej diagnosticko-terapeutickej skupine, zdravotná poisťovňa je oprávnená znížiť úhradu za všetky hospitalizačné prípady vykázané v kontrolovanom období o sumu priemerného rozdielu medzi výškou úhrady za hospitalizačný prípad a správnu výškou úhrady zistenej na kontrolovanej vzorke hospitalizačných prípadov, ktoré poskytovateľ ústavnej starostlivosti mal vykázať pri dodržaní pravidiel kódovania chorôb a pravidiel kódovania zdravotných výkonov podľa príslušného všeobecne záväzného právneho predpisu, za všetky hospitalizačné prípady vykázané v kontrolovanom období v danej diagnosticko-terapeutickej skupine, alebo

b) zdravotná poisťovňa je oprávnená uplatniť u poskytovateľa nárok na náhradu plnenia nákladov za každý uhradený hospitalizačný prípad, ktorý bol chybné vykázaný, a to vo výške rozdielu medzi úhradou za hospitalizačný prípad vykázanou poskytovateľom a správnu výškou úhrady, ktorú mal poskytovateľ vykázať pri dodržaní pravidiel kódovania chorôb a pravidiel kódovania zdravotných výkonov podľa príslušného všeobecne záväzného právneho predpisu a zároveň je oprávnená uplatniť u tohto poskytovateľa zmluvnú pokutu najviac vo výške 2-násobku rozdielu podľa predchádzajúcej vety, a to za každý kontrolovaný hospitalizačný prípad.

Ak zdravotná poisťovňa postupovala podľa tohto bodu zmluvy, ustanovenia bodu 8.1. a 8.3. zmluvy sa nepoužijú, ustanovenia bodov 8.2., 8.4. a 8.5. zmluvy sa použijú primerane. Ustanovenia bodu 8.14. zmluvy sa aplikujú najskôr na obdobie od 1.1.2018, ak všeobecne záväzný právny predpis neustanoví inak.

Článok IX Doručovanie

9.1. Zmluvné strany doručujú písomnosti, iné doklady a oznámenia, s doručovaním ktorých zmluva počíta (ďalej len „zásielka“), niektorým zo spôsobov:

- a) poštou,
- b) kuriérom,
- c) osobne.

Zásielka doručovaná podľa tohto bodu sa považuje za doručeníu ak bola doručená priamo na adresu určenú v článku I zmluvy.

9.2. Poskytovateľ môže zásielku - faktúru spolu s prílohami (s výnimkou dátového média), ako aj ostatné doklady podľa článku VI zmluvy, okrem niektorého zo spôsobov podľa bodu 9.1. zmluvy, doručiť zdravotnej poisťovni aj elektronicky prostredníctvom portálu, ktorý prevádzkuje zdravotná poisťovňa na svojom webovom sídle za podmienky, že medzi poskytovateľom a zdravotnou poisťovňou bola uzatvorená osobitná zmluva, ktorej predmetom je úprava spôsobu doručovania zásielky podľa tohto bodu a s tým súvisiacich úkonov.

9.3. Zmluvné strany sa dohodli, že zásielky s výnimkou korešpondencie podľa článku VI zmluvy a korešpondencie obsahujúcej osobné údaje alebo údaje chránené podľa osobitných predpisov, sa môžu doručovať aj e-mailom.

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 poradí 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 12 mesiacov odo dňa nadobudnutia účinnosti zmluvy.

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

10.5. 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. 2c Podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti podľa klasifikačného systému diagnosticko-terapeutických skupín

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 uzatváraní 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 poistencom zdravotnej poisťovne v rovnakom vecnom rozsahu aký je dohodnutý v zmluve.

Bratislava dňa2017

Banská Bystrica dňa2017

Union zdravotná poisťovňa, a.s.

Fakultná nemocnica s poliklinikou F.D.
Roosevelta Banská Bystrica

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

.....
Ing. Miriam Lapuníková, MBA, riaditeľ

Príloha č. 1
k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

Dohodnutý rozsah poskytovanej zdravotnej starostlivosti

V súlade s bodom 3.2. článku III tejto zmluvy si zdravotná poisťovňa u poskytovateľa objednáva poskytovanie zdravotnej starostlivosti odbornými útvarmi zdravotníckeho zariadenia poskytovateľa s prídelenými kódmi poskytovateľa zdravotnej starostlivosti podľa tejto prílohy, s uvedením ich odbornosti a druhu odborného útvaru.

Názov poskytovateľa zdravotnej starostlivosti: Fakultná nemocnica s poliklinikou F.D. Roosevelta Banská Bystrica

Identifikátor poskytovateľa zdravotnej starostlivosti: N42231

Kód poskytovateľa	Kód odbornosti útvaru*	Názov odbornosti útvaru	Druh odborného útvaru**
N42231001101	001	vnútorné lekárstvo	1
N42231001102	001	vnútorné lekárstvo	1
N42231002101	002	infektológia	1
N42231003101	003	pneumológia a ftizeológia	1
N42231003102	003	pneumológia a ftizeológia	1
N42231004101	004	neuroológia	1
N42231005101	005	psychiatria	1
N42231009101	009	gynekológia a pôrodníctvo	1
N42231010101	010	chirurgia	1
N42231010102	010	chirurgia	1
N42231011101	011	ortopédia	1
N42231012101	012	urológia	1
N42231013101	013	úrazová chirurgia	1
N42231014101	014	otorinolaryngológia	1
N42231015101	015	oftalmológia	1
N42231018101	018	dermatovenerológia	1
N42231019101	019	klinická onkológia	1
N42231019102	019	klinická onkológia	1
N42231019103	019	klinická onkológia	1
N42231025101	025	anestéziológia a intenzívna medicína	1
N42231031101	031	hematológia a transfuziológia	1
N42231037101	037	neurochirurgia	1
N42231038101	038	plastická chirurgia	1
N42231038102	038	plastická chirurgia	1
N42231046101	046	algeziológia	1
N42231051101	051	neonatólogia	1
N42231068101	068	cievna chirurgia	1
N42231196101	196	JIS interná	1
N42231201101	201	JIS neurologická	1
N42231202101	202	JIS chirurgická	1
N42231203101	203	JRSN (jednotka resuscitačnej starostlivosti o novorodencov)	1
N42231306101	306	klinické pracovné lekárstvo a klinická toxikológia	1
N42231319102	319	onkológia v chirurgii	1
N42231319101	319	onkológia v chirurgii	1
N42231613101	613	JIS úrazová	1
N42231631101	631	JIS hematologická	1
N42231637101	637	JIS neurochirurgická	1
N42231707101	707	JISN (jednotka intenzívnej starostlivosti o novorodencov)	1

N42231708101	708	JVSN (jednotka vysokošpecializovanej starostlivosti o novorodencov)	1
N42231001201	001	vnútorné lekárstvo	2
N42231002201	002	infektológia	2
N42231002202	002	infektológia	2
N42231002204	002	infektológia	2
N42231002203	002	infektológia	2
N42231003201	003	pneumológia a ftizeológia	2
N42231003202	003	pneumológia a ftizeológia	2
N42231004203	004	neuroológia	2
N42231004204	004	neuroológia	2
N42231004205	004	neuroológia	2
N42231004201	004	neuroológia	2
N42231004202	004	neuroológia	2
N42231005201	005	psychiatria	2
N42231005202	005	psychiatria	2
N42231009202	009	gynekológia a pôrodnictvo	2
N42231009201	009	gynekológia a pôrodnictvo	2
N42231009203	009	gynekológia a pôrodnictvo	2
N42231009207	009	gynekológia a pôrodnictvo	2
N42231009206	009	gynekológia a pôrodnictvo	2
N42231009204	009	gynekológia a pôrodnictvo	2
N42231010201	010	chirurgia	2
N42231010202	010	chirurgia	2
N42231010204	010	chirurgia	2
N42231010206	010	chirurgia	2
N42231010205	010	chirurgia	2
N42231011201	011	ortopédia	2
N42231011202	011	ortopédia	2
N42231011203	011	ortopédia	2
N42231012201	012	urológia	2
N42231012202	012	urológia	2
N42231012204	012	urológia	2
N42231012203	012	urológia	2
N42231013201	013	úrazová chirurgia	2
N42231013202	013	úrazová chirurgia	2
N42231014201	014	otorinolaryngológia	2
N42231014202	014	otorinolaryngológia	2
N42231014203	014	otorinolaryngológia	2
N42231015201	015	oftalmológia	2
N42231015205	015	oftalmológia	2
N42231015206	015	oftalmológia	2
N42231015202	015	oftalmológia	2
N42231015207	015	oftalmológia	2
N42231015210	015	oftalmológia	2
N42231015208	015	oftalmológia	2
N42231015204	015	oftalmológia	2
N42231018201	018	dermatovenerológia	2
N42231018202	018	dermatovenerológia	2

N42231018203	018	dermatovenerológia	2
N42231019205	019	klinická onkológia	2
N42231019203	019	klinická onkológia	2
N42231019201	019	klinická onkológia	2
N42231019204	019	klinická onkológia	2
N42231019206	019	klinická onkológia	2
N42231019210	019	klinická onkológia	2
N42231019207	019	klinická onkológia	2
N42231019208	019	klinická onkológia	2
N42231019209	019	klinická onkológia	2
N42231024201	024	klinická biochémia	2
N42231025201	025	anestéziológia a intenzívna medicína	2
N42231027201	027	fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia	2
N42231027202	027	fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia	2
N42231031201	031	hematológia a transfuziológia	2
N42231037201	037	neurochirurgia	2
N42231038201	038	plastická chirurgia	2
N42231038202	038	plastická chirurgia	2
N42231038203	038	plastická chirurgia	2
N42231040201	040	klinická imunológia a alergológia	2
N42231040202	040	klinická imunológia a alergológia	2
N42231043201	043	radiačná onkológia	2
N42231044201	044	foniatria	2
N42231045201	045	reumatológia	2
N42231045202	045	reumatológia	2
N42231046201	046	algeziológia	2
N42231048201	048	gastroenterológia	2
N42231049201	049	kardiológia	2
N42231050201	050	diabetológia, poruchy látkovej premeny a výživy	2
N42231050202	050	diabetológia, poruchy látkovej premeny a výživy	2
N42231051201	051	neonatólogia	2
N42231056201	056	angiológia	2
N42231060201	060	geriatria	2
N42231060202	060	geriatria	2
N42231062201	062	lekárska genetika	2
N42231063201	063	nefrológia	2
N42231063202	063	nefrológia	2
N42231064201	064	endokrinológia	2
N42231064202	064	endokrinológia	2
N42231068201	068	cievna chirurgia	2
N42231144202	144	klinická psychológia	2
N42231144201	144	klinická psychológia	2
N42231216201	216	hepatológia	2
N42231222201	222	gastroenterologická chirurgia	2
N42231229201	229	onkológia v gynekológii	2
N42231306201	306	klinické pracovné lekárstvo a klinická toxikológia	2
N42231312201	312	gynekologická urológia	2
N42231367201	367	psychiatrická sexuológia	2
N42231009401	009	gynekológia a pôrodnictvo	4

N42231010401	010	chirurgia	4
N42231010402	010	chirurgia	4
N42231011401	011	ortopédia	4
N42231012401	012	urológia	4
N42231013401	013	úrazová chirurgia	4
N42231014401	014	otorinolaryngológia	4
N42231015401	015	oftalmológia	4
N42231038401	038	plastická chirurgia	4
N42231048401	048	gastroenterológia	4
N42231023503	023	rádiológia	5
N42231023501	023	rádiológia	5
N42231023506	023	rádiológia	5
N42231023507	023	rádiológia	5
N42231023505	023	rádiológia	5
N42231023508	023	rádiológia	5
N42231023509	023	rádiológia	5
N42231023502	023	rádiológia	5
N42231023510	023	rádiológia	5
N42231023511	023	rádiológia	5
N42231024501	024	klinická biochémia	5
N42231027501	027	fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia	5
N42231031501	031	hematológia a transfuziológia	5
N42231031502	031	hematológia a transfuziológia	5
N42231031503	031	hematológia a transfuziológia	5
N42231034501	034	klinická mikrobiológia	5
N42231040501	040	klinická imunológia a alergológia	5
N42231040502	040	klinická imunológia a alergológia	5
N42231043501	043	radiačná onkológia	5
N42231062501	062	lekárska genetika	5
N42231186501	186	centrálne sterilizácia	5
N42231213501	213	biobanka	5
N42231213502	213	biobanka	5
N42231005602	005	psychiatria	6
N42231001801	001	vnútorné lekárstvo	8
N42231002801	002	infektológia	8
N42231004801	004	neuroológia	8
N42231005801	005	psychiatria	8
N42231009801	009	gynekológia a pôrodníctvo	8
N42231010801	010	chirurgia	8
N42231012801	012	urológia	8
N42231013801	013	úrazová chirurgia	8
N42231014801	014	otorinolaryngológia	8
N42231015801	015	oftalmológia	8
N42231018801	018	dermatovenerológia	8
N42231025801	025	anestéziológia a intenzívna medicína	8

Vysvetlivky:

* kód odbornosti útvaru v tvare „spp“ z kódu poskytovateľa (kód poskytovateľa má tvar „p99999sppyz“),

** kód druhu odborného útvaru v tvare „y“ z kódu poskytovateľa:

1 – ústavná zdravotná starostlivosť

2 – ambulancia

- 3 – pracovisko
- 4 – útvar jednotňovej zdravotnej starostlivosti
- 5 – útvar spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek
- 6 – stacionár
- 8 – ambulancia centrálného príjmu alebo ústavnej pohotovostnej služby

Príloha č. 2a
k Zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

Podmienky úhrady poskytnutej ambulantnej zdravotnej starostlivosti

I. Špecializovaná ambulantná zdravotná starostlivosť

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

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

b) rozsah úhrady, ktorý uhradí zdravotná poisťovňa poskytovateľovi predstavuje súčin počtu bodov za zdravotný výkon podľa písmena a) tohto bodu a dohodnutej ceny bodu uvedenej v bodoch 3 až 6 tejto časti prílohy za všetky medicínsky indikované zdravotné výkony vykázané zdravotnej poisťovni a zdravotnou poisťovňou uznané zdravotné výkony,

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

d) do rozsahu podľa písmena b) a c) tohto bodu sa nezapočítavajú náklady na lieky plne alebo čiastočne uhrádzané na základe verejného zdravotného poistenia zaradené do Zoznamu kategorizovaných liekov, označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“ a „AS“ (Na základe zákona č. 363/2011 Z.z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov)

a transfúzne lieky.

2. Poskytovateľ pri vykazovaní úhrady špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti (ďalej len „ŠAS“) uvádza kódy chorôb podľa medzinárodnej klasifikácie chorôb v platnom znení v troj až päťmiestnom tvare bez použitia bodky alebo iného interpunkčného znamienka.

3. Zdravotné výkony špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti (ďalej len „ŠAS“) podľa tejto časti prílohy sa uhrádzajú cenou bodu vo výške **0,0197 €**s výnimkou zdravotnej starostlivosti uvedenej v bodoch 4 až 6.

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

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

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

A. Špecializovaná ambulantná zdravotná starostlivosť v špecializačnom odbore vnútorné lekárstvo

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

Osobitne sa cenou bodu vo výške **0,0430 €** uhrádzajú zdravotné výkony preventívnych prehliadok vykonaných v rámci skríningu rakoviny konečníka a hrubého čreva podľa prílohy č. 2 k zákonu 577/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov poskytovateľovi **zaradenému** do programu skríningu kolorektálneho karcinómu v zmysle Odborného usmernenia Ministerstva zdravotníctva SR pre realizáciu programu skríningu kolorektálneho karcinómu*/ účinného od 1.januára 2012 za podmienok podľa tejto tabuľky:

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

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

B. Špecializovaná ambulantná zdravotná starostlivosť v špecializačnom odbore chirurgia

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

Osobitne sa cenou bodu vo výške **0,0430 €** uhrádzajú zdravotné výkony preventívnych prehliadok vykonaných v rámci skríningu rakoviny konečníka a hrubého čreva podľa prílohy č. 2 k zákonu 577/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov poskytovateľovi **zaradenému** do programu skríningu kolorektálneho karcinómu v zmysle Odborného usmernenia Ministerstva zdravotníctva SR pre realizáciu programu skríningu kolorektálneho karcinómu*/ účinného od 1. januára 2012 za podmienok podľa tejto tabuľky:

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

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

C. Špecializovaná ambulantná zdravotná starostlivosť v špecializačnom odbore urológia

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

a) Osobitne sa cenou bodu vo výške **0,0430 €** uhrádzajú zdravotné výkony preventívnej prehliadky – vyšetrenie na včasné rozpoznanie ochorenia na rakovinu u muža vrátane rád podľa tejto tabuľky:

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

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

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

Vysvetlivky: */ Podmienkou úhrady JZP je predchádzajúci písomný súhlas zdravotnej poisťovne; v prípade, že ide o poskytnutie neodkladnej zdravotnej starostlivosti poistencovi, poskytovateľ žiada o súhlas zdravotnú poisťovňu dodatočne, najneskôr však v prvý pracovný deň po poskytnutí neodkladnej zdravotnej starostlivosti. Súhlas zdravotnej poisťovne na úhradu zdravotníckej pomôcky je platný jeden rok, alebo do momentu preradenia zdravotníckej pomôcky zo Zoznamu ZM do Zoznamu ŠZM, podľa toho, ktorá z uvedených skutočností nastane skôr.

V prípade, že zdravotnícke pomôcky uvedené v písm. b) tejto časti prílohy sa na základe kategorizácie špeciálnych zdravotníckych materiálov (ďalej aj ako „ŠZM“) stanú súčasťou Zoznamu špeciálnych zdravotníckych materiálov v zmysle zákona č. 363/2011 Z. z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, zdravotná poisťovňa uhradí tento ŠZM ako pripočítateľnú položku k úhrade výkonu do výšky obstarávacej ceny ŠZM, najviac však do výšky príslušnej maximálnej úhrady zdravotnej poisťovne za ŠZM uvedenej v Zozname špeciálneho zdravotníckeho materiálu zverejneného na webovom sídle zdravotnej poisťovne pri súčasnom dodržaní všetkých ostatných príslušných podmienok úhrady ŠZM. Ak je obstarávacia cena ŠZM vyššia ako maximálna úhrada zdravotnej poisťovne za ŠZM ako pripočítateľnej položky uvedenej v Zozname špeciálneho zdravotníckeho materiálu zverejneného na webovom sídle zdravotnej poisťovne, je tento rozdiel zahrnutý do úhrady výkonu, v súvislosti s ktorým bol ŠZM použitý. Týmto bodom nie je dotknutá výška doplatku poistenca na úhradu ŠZM.

D. Špecializovaná ambulantná zdravotná starostlivosť v špecializačnom odbore gastroenterológia

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

Osobitne sa cenou bodu vo výške **0,0430 €** uhrádzajú zdravotné výkony preventívnych gastroenterologických prehliadok podľa prílohy č. 2 k zákonu 577/2004 Z. z., v znení neskorších predpisov

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

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

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

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

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

E. Špecializovaná ambulantná zdravotná starostlivosť v špecializačnom odbore oftalmológia

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

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

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

II. Špecializovaná ambulantná zdravotná starostlivosť v špecializačnom odbore gynekológia a pôrodníctvo

A) Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore gynekológia a pôrodníctvo

1. Poskytovateľ:

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

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

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

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

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

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

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

Spôsob úhrady	Výška úhrady v €
kapitácia	1,40

3. Kapitácia podľa bodu 2 tejto časti prílohy nezahŕňa úhradu:

a) **liekov** zaradených v Zozname kategorizovaných liekov, ktoré sú predpísané a použité v súlade s preskripčnými obmedzeniami, indikačnými obmedzeniami a obmedzeniami úhrady zdravotnej poisťovne na jej predchádzajúci súhlas, označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“ a „AS“ (Na základe zákona č. 363/2011 Z.z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov),

b) zdravotných výkonov preventívnych prehliadok vykonaných v súlade s prílohou č. 2 zákona č. 577/2004 Z.z. v znení neskorších predpisov, ktoré sa uhrádzajú cenou bodu vo výške **0,0430 €** za podmienok podľa tejto tabuľky:

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

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

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

Spôsob úhrady	Špecifikácia podmienok úhrady	Výška úhrady v €
cena bodu	výkon SVLZ vrátane výkon SVLZ prístrojový, okrem preventívneho prístrojového výkonu 108, 118, 5303, 5305 a 5308	0,0073
cena bodu	výkon SVLZ prístrojový preventívny 108, 118, 5303, 5305	0,0200
cena bodu	výkon SVLZ prístrojový preventívny 5308	0,0076

ca) výkony SVLZ poskytnuté podľa písmena c) tohto bodu sa uhrádzajú u poskytovateľa, ktorý spĺňa odborné predpoklady na vyhodnocovanie príslušných vyšetrení (špecializácia alebo certifikát), vlastní alebo má prenajatý príslušný prístroj

a zdravotná poisťovňa súhlasila s uhrádzaním výkonov uvedených v prílohe č. 3 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti,

cb) výkon 108 sa akceptuje ako preventívny výkon najviac tri razy počas tehotenstva u kapitovanej poistenky. Vykazuje sa súčasne s kódom choroby Z34.0, Z34.8, Z35.2 alebo Z35.4.

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

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

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

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

cg) v prípade, že poskytovateľ nie je oprávnený výkony SVLZ prístrojové vykonávať, lebo nespĺňa podmienky podľa písm.

ca) tohto bodu, zdravotná poisťovňa uhradí tieto výkony tomu poskytovateľovi, ktorý tieto podmienky spĺňa, ktorý je zároveň jej zmluvným poskytovateľom a ktorý bol písomne oznámený zdravotnej poisťovni poskytovateľom,

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

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

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

1. Zdravotné výkony poskytovanej zdravotnej starostlivosti sa uhrádzajú takto:

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

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

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

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

2. Zdravotné výkony ŠAS poskytnuté podľa tejto časti prílohy s výnimkou zdravotnej starostlivosti uvedenej v bode 3 tejto časti prílohy sa uhrádzajú cenou bodu vo výške **0,0197 €**

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

Spôsob úhrady	Špecifikácia podmienok úhrady	Výška úhrady v €
cena bodu	výkon SVLZ vrátane výkon SVLZ prístrojový, okrem preventívneho prístrojového výkonu 108, 118, 5303, 5305 a 5308	0,0073
cena bodu	výkon SVLZ prístrojový preventívny 108, 118, 5303, 5305	0,0200
cena bodu	výkon SVLZ prístrojový preventívny 5308	0,0076

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

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

- c) výkon 118 sa akceptuje ako preventívny výkon raz týždenne počas obdobia posledných štyroch týždňov gravidity (maximálne 6x) poistenky, vykazuje sa súčasne s výkonom 103 a s kódom choroby Z34.0, Z34.8, Z35.2 alebo Z35.4. Úhrada a frekvencia výkonu 103 je uvedená v tabuľke v časti A) bod 3 písm. b) tejto časti tejto prílohy,
- d) výkony 5303 a 5305 sa akceptujú ako preventívne výkony raz za dvanásť mesiacov, vykazujú sa v nadväznosti na výkon 157 s kódom choroby Z01.4, výkony 5303 a 5305 sa nevykazujú naraz v rámci vykonania jednej preventívnej prehliadky (výkon 157),
- e) výkon 5303 a 5305 sa akceptuje k úhrade aj bez naviazania na vykonanie preventívnej prehliadky (výkon 157), v takomto prípade sa úhrádza cenou bodu vo výške **0,0073 €**
- f) výkon 5308 sa akceptuje ako preventívny výkon raz za dva roky v intervaloch a vekovom rozmedzí stanovených v skríningu, vykazuje sa súčasne s výkonom 157 a kódom choroby Z01.4.

III. Úhrada za výkon expektácie pacienta

1. Výkony expektácie pacienta poistencovi sa uhrádzajú cenou výkonu za každý medicínsky indikovaný, správne vykázaný a zdravotnou poisťovňou uznaný výkon takto:

Kód výkonu	Názov výkonu	Výška úhrady v€
Y0027	Expektácia pacienta na pracovisku v odbornosti urgentná medicína s kódom N42231025801	100

2. Poskytnutie zdravotnej starostlivosti na lôžku príslušného pracoviska, ktoré trvá minimálne 4 hodiny a neprekročí 24 hodín. Úhrada za výkon zahŕňa všetky náklady na potrebné diagnostické, terapeutické a ošetrovateľské výkony poskytnuté pacientovi vrátane konziliárnych vyšetrení, spotrebovaných liekov a zdravotníckych pomôcok.
3. V prípade pokračovania liečby pacienta formou ústavnej zdravotnej starostlivosti poskytovateľ nemá nárok na úhradu výkonu expektácie, ale na úhradu hospitalizácie podľa príslušnej prílohy tejto zmluvy.

IV. Stacionár

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

Druh zdravotníckeho zariadenia	Výška úhrady v €
Stacionár opakovaná denná ambulantná starostlivosť	13,28

2. Za ošetrovací deň v stacionári sa považuje pobyt poistenca u poskytovateľa v pracovnom dni v trvaní nepresahujúcom 24 hodín (ďalej len „denný pobyt“) v nadväznosti na predchádzajúcu ambulantnú alebo ústavnú zdravotnú starostlivosť.
3. Poistenec môže byť prijatý do stacionára len na odporúčanie lekára špecializovanej ambulantnej starostlivosti, u ktorého je poistenec v dlhodobej alebo dispenzárnej starostlivosti (ďalej len „ošetrojúci lekár“).
4. Maximálny počet denných pobytov v stacionári u jedného poistenca v kalendárnom roku je 30, okrem psychiatrického stacionára. V mimoriadnych prípadoch denný pobyt poistenca v stacionári po vyčerpaní 30-tich denných pobytov v kalendárnom roku schvaľuje zdravotná poisťovňa na základe písomnej žiadosti odosielajúceho ošetrojúceho lekára s odôvodnením potreby ďalšej liečby formou denného pobytu v stacionári.
5. Maximálny počet denných pobytov v psychiatrickom stacionári u jedného poistenca v kalendárnom roku je 60. V mimoriadnych prípadoch denný pobyt poistenca po vyčerpaní 60-tich denných pobytov v kalendárnom roku schvaľuje zdravotná poisťovňa na základe písomnej žiadosti odosielajúceho ošetrojúceho lekára s odôvodnením potreby ďalšej liečby formou denného pobytu.
6. V cene ošetrovacieho dňa sú zahrnuté všetky náklady, ktoré súvisia s poskytnutím zdravotnej starostlivosti poistencovi vrátane nákladov za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti.

V. Zariadenia spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek

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

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

3. Finančný rozsah, ktorý uhradí zdravotná poisťovňa poskytovateľovi poskytujúcemu zdravotnú starostlivosť v zariadení spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek (ďalej len „SVLZ“), s výnimkou špecializačných odborov uvedených pod písm. A), B) alebo C) tejto časti prílohy, predstavuje súčin počtu bodov za zdravotný výkon podľa Zoznamu výkonov a ceny bodu vo výške **0,0073 €** za všetky medicínsky indikované, zdravotnej poisťovni správne vykázané a zdravotnou poisťovňou uznané zdravotné výkony.

4. Do finančného rozsahu sa nezapočítavajú náklady na lieky plne alebo čiastočne uhrádzané na základe verejného zdravotného poistenia zaradené v Zozname kategorizovaných liekov, označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“ a „AS“¹, ani náklady na ďalšie pripočítateľné položky k zdravotným výkonom vykázané v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi.

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

A) Laboratórne vyšetrovacie metódy

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

- vybrané zdravotné výkony Zoznamu výkonov vykazuje pod novými kódmi a za podmienok uvedených v dokumente „**Usmernenie k vykazovaniu výkonov podobných vyšetrení**“,
- zdravotné výkony podľa Zoznamu výkonov vykazuje pri rešpektovaní podmienok uvedených v dokumente „**Usmernenie k vykazovaniu laboratórnych výkonov**“,
- pri vyšetrení onkomarkerov vykazuje len laboratórne zdravotné výkony, ktoré boli indikované za podmienok uvedených v dokumente „**Onkomarkery**“.

2. Dokumenty podľa predchádzajúceho bodu sú zverejnené na webovom sídle zdravotnej poisťovne www.union.sk. Zmluvné strany vyhlasujú, že im ich obsah je známy v čase uzavretia zmluvy alebo dodatku, ktorej súčasťou táto príloha je. V prípade zmeny ktoréhokoľvek z dokumentov uvedených v predchádzajúcom bode zdravotná poisťovňa informuje poskytovateľa najneskôr 21 dní pred plánovaným dňom účinnosti takejto zmeny.

3. Finančný rozsah, ktorý uhradí zdravotná poisťovňa poskytovateľovi poskytujúcemu zdravotnú starostlivosť v zariadení SVLZ v špecializačných odboroch laboratórnej medicíny, predstavuje súčin počtu bodov za zdravotný výkon podľa Zoznamu výkonov a ceny bodu vo výške v rozmedzí **0,0047 € do 0,0062 €** za všetky medicínsky indikované, zdravotnej poisťovni správne vykázané a zdravotnou poisťovňou uznané zdravotné výkony; výška ceny bodu závisí od splnenia motivačných kritérií uvedených nižšie:

- základná cena bodu **0,0047 €** (podmienkou je interný a externý systém kontroly kvality a zabezpečenie prepravy biologického materiálu) sa navýši o **0,0005 €** za splnenia každého z nasledovných motivačných kritérií (ďalej aj „MK“)

Motivačné kritérium	Zmluvná cena bodu v € na základe splnenia MK
ordinačné hodiny - nepretržitá prevádzka a/alebo vykonávanie manuálne náročných zdravotných výkonov	0,0057
laboratórny informačný systém	
akreditácia	

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

Kód výkonu	Názov výkonu	Počet bodov	Podmienky vykazovania
9980	Skríningové cytologické vyšetrenie steru z krčka maternice realizované konvenčnou metódou.	1 000	Vyžaduje sa s kódmi choroby Z01.4, Z12.4, N72, N86, N87.0, N87.1, N87.2, N87.9, N88.8, N88.9, C53.0, C53.1, C53.8, C53.9, C54.0, C54.1, C54.2, C54.3, C54.8, C54.9, C55, C56, C80.9, D06.9; výkon je možné vykázať maximálne jedenkrát za dvanásť mesiacov na jedno rodné číslo

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

9980a	Cytologické vyšetrenie steru z krčka maternice realizované konvenčnou metódou /vek poistenky do 23 rokov a nad 64 rokov/	1 000	Vyказuje sa s kódmi choroby Z01.4, Z12.4, N72, N86, N87.0, N87.1, N87.2, N87.9, N88.8, N88.9, C53.0, C53.1, C53.8, C53.9, C54.0, C54.1, C54.2, C54.3, C54.8, C54.9, C55, C56, C80.9, D06.9; výkon je možné vykázat maximálne dvakrát za dvanásť mesiacov na jedno rodné číslo
9980b	Cytologické vyšetrenie steru z krčka maternice realizované konvenčnou metódou /kontrolné cytologické vyšetrenie/	1 000	Vyказuje sa s kódmi choroby Z01.4, Z12.4, N72, N86, N87.0, N87.1, N87.2, N87.9, N88.8, N88.9, C53.0, C53.1, C53.8, C53.9, C54.0, C54.1, C54.2, C54.3, C54.8, C54.9, C55, C56, C80.9, D06.9; výkon je možné vykázat maximálne dvakrát za dvanásť mesiacov na jedno rodné číslo

Poznámka:

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

- **negatívny nález** - kódy choroby: Z01.4; Z12.4,
- **pozitívny nález** - kódy choroby: N87.9 - ASC- US, AGC - NOS; N87.0 – LSIL, N87.1 a N87.2 – HSIL, AGC – FN, C53.0, C53.1, C53.8, C53.9, C54.0, C54.1, C54.2, C54.3, C54.8, C54.9, C55, C56, C80.9. alebo D06.9 (adekvátne aktuálnemu výsledku cytologického vyšetrenia).

Vyказovaná je konečná diagnóza, ktorú stanoví lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore patologická anatómia.

U poistenky, u ktorej bol cytologický nález vyhodnotený ako ASCUS, ASC-H a LSIL, je možné s výkonom 9952 vykázat výkon 4956, ktorým sa v tomto prípade vyказuje detekcia expresie markerov p16INK4a a Ki67, v maximálnom počte 2x na jednu poistenku. Výkon 4956 sa vyказuje s kódmi choroby N72, N87.0, N87.1, N87.2, N87.9, N88.9, C53.0, C53.1, C53.8, C53.9, D06.

5. Zdravotná poisťovňa vyhlasuje, že revízny lekár zdravotnej poisťovne udelil predchádzajúci súhlas podľa § 42 ods. 5 a 6 zákona č. 577/2004 Z.z. v znení neskorších predpisov s úhradou výkonov uvedených pod písm. A), v bode 1 písm. a) [okrem výkonov uvedených v písm. c) tohto bodu] a v bode 4 v zmluvne dohodnutej cene s podmienkou, že poskytovateľ nebude za zdravotnú starostlivosť vo forme týchto výkonov požadovať úhradu od poistenca, ktorému bol výkon poskytnutý. Poskytovateľ berie na vedomie, že tento súhlas revízneho lekára zdravotnej poisťovne

- a) je účinný od nadobudnutia účinnosti zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti uzatvorenej medzi zdravotnou poisťovňou a poskytovateľom a platí po dobu jej platnosti, pokiaľ nebol zdravotnou poisťovňou odvolaný podľa písm. b) tohto bodu
- b) môže byť kedykoľvek, aj pred uplynutím doby uvedenej v písm. a), odvolaný na základe písomného odvolania súhlasu revízneho lekára zdravotnej poisťovne; odvolanie súhlasu nadobudne účinnosť ku dňu uvedenému v odvolaní súhlasu, a
- c) nevzťahuje sa na zdravotné výkony, ktoré podľa dojednaných zmluvných podmienok podliehajú schvaľovaniu zdravotnej poisťovne na základe žiadosti.

6. Poskytovateľ je na žiadosť zdravotnej poisťovne povinný predložiť kópie výsledkov externej kontroly kvality vo forme ako ich dostáva od spoločnosti, s ktorou má uzatvorenú zmluvu o vykonávaní externej kontroly kvality (doklad o zaradení do systému externej kontroly kvality a prehľad získaných certifikátov); táto povinnosť sa vzťahuje na poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, ktorý poskytuje zdravotnú starostlivosť v zariadeniach spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek v odboroch klinická biochémia, patologická anatómia, hematológia a transfuziológia, klinická mikrobiológia, klinická imunológia a alergológia, nukleárna medicína, lekárska genetika a laboratórna medicína.

B) Zobrazovacie vyšetrovacie metódy

1. Finančný rozsah, ktorý uhradí zdravotná poisťovňa poskytovateľovi poskytujúcemu zdravotnú starostlivosť v zariadení SVLZ špecializačnom odbore rádiológia, predstavuje súčin počtu bodov za zdravotný výkon podľa Zoznamu výkonov a ceny bodu vo výške v rozmedzí od **0,003900 €** do **0,008000 €** za všetky medicínsky indikované, zdravotnej poisťovni správne vykazané a zdravotnou poisťovňou uznané zdravotné výkony. Výška ceny bodu závisí od technických parametrov prístrojového vybavenia pracoviska a od splnenia kritérií uvedených v tabuľke tohto bodu:

Zobrazovacia modalita	Kritérium	Cenové úrovne podľa splnenia kritérií v €	Zmluvná cena bodu v €
osteodenzitometria	-	0,005500	x
konvenčné rtg	-	0,008000	0,008000
ultrasonografia	-	0,007303	0,007303
mamografia	Poskytovateľ, ktorý poskytuje menej ako 3.000 vyšetrení za jeden kalendárny rok	0,007400	x
	Poskytovateľ, ktorý poskytuje minimálne 3.000 vyšetrení za jeden kalendárny rok	0,008000	

počítačová tomografia	CT prístroj do 16 MSCT	0,004200	0,005000
	CT prístroj do 16 MSCT– 24 hodinová prevádzka	0,004300	
	CT prístroj 20 - 40 MSCT	0,004400	
	CT prístroj 20 - 40 MSCT– 24 hodinová prevádzka	0,004500	
	CT prístroj 64 MSCT a viac	0,004700	
	CT prístroj 64 MSCT a viac – 24 hodinová prevádzka	0,005000	
magnetická rezonancia	MR prístroj 0,2 T až 0,25 T pre vyšetrenie jedného orgánového systému - kĺbov	0,003900	0,004900
	MR prístroj 0,25 T pre viac orgánovú diagnostiku	0,004600	
	MR prístroj 0,3 T - 1,0 T	0,004700	
	MR prístroj od 1,1 T do 2,9 T	0,004900	
	MR prístroj 3T a vyššie	0,005600	

2. V prípade, že poskytovateľ pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zariadení SVLZ použije špeciálny zdravotnícky materiál (ďalej len „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 dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „Zoznam ŠZM“) a preskripčným obmedzením viazaný na špecializačný odbor rádiológia, zdravotná poisťovňa uhradí tento ŠZM ako pripočítateľnú položku k úhrade výkonu do výšky obstarávacej ceny ŠZM, najviac však do výšky príslušnej maximálnej úhrady zdravotnej poisťovne za ŠZM uvedenej v Zozname špeciálneho zdravotníckeho materiálu zverejneného na webovom sídle zdravotnej poisťovne pri súčasnom dodržaní všetkých ostatných príslušných podmienok úhrady ŠZM, ak nie je dojednané inak. Ak je obstarávacia cena ŠZM vyššia ako maximálna úhrada zdravotnej poisťovne za ŠZM ako pripočítateľnej položky uvedená v Zozname špeciálneho zdravotníckeho materiálu zverejneného na webovom sídle zdravotnej poisťovne, je tento rozdiel zahrnutý do úhrady výkonu, v súvislosti s ktorým bol ŠZM použitý. Týmto bodom nie je dotknutá výška doplatku poistenca na úhradu ŠZM.

3. Poskytovateľovi poskytujúcemu zdravotnú starostlivosť v zariadení SVLZ v špecializačnom odbore rádiológia je úhrada zdravotnej poisťovne za použitý filmový materiál (FOTO) zahrnutá v cene poskytnutého zdravotného výkonu. Uvedené platí aj v prípade, že poskytovateľ dokumentuje a archivuje poskytnuté vyšetrenia v systéme PACS.

4. V cene poskytnutého zdravotného výkonu počítačovej tomografie a/alebo magnetickej rezonancie je zahrnutá aj úhrada zdravotnej poisťovne za výkon aplikovania kontrastnej látky k príslušnému výkonu počítačovej tomografie a/alebo magnetickej rezonancie.

C) Fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia

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

2. Finančný rozsah, ktorý uhradí zdravotná poisťovňa poskytovateľovi poskytujúcemu zdravotnú starostlivosť v zariadení SVLZ v špecializačných odboroch fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia a fyzioterapia predstavuje súčin počtu bodov za zdravotný výkon podľa Zoznamu výkonov u výkonov s kódmi 509a, 512, 513, 514a, 516, 518, 522, 523a, 530, 531, 532, 533a, 540, 541, 542 a ceny bodu vo výške **0,011618 €** za všetky zdravotné výkony indikované lekárom v špecializačnom odbore fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia, ktoré sú zdravotnej poisťovni správne vykázané a zdravotnou poisťovňou uznané.

VI. Priamo hradené výkony

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

Kód výkonu	Názov výkonu	diagnózy	indikujúce odbornosti	maximálna frekvencia	iné podmienky úhrady	úhrada v €
9503	Vyšetrenie PCR na stanovenie RNA HCV kvantitatívne	B18.2	002,216, 048,020	štyrikrát za dvanásť mesiacov	vyšetrenie v nadväznosti len pri pozitívnom výsledku pri kóde 9552	100

9504	Genotypizácia RNA	B18.2	002,216, 048,020	štyrikrát za dvanásť mesiacov		202
9506	Konfirmácia anti HCV s použitím western blot ELISA	B18.2	002,216, 048,020	štyrikrát za dvanásť mesiacov	vyšetrenie sa vykonáva pri spornom /hraničnom /výsledku na potvrdenie pozitivity resp.negativity	65
9507	Vyšetrenie HBV DNA (hybridizácia)	B18.0, B18.1	002,216, 048,020	štyrikrát za dvanásť mesiacov		52
9552	Vyšetrenie PCR na stanovenie RNA HCV kvalitatívne	B18.2	002,216, 048,020	štyrikrát za dvanásť mesiacov		60
Y0008	Vyšetrenie pigmentových lézií digitálnym dermatoskopom pre včasný záchyt malígneho melanómu	L81.9	018	Dva výkony za kalendárny rok	Poskytovateľ zabezpečuje v indikovaných prípadoch manažment zdravotnej starostlivosti pacienta: extirpácia alebo jej zabezpečenie do 7 dní od jej indikácie so zreteľom na diagnostický záver dermatoskopického vyšetrenia, zabezpečenie histologického vyšetrenia extirpátu do 7 dní, zabezpečenie ďalšej zdravotnej starostlivosti do 14 dní od histologického nálezu. Vyšetrenie je uhrádzané na základe objednania u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti formou jedinečného kódu vygenerovaného pre poistenca prostredníctvom portálu www.vipunion.sk; Podmienky pre materiálno-technické vybavenie ambulancie: prístroj digitálny dermatoskop; Obsah vyšetrenia: vyšetrenie kože a indikované dermatoskopické vyšetrenie suspektných kožných lézií; vyhodnotenie vyšetrenia podľa klasifikácie ABCDE; diagnostický záver; archivácia nálezu; Nepovolená kombinácia s výkonom: 60, 62 a 63; Odporúčaná dĺžka trvania vyšetrenia: 30 min; Poskytnutie vyšetrenia je bez doplátku poistenca	40

2. Zdravotná poisťovňa vyhlasuje, že revízný lekár zdravotnej poisťovne udelil predchádzajúci súhlas podľa § 42 ods. 5 a 6 zákona č. 577/2004 Z.z. v znení neskorších predpisov s úhradou výkonov uvedených v Časti – Priamo hradené výkony pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti [okrem výkonov uvedených v písm. c) tohto bodu] v zmluvne dohodnutej cene s podmienkou, že poskytovateľ nebude za zdravotnú starostlivosť vo forme týchto výkonov požadovať úhradu od poistenca, ktorému bol výkon poskytnutý. Poskytovateľ berie na vedomie, že tento súhlas revízneho lekára zdravotnej poisťovne
- je účinný od nadobudnutia účinnosti zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti uzatvorenej medzi zdravotnou poisťovňou a poskytovateľom a platí po dobu jej platnosti, pokiaľ nebol zdravotnou poisťovňou odvolaný podľa písm. b) tohto bodu
 - môže byť kedykoľvek, aj pred uplynutím doby uvedenej v písm. a), odvolaný na základe písomného odvolania súhlasu revízneho lekára zdravotnej poisťovne; odvolanie súhlasu nadobudne účinnosť ku dňu uvedenému v odvolaní súhlasu, a
 - nevzťahuje sa na zdravotné výkony, ktoré podľa dojednaných zmluvných podmienok podliehajú schvaľovaniu zdravotnej poisťovne na základe žiadosti.

Príloha č. 2b
k Zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

Podmienky úhrady ústavnej zdravotnej starostlivosti

I. Ústavná zdravotná starostlivosť

1. Zdravotná starostlivosť poskytnutá poistencovi v ústavnej zdravotnej starostlivosti, poskytovateľom správne vykázaná a zdravotnou poisťovňou uznaná sa, s výnimkou zdravotnej starostlivosti hradenej podľa účinnej prílohy č. 2c zmluvy a s výnimkou osobitne hradených výkonov uvedených ďalej v tejto prílohe, uhrádza nasledovne:

cenou za ukončenú hospitalizáciu

kód -	odbornosť	výška úhrady v €	Podmienky úhrady za hospitalizáciu poistenca
001 101	Vnútročné lekárstvo	821	
196 101	JIS interná	821	
001 102	Oddelenie dlhodobých chorých	1031	hospitalizácia trvá minimálne 21 dní
002	Infektológia	811	
003 101	Pneumológia a ftizeológia	801	
003 102	Pneumológia a ftizeológia	1.133	hospitalizovaný poistenec s onkologickou chorobou podľa medzinárodnej klasifikácie chorôb v platnom znení
004	Neurológia	852	
201	JIS neurologická	852	
005	Psychiatria	1.173	
009	Gynekológia a pôrodníctvo	826	
010 101	Chirurgia	1.220	
202 101	JIS chirurgická	1.220	
010 102	Miniinvazívna chirurgia a endoskopia	1.220	
011	Ortopédia	911	
012	Urológia	871	
013	Úrazová chirurgia	1.188	
613	JIS úrazová	1.188	
014	Otorinolaryngológia	851	
015	Oftalmológia	731	
018	Dermatovenerológia	623	
019 101,102	Klinická onkológia	1.801	
025	Anestéziológia a intenzívna medicína	5.831	Hospitalizácia poistenca, ktorého zdravotný stav vyžadoval nepretržitú intenzívnu starostlivosť najvyššieho alebo vyššieho stupňa pri zlyhaní alebo zlyhavaní jednej alebo viacerých životných funkcií a orgánových systémov, podporu jednej alebo viacerých základných životných funkcií počas najmenej 24 hodín hospitalizácie na oddelení, nepretržité neinvazívne, ev. invazívne monitorovanie všetkých životných funkcií, vrátane záznamu, opakované sledovanie rozšírených hematologických a biochemických parametrov, opakované intervencie pre poruchu funkcie orgánových systémov alebo vnútorného prostredia. Za prístrojové udržiavanie životných funkcií sa nepovažuje krátkodobá umelá pľúcna ventilácia poistenca po anestézii. Pri posudzovaní odôvodnenosti hospitalizácie poistenca bude poisťovňa pristupovať vždy individuálne a ako pomocné kritérium uplatňovať TISS skórovací systém (Therapeutic Intervention Scoring System) a pri poruchách vedomia poistenca GCS (Glasgow Coma Scale)
031	Hematológia a transfuziológia	2.751	
631	JIS hematologická	2.751	
019 103	Hematológia a transfuziológia	3.283	hospitalizovaný poistenec s onkologickou chorobou podľa medzinárodnej klasifikácie chorôb v platnom znení, ktorému je poskytovaná cytostatická alebo rádioterapeutická liečba
037	Neurochirurgia	1.776	
637	JIS neurochirurgická	1.776	
038 101	Plastická chirurgia	641	

038 102 Mikrochirurgické replantačné centrum	4.987	
046 Algeziológia	776	
051 Neonatológia	683	
707 JISN jednotka intenzívnej starostlivosti o novorodencov	683	hospitalizovaný poistenec spĺňa indikácie na hospitalizáciu podľa Koncepcie zdravotnej starostlivosti v odbore neonatológia
203 JIRS - jednotka intenzívnej starostlivosti o novorodencov a jednotka resuscitačnej starostlivosti o novorodencov	2.101	
708 JVSN - jednotka vysokošpecializovanej starostlivosti o novorodencov	3.003	
068 101 Cievna chirurgia	1.101	operačné výkony na karotických artériách, hrudnej a brušnej aorte, hornej a dolnej dutej žile, by-passové operácie na periférnych vetvách artériového cievneho riečiska, trombektómie a embolektómie
306 101 Klinické pracovné lekárstvo a klinická toxikológia	623	
319 102 Onkológia v chirurgii	1.263	hospitalizovaný poistenec spĺňa indikácie na operačné riešenie choroby s diagnózou C podľa medzinárodnej klasifikácie chorôb v platnom znení
319 101 Onkológia v chirurgii	4.001	hospitalizácia za účelom vykonania roboticky asistovanej onkourologickej a onkogynekologickej operácie. Cena za ukončenú hospitalizáciu zahŕňa všetky náklady spojené s operačným výkonom (lieky, zdravotnícke pomôcky, krv a krvné výrobky, operačný výkon, hospitalizáciu). Podmienkou úhrady operácie z verejného zdravotného poistenia je predchádzajúci písomný súhlas zdravotnej poisťovne udelený na základe písomnej žiadosti poskytovateľa zdravotnej starostlivosti.

- Na účely tejto prílohy sa za ukončenú hospitalizáciu považuje pobyt poistenca na lôžku u poskytovateľa v trvaní dlhšom ako 24 hodín.
- Za ukončenú hospitalizáciu sa považuje aj pobyt poistenca na lôžku oddelenia:
 - anestéziológie a intenzívnej medicíny v trvaní kratšom ako 24 hodín (ak ďalej nie je uvedené inak)
 - gynekológie a pôrodnictva v trvaní kratšom ako 24 hodín, ak rodička svojvoľne opustila v deň pôrodu zdravotnícke zariadenie
 - ktorejkoľvek odbornosti ak hospitalizácia nebola dlhšia ako 24 hodín v dôsledku úmrtia poistenca.

Všetky takéto prípady poskytovateľ vykazuje samostatnou dávkou a fakturuje samostatnou faktúrou za obdobie ukončeného kalendárneho mesiaca a zdravotná poisťovňa ho poskytovateľovi uhradí vo výške 50 % z ceny za ukončenú hospitalizáciu na príslušnom oddelení.

Pobyt poistenca zdravotnej poisťovne na lôžku v trvaní kratšom ako 24 hodín, ktorý nespĺňa podmienky uvedené v písmenách a) až c) tohto bodu poskytovateľ zdravotnej poisťovni vykazuje a účtuje ako výkony špecializovanej ambulantnej starostlivosti.
- 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:
 - špeciálne zdravotnícke materiály používané v rámci ústavnej zdravotnej starostlivosti v rozsahu uvedenom v príslušnej časti tejto prílohy
 - výkony finančne náročnej zdravotnej starostlivosti uvedené ďalej v tejto prílohe
 - transfúzne lieky, tkanivá a bunky poskytované pri transplantáciách, materské mlieko a iné zdravotné výkony, lieky a zdravotnícke pomôcky, pokiaľ to vyplýva z rozhodnutia Ministerstva zdravotníctva SR o regulácii cien výrobkov, služieb a výkonov v oblasti zdravotníctva.
- Poskytovateľ môže zdravotnej poisťovni samostatnou faktúrou vykázať 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 súčet ceny ukončenej hospitalizácie (uvedenej v bode 1 časti I tejto prílohy) a príplatku k ukončenej hospitalizácii (príplatek sa berie do úvahy vo výške uvedenej v tejto časti tejto prílohy), ak má poskytovateľ na tento príplatek 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.
- Zdravotná poisťovňa pri preklade jej poistenca z jedného oddelenia na druhé oddelenie poskytovateľa uhradí zmluvne dohodnutú cenu za ukončenú hospitalizáciu na každom oddelení len v medicínsky odôvodnených prípadoch; pri preklade sa deň ukončenia hospitalizácie na jednom oddelení rovná dňu začiatku hospitalizácie poistenca na ďalšom oddelení poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. V prípade, že je poistenec počas jedného pobytu u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti viackrát hospitalizovaný na oddelení v tom istom špecializačnom odbore, zdravotná poisťovňa uhradí zmluvne dohodnutú cenu za ukončenú hospitalizáciu na oddelení v príslušnom špecializačnom odbore len raz.

7. Poskytovateľ 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.
8. Úhrada za výkony špecializovanej ambulantnej starostlivosti poskytnuté počas hospitalizácie je zahrnutá v úhrade za hospitalizáciu. V úhrade za hospitalizáciu je zahrnutá aj úhrada za výkony spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek v tom istom špecializačnom odbore, ako je špecializačný odbor oddelenia, na ktorom je poistenec hospitalizovaný a výkony funkčnej diagnostiky prislúchajúce odbornosti lôžkového oddelenia.
9. Ak je poistenec hospitalizovaný za účelom plánovaného poskytnutia operačného výkonu a tento nie je z akýchkoľvek dôvodov vykonaný, zdravotná poisťovňa neuhradí cenu ukončenej hospitalizácie. Poskytovateľ je oprávnený vykázat v dávke ambulantnej starostlivosti rovnakej odbornosti poskytnutie výkonu s kódom 60a.
10. Ak hospitalizácia poistenca na oddelení dlhodobo chorých trvá kratšie ako 21 dní, takýto prípad poskytovateľ vykazuje samostatnou dávkou a fakturuje samostatnou faktúrou označenou textom „Osobitná úhrada 50“. Zdravotná poisťovňa túto poskytnutú zdravotnú starostlivosť uhradí vo výške 50 % z ceny za ukončenú hospitalizáciu na príslušnom oddelení.
11. 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.
12. 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“.
13. 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.

II. Úhrada špeciálnych zdravotníckych materiálov v rámci ústavnej zdravotnej starostlivosti

1. V prípade, že poskytovateľ pri poskytovaní ústavnej zdravotnej starostlivosti, s výnimkou ústavnej zdravotnej starostlivosti hradenej podľa účinnej prílohy č. 2c zmluvy, 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 dietetických 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:
 - a) 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 lekárskeho prepúšťacieho 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, s výnimkou ústavnej zdravotnej starostlivosti hradenej podľa účinnej prílohy č. 2c k zmluve, použije ŠZM uvedený v Zozname ŠZM, zdravotná poisťovňa uhradí tento ŠZM ako pripočítateľnú položku k úhrade hospitalizácie do výšky obstarávacej ceny ŠZM, najviac však do výšky príslušnej maximálnej úhrady zdravotnej poisťovne za ŠZM uvedenej v Zozname špeciálneho zdravotníckeho materiálu zverejneného na webovom sídle zdravotnej poisťovne pri súčasnom dodržaní všetkých ostatných príslušných podmienok úhrady ŠZM, ak nie je dojednané inak. Ak je obstarávacia cena ŠZM vyššia ako maximálna úhrada zdravotnej poisťovne za ŠZM ako pripočítateľnej položky uvedenej v Zozname špeciálneho zdravotníckeho materiálu zverejneného na webovom sídle zdravotnej poisťovne, je tento rozdiel zahrnutý do úhrady hospitalizácie, v súvislosti s ktorou bol ŠZM použitý. Týmto bodom nie je dotknutá výška doplatku poistenca na úhradu 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

A) Osobitne hradené výkony a výkony jednodňovej zdravotnej starostlivosti

1. Zdravotná poisťovňa uhradí poskytovateľovi zdravotnú starostlivosť spočívajúcu vo výkonoch uvedených v tabuľke nižšie, s výnimkou ústavnej zdravotnej starostlivosti hradenej podľa účinnej prílohy č. 2c zmluvy, za podmienok ustanovených v tejto časti prílohy.

Kód výkonu	Názov výkonu	Povolená odbornosť	Výška úhrady OHV v €	Výška úhrady JZS v €	Podmienky vykazovania
1390	operácia sivého zákalu s implantáciou umelej vnútroočnej šošovky	015,215	386	367	vysvetlivka 1
1391	sekundárna implantácia intraokulárnej šošovky do prednej očnej komory alebo do sulcus ciliare	015,215	379	360	vysvetlivka 1
1392	sekundárna implantácia intraokulárnej šošovky transsklerálnou fixáciou	015,215	379	360	vysvetlivka 1
1393	operácia sekundárnej katarakty	015,215	379	360	vysvetlivka 1
1393a	operácia sekundárnej katarakty laserom	015,215	197	187	
1394	repozícia implantovanej umelej vnútroočnej šošovky	015,215	307	292	
1395	primárna implantácia umelej vnútroočnej šošovky zo zdravotných dôvodov (Implantácia fakickej vnútroočnej šošovky zo zdravotných dôvodov)	015,215	345	328	vysvetlivka 1
8700	operácia strabizmu zo zdravotných dôvodov (jeden sval)	015,215,336	300	285	
8700k	operácia strabizmu zo zdravotných dôvodov (dva a viac svalov)	015,215,336	400	380	
8701	plastické operácie na mihalniciach (ektropium, entropium, blefarochalázia) zo zdravotných dôvodov (na jednej mihalnici)	015,038,215,336	245	233	predchádzajúc i súhlas ZP
8701k	plastické operácie na mihalniciach (ektropium, entropium, blefarochalázia) zo zdravotných dôvodov (na oboch mihalniciach)	015,038,215,336	300	285	predchádzajúc i súhlas ZP
8702	operácia nystagmu (jedno oko)	015,215,336	250	238	
8702k	operácia nystagmu (obe oči)	015,215,336	350	333	
8703	elektroepilácia	015,215,336	93	88	
8704	excimer - laserové operácie rohovky len pri zdravotných indikáciách uvedených vo vysvetlivke (jedno oko)	015,215,336	346	329	vysvetlivka 2
8704k	excimer - laserové operácie rohovky len pri zdravotných indikáciách uvedených vo vysvetlivke (obe oči)	015,215,336	400	380	vysvetlivka 2
8705	fotodynamická terapia sietnice	015,215,336	310	295	
8706a	operácia glaukómu filtračná	015,215,336	395	375	
8706b	operácia glaukómu laserom	015,215,336	285	271	
8706c	operácia glaukómu kryom	015,215,336	259	246	
8707	operácia pterygia - ablácia a plastika (jedno oko)	015,215,336	240	228	
8707k	operácia pterygia - ablácia a plastika (obe oči)	015,215,336	300	285	
8708	operácia nádorov mihalníc	015,215,336	250	238	
8709	operácia nádorov spojovky	015,215,336	210	200	
8710	keratoplastika - vrátane ceny za transplantát	015,215,336	1 836	1744	
8710a	predná lamelárna keratoplastika - vrátane ceny za transplantát	015,215,336	1 300	1235	
8710b	zadná lamelárna keratoplastika - vrátane ceny za transplantát	015,215,336	1 500	1425	
8711	operácie slzných bodov a slzných ciest	015,215,336	153	145	
8712	operácie slzného vaku (obe oči)	015,215,336	441	419	
8712r	operácie slzného vaku (jedno oko)	015,215,336	220	209	
8713	zavedenie trvalej alebo dočasnej sondy do slzných ciest (operácie slzných ciest)	015,215,336	166	158	
8714	tarzorafia (jedno oko)	015,215,336	274	260	
8714k	tarzorafia (obe oči)	015,215,336	300	285	
8715	operácia lagoftalmu s implantáciou závažia hornej mihalnice (vrátane závažia)	015,038,336	676	642	
8716	operácia zrastov spojovky (operácia zrastov spojovky s voľným transplantátom)	015,215,336	260	247	
8717	krytie rohovky amniovou membránou	015,215,336	285	271	
8718	CXL - corneal cross linking	015,215,336	379	360	
8719	IAK - incízna astigmatická keratotómia	015,215,336	345	328	
8720	intraštomálna implantácia distančných prstencov - vrátane nákladov za prstence	015,215,336	1 495	1420	
8721	transpupilárna termoterapia nádorov sietnice a cievovky	015,215,336	260	247	
8722	explantácia a reimplantácia umelej vnútroočnej šošovky	015,215,336	345	328	
8723	skleroplastika	015,215,336	345	328	
8724	intravitreálna aplikácia liekov	015,215,336	130	124	vysvetlivka 3
8725	operácia odlúpenia sietnice episklerálne	015,215,336	571	542	
8726	pneumoretinopexia	015,215,336	274	260	
8728	pars plana vitrektómia	015,215,336	780	741	
8729	pars plana vitrektómia a lensektómia s implantáciou umelej vnútroočnej šošovky	015,215,336	780	741	
8731	primárne ošetrenie hlbokaj rany rohovky alebo skléry alebo mihalníc	015,215,336	190	181	
8732	primárne ošetrenie penetrujúcej rany rohovky alebo skléry bez poranenia šošovky a bez vnútroočného cudzieho telesa	015,215,336	345	328	
8733	primárne ošetrenie penetrujúcej rany rohovky alebo skléry s poranením šošovky a bez vnútroočného	015,215,336	375	356	

	cudzieho telesa			
8734	primárne ošetrovanie penetrujúcej rany rohovky alebo skléry bez poranenia šošovky s vnútroočným cudzím telesom	015,215,336	345	328
8735	primárne ošetrovanie penetrujúcej rany rohovky alebo skléry s poranením šošovky s vnútroočným cudzím telesom	015,215,336	375	356
8750k	operácia sivého zákalu v kombinácii s iným súvisiacim výkonom v odbornosti	015,215,336	550	523
8501a	operácia prietrží bez použitia sieťky	010,038,107,222,319	395	375
8501b	operácia jednoduchých prietrží s použitím sieťky	010,038,107,222,319	490	466
8501c	laparoskopická operácia jednoduchých prietrží	010,107,222,319	520	494
8502	transrektálna polypektómia	010,107,222,319	480	456
8506	artroskopická operácia subakromiálneho impingement syndrómu	011,013,206	550	523
8507	operácia pourazovej paraatikulárnej burzitídy vo všetkých lokalizáciách	011,013,108,206	350	333
8508	operačná mobilizácia kontraktúry stuhnutého kĺbu	011,013,108,206	450	428
8509	operačná dynamizácia vnútrodreňových klincov	011,013,108,206	365	347
8510	operačná repozícia jednoduchých zlomenín v celkovej anestézii	010,011,013,107,108,206	395	375
8511	operačné riešenie pollex saltans	011,038,108,206	340	323
8512	operačné riešenie fractúra metacarpi	011,013,038,108,206	373	354
8513	operačné riešenie epicondylitis radialis	011,013,108,206	299	284
8514	operačné riešenie epicondylitis ulnaris	011,013,108,206	299	284
8516	operačné riešenie fractúra capitis radii	011,013,108,206	373	354
8517	operačné riešenie synovitis cubiti	011,013,108,206	357	339
8518	operačné riešenie luxatio acromioclavicularis	011,013,108,206	446	424
8519	operačné riešenie fractura clavicularae	011,013,108,206	446	424
8520	operačné riešenie abruptio tuberculi majoris et minoris humeri	011,013,108,206	446	424
8521	operačné riešenie decompressio subacromialis	011,013,108,206	446	424
8522	operačné riešenie instabilitas glanohumeralis	011,013,108,206	446	424
8523	operačné riešenie ruptúry rotátorovej manžety	011,013,108,206	446	424
8524	operačné riešenie SLAP - lezia (poškodenie labrum glenoidale)	011,013,108,206	400	380
8525	operačné riešenie hallux valgus	010,011,013,107,108,206	400	380
8527	operačné riešenie digitus hammatus	010,011,013,107,108,206	400	380
8528	operačné riešenie digitus malleus	010,011,013,107,108,206	400	380
8529	operačné riešenie digitus supraductus	010,011,013,107,108,206	400	380
8530	operačné riešenie metatarsus I.varus	010,011,013,107,108,206	380	361
8531	operačné riešenie morbus Laderhose	010,011,013,107,108,206	400	380
8532	operačné riešenie neuralgie Mortoní	010,011,013,107,108,206	350	333
8533a	artroskopické výkony v lakťovom zhybe s použitím kobračných a shaverových sond	010,011,013,107,108,206	1 020	969
8533b	artroskopické výkony v lakťovom zhybe s použitím kobračných a shaverových sond a fixačného materiálu	010,011,013,107,108,206	1 234	1172
8534a	artroskopické výkony v ramennom zhybe s použitím kobračných a shaverových sond	010,011,013,107,108,206	1 020	969
8534b	artroskopické výkony v ramennom zhybe s použitím s použitím kobračných a shaverových sond a fixačného materiálu	010,011,013,107,108,206	1 234	1172
8535a	artroskopické výkony v kolennom zhybe s použitím kobračných a shaverových sond	010,011,013,107,108,206	1 020	969
8535b	artroskopické výkony v kolennom zhybe s použitím kobračných a shaverových sond a fixačného materiálu	010,011,013,107,108,206	1 234	1172
8536a	artroskopické výkony v členkovom zhybe s použitím kobračných a shaverových sond	010,011,013,107,108,206	1 020	969
8536b	artroskopické výkony v členkovom zhybe s použitím kobračných a shaverových sond a fixačného materiálu	010,011,013,107,108,206	1 234	1172
8537	operačná extrakcia osteosyntetického materiálu a vonkajších fixátorov v anestézii	010,011,013,107,108,206	361	343
8538	exstirpácia sakrálneho dermoidu	010,011,013,107,108,222,319	339	322
8539	operácia varixov dolných končatín	010,068	400	380
8540	operácia análnych fistúl a/alebo fisúr	010,107,222,319	388	369

8542	operácia ruptúry Achilovej šľachy	010,011,013,107,108,206,319	451	428	
8543	operácia syndrómu karpálneho tunela	010,011,013,037,038,107,108,206,319	338	321	
8547	exstirpácia a excízia benígnych a malígnych nádorov kože, podkožia a svalů	010,038,107,319	100	95	
8548	tenolýza šľachy	010,011,013,038,107,108,206	339	322	
8549	sutúra šľachy	010,011,013,038,107,108,206	406	386	
8550	voľný šľachový transplantát	010,011,013,038,107,108,206	325	309	
8551	transpozícia šľachy	010,011,013,038,107,108,206	278	264	
8552	operácia malých kĺbov ruky - artrolýza	011,038,108,206	322	306	
8553	operácia malých kĺbov ruky - artrodéza	011,038,108,206	322	306	
8564	laparoskopická cholecystektómia	010,222,319	550	523	
8565	operácia hemoroidov	010,068,222,319	540	513	
8566	odstránenie hemoroidov elastickou ligatúrou	010,068,222,319	65	62	
8567	vytvorenie alebo rekonštrukcia arteriovenózneho fistuly	010,068,107,222,319	348	331	
8568	zrušenie arteriovenózneho fistuly	010,068,107,222,319	215	204	
9300	diagnostická biopsia kože, podkožia a svalov v celkovej anestéze u detí	010,107,011,013,108,319	110	105	
8570	transpozícia nervus ulnaris	011,013,037,038,107,108,206	252	239	
8571	exstirpácia lymfatických uzlín	009,010,012,017,068,107,222,229,319,322	204	194	
8572	exstirpácia benígneho nádoru prsnej žľazy	009,010,017,038,229,319	315	299	
8573	exstirpácia gangliómu	010,011,013,038,107,108,206	50	48	
8575	amputácia prsta pre gangrénu	010,011,013,038,107,108,206	200	190	
8576	laparoskopické výkony diagnostické	009,010,012,107,109,222,229,319,322	400	380	
8577	laparoskopická apendektómia	010,107,222,319	550	523	
8578a	artroskopické výkony v zápästí s použitím klobačných a shaverových sond	010,011,013,107,108,206	1 020	969	
8578b	artroskopické výkony v zápästí s použitím klobačných a shaverových sond a fixačného materiálu	010,011,013,107,108,206	1 234	1172	
8580	operačné riešenie mus articulare	010,011,013,107,108,206	307	292	
8582	operácia Dupuytrenovej kontraktúry - punkčná fasciektómia	010,011,038,206	368	350	
8583	operácia Dupuytrenovej kontraktúry - parciálna fasciektómia	010,011,038,206	368	350	
8584	operácia Dupuytrenovej kontraktúry - totálna fasciektómia	010,011,038,206	373	354	
8586	endoskopické vyšetrenie v celkovej anestézii	009,010,048,107,154,222,229,319,322	250	238	
8588	nekrektómie	010,011,012,013,014,015,037,038,068,222,229,319,322	98	93	
8611	konizácia cervixu	009,017,229	340	323	
8612	excízia vulvy - len ako terapeutický zákrok v CA	009,017,229	291	276	
8613	exstirpácia cýst glandule vestibularis - Bartolinskej žľazy	009,017,229	291	276	
8614	kordocentéza	009,017,229	265	252	
8615	amnioinfúzia	009,017,229	265	252	
8619	resekcia vaginálneho septa	009,017,229	302	287	
8620	hysteroskopia (+ prípadná resekcia uterinného septa)	009,017,229	449	427	
8623	sterilizácia ženy zo zdravotných dôvodov	009,017,229	315	299	predchádzajúci súhlas ZP
8624	laparoscopia s adheziolýzou (rozrušenie zrastov)	009,017,229	400	380	
8625	salpingostómia - laparoskopicky	009,017,229	400	380	
8626	salpingektómia - laparoskopicky	009,017,229	400	380	
8627	ovariálna cystektómia - laparoskopicky	009,017,229	400	380	
8628	oophorektómia - laparoskopicky	009,017,229	400	380	
8629	ablácia endometriotických ložísk - laparoskopicky	009,017,229	400	380	
8630	kolpoperineoplastika (zadná pošvová plastika bez	009,017,229	362	344	

	použitia sieťky)				
8631	uretrálna suspenzia (s použitím suburetrálnej pásky na liečbu stresovej inkontinencie) alebo pri vezikorenálnom refluxe	009,012,322	450	428	vysvetlivka 4
8634	kyretáž vrátane dilatácie	009,017,229	338	321	
8634k	kyretáž v kombinácii s iným výkonom JZS(OHV)	009,017,229	428	407	
8635	amniocentéza - pod USG kontrolou	009,017,229	100	95	
8640	ablácia cervikálneho polypu	009,017,229	263	250	
8641	adnexektómia - laparoskopicky	009,017,229	400	380	
8642	myomektómia - laparoskopicky	009,017,229	400	380	
8643	predná pošvová plastika	009,017,229	362	344	
8644	rekonštrukčná operácia defektu panvového dna s použitím setu (predný alebo zadný oddiel)	009,017,229	450	428	
8648	prerušenie tehotenstva zo zdravotných dôvodov	009,017,229	294	279	vysvetlivka 5
8660k	hysteroskopia v kombinácii s inými výkonmi v odbornosti	009,017,229	500	475	
8662k	laparoscopia v kombinácii s inými výkonmi v odbornosti	009,017,229	500	475	
8800	endoskopická adenotómia	014,114	350	333	
8801	tonzilektómia	014,114	285	271	
8802	tonzilotómia	014,114	300	285	
8803	uvulopalatoplastika	014,114	330	314	
8804	plastika oroantrálnej komunikácie	014,070,114,345	310	295	
8805	extrakcia kameňa submandibulárnej žľazy	014,070,114	270	257	
8806	exstirpácia sublingválnej slinnej žľazy	014,070,114	290	276	
8807	exstirpácia submandibulárnej slinnej žľazy	014,070,114	290	276	
8808	exstirpácia príušnej žľazy	014,070,114	340	323	
8809	endoskopická chordektómia	014,070,114	250	238	
8810	endoskopická laterofixácia	014,070,114	300	285	
8813	exstirpácia mediálnej krčnej cysty	014,070,114	373	354	
8814	exstirpácia laterálnej krčnej žľazy	014,070,114	380	361	
8815	turbinoplastika	014,114	350	333	
8819	operácia stenózy zvukovodu (plastika zvukovodu)	014,114	320	304	
8820	myringoplastika	014,114	400	380	
8821	tympanoplastika bez protézy	014,114	300	285	
8821a	tympanoplastika s protézou	014,114	350	333	
8823	stapedoplastika	014,114	350	333	
8824	sanačná operácia stredného ucha	014,114	470	447	
8825	adenotómia	014,114	200	190	
8826	mikrochirurgické výkony na hrtane	014,114	450	428	
8827	septoplastika - operácia nosovej priehradky (podmienkou je zdravotná indikácia výkonu)	014,038,114	330	314	
8828	rekonštrukcia perforácie nosového septa	014,038,114	385	366	
8829	plastika nosovej chlopne	014,038,114	350	333	
8830	funkčná endoskopická sinusová chirurgia (FESS)	014,114	440	418	
8831	operácia prínosovej dutiny vonkajším prístupom	014,114	430	409	
8832	funkčná septorinoplastika	014,038,114	294	279	
8833	aurikuloplastika zo zdravotných dôvodov	014,038,114	252	239	predchádzajúci súhlas ZP
8834	frenulotómia	014,114	153	145	
8835	transpozícia vývodu submandibulárnej slinnej žľazy pri sialolitíaze a stenóze vývodu	014,070,114	340	323	
8836	diagnostická mikroendoskopia hrtana	014,114	260	247	
8837	exstirpácia ohraničeného tumoru alebo lymfatickej uzliny podkoží na krku	014,114,222,319	150	143	
8838	diagnostická excízia z tumoru nosohltana	014,114	285	271	
8840	korekcia nosového krídla vložení chrupkového transplantátu, auto- alebo alotransplantátu	014,038	470	447	
8841	endoskopická operácia prínosových dutín	014,114	450	428	
8842	dakryocystorinostómia	014,114	440	418	
8843	dekompresia orbity	014,015,038,070,114,215,336	404	384	
8844	rekonštrukcia dna orbity pri blow-out fraktúre	014,015,038,070,114,215,336	423	402	
8846	operácia povrchového tumoru tváre a krku	010,014,038,070,107,319	65	62	
8847	transmyringická drenáž so zavedením ventilačnej trubičky	014,070,114	150	143	
8850	endoskopická adenotómia + tonzilektómia	014,114	500	475	
8851	endoskopická adenotómia + tonzilotómia	014,114	500	475	
8852	tonzilektómia + uvulopalatoplastika	014,114	500	475	
8853	turbinoplastika + dakryocystorinostómia	014,114	780	741	
8854	turbinoplastika + funkčná endoskopická sinusová chirurgia (FEES)	014,114	600	570	
8855	turbinoplastika + septoplastika	014,114	600	570	
8856	turbinoplastika + rekonštrukcia perforácie septa nosa	014,114	600	570	
8857	septoplastika + funkčná endoskopická sinusová chirurgia	014,114	660	627	

	(FEES)				
8858	operácia stenózy zvukovodu (plastika zvukovodu) + tympanoplastika	014,114	644	612	
8900	orchiektómia	010,012,107,109,319,322	318	302	
8901	orchiektómia pre karcinóm prostaty	010,012,107,109,319,322	350	333	
8902	resekcia kondylomat na penise	012,018,038	250	238	
8903	Orchiopexia retinovaného hmatného semenníka (nie pri kryptorchizme)	012,109,322	350	333	
8904	biopsia steny močového mechúra	012,109,322	107	102	
8905	zavedenie a/alebo odstránenie ureterálnej endoprotézy	012,109,322	264	251	
8909	operácia fimózy - cirkumcizia zo zdravotných dôvodov	010,012,038,107,109,319,322	300	285	
8910	divulzia uretry pri stenóze ženskej uretry	012,109,322	210	200	
8911	plastika varikokély	010,012,107,109,319,322	350	333	
8914	operácia jednoduchej hydrokély u mužov	010,012,107,109,319,322	350	333	
8915	frenuloplastika pre frenulum breve penis	010,012,107,109,319,322	240	228	
8916	sterilizácia u muža so zdravotných dôvodov	012,109,322	290	276	predchádzajúci súhlas ZP
8917	resekcia karunkuly uretry	012,109,322	170	162	
8918	exstirpácia kožných nádorov na vonkajších genitáliách	009,010,012,018,107,109,319,322	131	124	
8919	sutúra kožnej rany v oblasti vonkajších genitálií	009,010,012,018,107,109,319,322	90	86	
8920	optická uretrotómia krátkej striktúry	012,109,322	230	219	
8921	biopsia prostaty	012,109,322	203	193	
8922	biopsia glans penis	012,109,322	93	88	
8924	diagnostická cystoskopia (biopsia močového mechúra)	012,109,322	160	152	
8926	ureteroskopia	012,109,322	285	271	
8927	ureteroskopická litotripsia a extrakcia konkrementu pri jednoduchej ureterolitiáze	012,109,322	346	329	
8928	dilatácia striktúry uretry	012,109,322	109	104	
8929	operačná repozícia parafimózy	010,012,038,107,109,319,322	186	177	
8930	resekcia spermatokély alebo cysty nadsemenníka	010,012,038,107,109,319,322	320	304	
9000	artroskopická operácia temporomandibulárneho kĺbu (stomat.)	70	450	428	
9001	probatórne excízie na histologické vyšetrenie v celkovej anestézii (stomat.)	070, 345, 358	130	124	
9005	operačná extrakcia retinovaných alebo semiretinovaných zubov (stomat.)	070, 345	264	251	
9006	operačná fixácia luxovaných a sublúxovaných zubov (stomat.)	070, 345	250	238	
9007	operačná replantácia zubov (stomat.)	070, 345	280	266	
9008	operačné ošetrenie komplikovaného prerezávania zuba múdrosti (stomat.)	070, 345, 358	98	93	
9009	operačná predprotetická úprava čeľustí (stomat.)	070, 345	300	285	
9010	operačné ošetrenie nepravých nádorov - epulis (stomat.)	070, 345, 358	130	124	
9011	operačná egalizácia ďasnových výbežkov (stomat.)	070, 345	246	234	
9013	extrakcia viacerých zubov v celkovej anestéze (stomat.)	016,115,070,345	250	238	
9014	dentoalveolárne chirurgické výkony v celkovej anestéze pre polyvalentnú alergiu (stomat.)	070,345,358	280	266	
9015	dentoalveolárne chirurgické výkony v lokálnej anestéze u geriatrických a rizikových pacientov vzhľadom na interné ochorenie	070,345,358	322	306	
9016	operačné odstránenie osteosyntézového materiálu v anestézii v stomatológii	070,345	320	304	
9017	operačná elevácia zygomaticomaxilárneho komplexu v celkovej anestézii (stomat.)	070	351	333	
9023	exstirpácia dentálnych cyst (stomat.)	070,345	322	306	
9024	operačné prehĺbenie vestibula v oblasti maxily a frontálneho úseku mandibuly	070,345,358	336	319	
9026	frenulektómia frenulum labii, frenulum accessorii a frenulum linguae (stomat.)	070,345,358	140	133	
9027	exstirpácia kameňov zo slinivodov (stomat.)	070,345,358	280	266	
9030	resekcia koreňového hrotu troch alebo viacerých zubov	016,070,115,345	230	219	
9034	operácia exostózy, torus palatinus, torus mandibularis (stomat.)	014,070,345	230	219	
9035	extraorálna incízia abscesov (stomat.)	070,345	210	200	
9924	sanácia chrupu v celkovej anestézii u nespolupracujúcich pacientov so stomatofóbiou alebo u	016,070,115	250	238	

	nespolupracujúcich pacientov s mentálnou retardáciou				
9101	papilosfinkterektómia a odstránenie konkrementov zo žlčových ciest alebo pankreatického vývodu (endoskopická retrográdna cholangiografia)	048,222	400	380	
9103	endoskopické zavedenie drenáže žlčových ciest alebo pankreasu	048,222	400	380	
9104	endoskopická polypektómia a endoskopická mukózna resekcia v tráviacom trakte	048,222	400	380	
9105	endoskopická injekčná sklerotizácia pažerákových varixov	048,222	350	333	
9106	aplikácia stentov v tráviacom trakte pod endoskopickou alebo rtg kontrolou	048,222	400	380	
9107	endoskopická laserová a argón plazma koagulačná ablácia v tráviacom trakte	048,222	350	333	
9108	fotodynamická ablatívna terapia v tráviacom trakte	048,222	310	295	
9109	tenkohlová biopsia pod endoskopickou ultrasonografickou kontrolou v tráviacom trakte	048,222	360	342	
9202	resekcia alebo iná operácia dolnej nosovej mušle	014,038	270	257	
9203	uzáver vestibulonazálnej alebo oronazálnej komunikácie	038,070,345	250	238	
9204	korekcia nosa a nosového septa pri rozštepe podnebia	014,038	270	257	
9205	korekcia nosných dierok zo zdravotných dôvodov	014,038	300	285	
9210	korekcia ptózy hornej mihalnice zo zdravotných dôvodov (na jednej mihalnici)	015,038,336	300	285	predchádzajúci súhlas ZP
9210k	korekcia ptózy hornej mihalnice zo zdravotných dôvodov (na oboch mihalniciach)	015,038,336	400	380	predchádzajúci súhlas ZP
9211	rekonštrukcie viečok po resekcii tumoru alebo traumatickej strate lalokovou plastikou	038	350	333	
9212	odstránenie benígneho alebo malígneho tumoru kože a podkožia v ktorejkoľvek lokalizácii s krytím defektu lalokovou plastikou alebo voľným kožným transplantátom	038	242	230	
9213	korekcia kontrahujúcej jazvy Z - plastikou alebo voľným kožným transplantátom	038	208	198	
9214	korekcia hypertrofickej alebo keloidnej jazvy dermabráziou, excíziou alebo iným spôsobom	038	200	190	predchádzajúci súhlas ZP
9215	dermabrázia kože v ktorejkoľvek lokalizácii z inej príčiny ako jazva	038	250	238	
9216	dermofasciektómia s krytím voľným kožným transplantátom	038	200	190	
9218	lúčovitá amputácia prsta pre recidivujúcu formu Dupuytrenovej kontraktúry s ťažkou deformitou	011,038,206	145	138	
9221	discízia retinaculum flexorum pri syndróme Guynovho kanála	011,038,206	330	314	
9222	deliberácia a transpozícia nervus ulnaris	011,037,038,108,206	330	314	
9223	discízia retinaculum flexorum	011,038,108,206	330	314	
9224	operačný výkon pre pronátorový syndróm	011,038,108,206	330	314	
9225	operačný výkon pre útlakové syndrómy v iných lokalitách	011,038,108,206	330	314	
9226	primárna alebo sekundárna mikrosutúra periférneho nervu	037,038	330	314	
9229	rekonštrukcia periférneho nervu nervovým štepom u dospelých	037,038	200	190	
9234	rekonštrukcia šľachy vložením spacera alebo voľného šľachového transplantátu	011,038,108,206	200	190	
9235	rekonštrukcia šľachy dvojdobá (Paneva-Holevich)	011,038,108,206	200	190	
9236	operácia deformity labutej šije	037,038,206	200	190	
9237	rozpojenie mäkkej syndaktýlie	038,206	200	190	
9238	separácia jedného medziprstia po popálení	038,206	200	190	
9245	korekcia asymetrie prsníkov vložením implantátu zo zdravotných dôvodov	009,038,229	420	399	predchádzajúci súhlas ZP
9246	redukčná mamoplastika zo zdravotných dôvodov	009,038,229	430	409	predchádzajúci súhlas ZP
9247	vloženie implantátu, expanderu alebo implantát - expanderu po ablácii prsníka	009,038,229	450	428	vysvetlivka 6
9248	operácia gynekomastie a/alebo s liposukciou zo zdravotných dôvodov	010,038,106	310	295	predchádzajúci súhlas ZP
9254	operácia venter pendulum zo zdravotných dôvodov	010,038	210	200	predchádzajúci súhlas ZP
9255	operácia diastázy priamych brušných svalov	010,038,107,222	350	333	
9260	mikrosutúra nervu end to side	037,038	250	238	
9513	extraneurálna mikroneurolyza	037,038	330	314	
9514	intraneurálna mikroneurolyza bez náhrady alebo s náhradou časti fascikulov štepom	037,038	250	238	
9515	rekonštrukcia periférneho nervu nervovým štepom u detí	037,038	300	285	
9302	nekrektómia s anestézou u detí	010,107,038	230	219	
9303	drenáž povrchového abscesu s anestézou u detí	010,107	230	219	

9304	operačné odstránenie benígnych alebo malígnych útvarov kože a podkožia (preaurikulárne výbežky, pigmentové névy, ateróm) s anestéziou u detí	010,038,107	293	278	
9306	operačné odstránenie zarastajúceho nechta u detí (resekcia a plastika nechtového lôžka) po predchádzajúcej neúspešnej ambulantnej liečby	010,011,107,108,038	242	230	
9308	excízia a exstirpácia hemangiómu u detí	010,107,319	283	269	
9309	excízia a exstirpácia lymfangiómu u detí	010, 107,319	283	269	
9310	exstirpácia a/alebo biopsia lymfatických uzlín z jednej lokality u detí	107, 010,319	285	271	
9315	operácia jednoduchkej hydrokély u chlapcov	010,012,107,109,319	285	271	
9319	incízia perianálneho abscesu u detí do 12 rokov v CA	010,107,222,319	276	262	
9400	presadrovanie v anestézii u detí	010,011,013,107,108,319	120	114	
9522	korekčná osteotómia a osteosyntéza	010,011,013,107,108	493	468	
9603	exstirpácia chalasea	015,215,336	230	219	
9606	sondáž slzných ciest	015,215, 336,	160	152	
9607	injekčná aplikácia kortikoidu do periokulárneho hemangiómu u detí	015,215,336	160	152	
9608	extrakcia stehov z rohovky u detí	015,215,336	160	152	
9609	laserová koagulácia sietnice	015,215,336	150	143	
9613	aplikácia botoxu pri strabizme u detí (jedno oko)	015,215,336	160	152	
9613k	aplikácia botoxu pri strabizme u detí (obe oči)	015,215,336	200	190	
9205a	korekcia nosových dierok zo zdravotných dôvodov u detí do 18 rokov vrátane	014,038,114	385	366	
9524	korekcia červenej pery u detí	014,114,038	190	181	predchádzajúci súhlas ZP
9713	rekonštrukcia nosového krídla u detí	014,038,114	404	384	
9804	korekcia hypospádie u detí	012,109, 038	241	229	
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 poisťencovi 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 poisťencovi 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 prípocítateľná 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, cievne a srdcové choroby, choroby endokrinného systému, obezita...), medicínske stanovisko ošetrojúceho lekára - klinického onkológa a gynekológa k plastickej operácii a informácia plastickeho chirurga o rozsahu a o spôsobe indikovanej plastickej operácie.
- V cene výkonu sú zahrnuté všetky náklady spojené s jeho vykonaním, t.z. komplexné vyšetrenie poistenca lekárom realizujúcim výkon, poskytnutie výkonu podľa zdravotnej indikácie, použitie zdravotníckych pomôcok (ak nie je ďalej uvedené inak), kompletná anestéziologická starostlivosť (pred, počas i po operácii), v indikovaných prípadoch aj histológia (odoslanie odobratého biologického materiálu, záznam o výsledku v zdravotnej dokumentácii, manažment pacienta v prípade pozitivity nálezu), všetka zdravotná starostlivosť 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 „SZM“):
 - prsníkový implantát v špecializačnom odbore plastickej chirurgie,
 - prsníkový expandér v špecializačnom odbore plastickej chirurgie,
 - prsníkový expandér – implantát v špecializačnom odbore plastickej chirurgie,
 - suburetrálna páska v špecializačnom odbore gynekológia a pôrodnictvo a v špecializačnom odbore urológia,

- g) 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 príslušnej maximálnej úhrady zdravotnej poisťovne za ŠZM uvedenej v Zozname špeciálneho zdravotníckeho materiálu zverejneného na webovom sídle zdravotnej poisťovne pri súčasnom dodržaní všetkých ostatných príslušných podmienok úhrady ŠZM. Ak je obstarávacia cena ŠZM vyššia ako maximálna úhrada zdravotnej poisťovne za ŠZM ako pripočítateľnej položky uvedenej v Zozname špeciálneho zdravotníckeho materiálu zverejneného na webovom sídle zdravotnej poisťovne, je tento rozdiel zahrnutý do úhrady výkonu, v súvislosti s ktorým bol ŠZM použitý. Týmto bodom nie je dotknutá výška doplatku poistenca na úhradu ŠZM.
4. 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 a v cene uvedenej v tabuľke bodu 1 tejto časti v stĺpci s označením „Výška úhrady OHV v €“ (ďalej len „osobitne hradené výkony“)
 - 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, v cene uvedenej v tabuľke bodu 1 v stĺpci s označením „Výška úhrady JZS v €“ (ďalej len „výkony jednodňovej zdravotnej starostlivosti“)
5. Osobitne hradené výkony je možné preklasifikovať na úhradu za ukončenú hospitalizáciu na základe písomnej žiadosti poskytovateľa, ktorá je prílohou faktúry za poskytovanie zdravotnej starostlivosti, ak u poistenca vznikli komplikácie, ktoré vyžadujú pobyt na OAIM či JIS dlhší ako 24 hodín, alebo hospitalizáciu dlhšiu ako 96 hodín, kde je zároveň poskytovaná liečba, ktorá vyžaduje podanie liekov v celkovej sume viac ako 50% z ceny úhrady za osobitne hradený výkon.
6. V prípade ak poskytovateľ vykáže k úhrade pri jednom operačnom zákroku viac ako jeden osobitne hradený výkon s pobytom poistenca na lôžku v trvaní dlhšie ako 24 hodín, zdravotná poisťovňa takéto vykázanie posúdi a v prípade akceptovania môže poskytnutú zdravotnú starostlivosť uhradiť v cene ukončenej hospitalizácie na príslušnom oddelení.
7. 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.

B) Osobitne hradené výkony prepravy dieťaťa medzi zariadeniami ústavnej zdravotnej starostlivosti

1. Zdravotná poisťovňa uhradí poskytovateľovi zdravotnú starostlivosť spočívajúcu vo výkonoch uvedených v tabuľke nižšie za podmienok ustanovených v tejto časti prílohy v súlade odborným usmernením MZ SR č. 03334-OZS-2015 zo dňa 11. februára 2016.

Kód výkonu	Názov výkonu	Výška úhrady	Podmienky úhrady
H0011	Komplexná zdravotná starostlivosť poskytovaná v ambulancii záchrannej zdravotnej služby pri preprave novorodenca transportným inkubátorom z iného zdravotníckeho zariadenia ústavnej zdravotnej starostlivosti	380	Zdravotná poisťovňa uhradí výkon pri preprave dieťaťa vo veku do 36 mesiacov (vrátane) medzi zdravotníckymi zariadeniami ústavnej zdravotnej starostlivosti v spádovej oblasti uvedenej v bode 2. tejto časti prílohy za predpokladu, že poskytovanie zdravotnej starostlivosti dieťaťu zabezpečuje lekár a zdravotná sestra zariadenia ústavnej starostlivosti, v ktorom má byť dieťa podľa spádovej oblasti hospitalizované; poisťovňa uhradí výkon mimo spádovej oblasti len za podmienky, že v zdravotnej dokumentácii dieťaťa bude priložený nesúhlas s prijatím dieťaťa vystavený príslušným ústavným zariadením v spádovej oblasti alebo v prípadoch odôvodnenej potreby hospitalizácie dieťaťa v zariadení špecializovanej ústavnej zdravotnej starostlivosti.

2. Spádová oblasť pre poskytnutie výkonu H0011 je: Svet zdravia, a.s. - NsP Banská Štiavnica, Nemocnica s poliklinikou Brezno, n. o., Všeobecná Nemocnica s poliklinikou Lučenec, n. o. , Nemocnica Zvolen, a. s., Svet zdravia, a.s. - NsP Žiar nad Hronom, Svet Zdravia, a.s. - NsP Rimavská Sobota, Nemocnica s poliklinikou, n. o., Revúca
3. Poskytovateľ, ktorý odborne zabezpečoval prepravu dieťaťa v bezprostrednom ohrození života vykáže výkon v počte 1 ako pripočítateľnú položku k ukončenej hospitalizácii na:
- jednotke vysokošpecializovanej starostlivosti o novorodencoch, alebo
 - jednotke resuscitačnej starostlivosti o novorodencoch, alebo
 - pracovisku detskej anestéziológie a intenzívnej medicíny.

IV. Ceny výkonov finančne náročnej zdravotnej starostlivosti

- Zdravotná poisťovňa uhradí výkony finančne náročnej zdravotnej starostlivosti uvedené nižšie, s výnimkou ústavnej zdravotnej starostlivosti hradenej podľa účinnej prílohy č. 2c zmluvy, len za toho poistenca, ktorý je v čase poskytnutia výkonov finančne náročnej zdravotnej starostlivosti jej poistencom.
- Podmienkou úhrady výkonov finančne náročnej zdravotnej starostlivosti uvedených nižšie je predchádzajúci písomný súhlas zdravotnej poisťovne; v prípade, že ide o poskytnutie neodkladnej zdravotnej starostlivosti poistencovi, poskytovateľ žiada o súhlas zdravotnej poisťovne dodatočne, najneskôr však do troch pracovných dní po poskytnutí neodkladnej zdravotnej starostlivosti.
- 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	Nepříbuzenská	individuálna kalkulácia, max. 99.582	1,12
	Transplantácia orgánov:		
90101	Transplantácia obličiek	4.481	11,3,16,15
90201	Transplantácia srdca	15.933	8
90301	Transplantácia pečene	individuálna kalkulácia, max. 79.665	1,11,3
90401	Transplantácia pankreasu	individuálna kalkulácia, max. 8.298	11,3
90501	Transplantácia pľúc	individuálna kalkulácia, max. 132.776	13
90601	Transplantácia rohovky – náklady súvisiace s odberom rohovky	647	1,12,14,4,6,3,16,5,10,15,2
	Odber orgánov:		
100101	Oblička z multiorgánového odberu	1.002	11,3,16,15
100102	Pečeň z multiorgánového odberu	1.447	1,11,3, 16
100103	Pankreas (s odberom pečene) z multiorgánového odberu	511	11,3, 16
100104	Pankreas (bez odberu pečene) z multiorgánového odberu	1.955	11,3, 16

100105	Srdce z multiorgánového odberu	634	8, 16
100106	Oblička z izolovaného odberu - kadaverózneho	1.285	11,3,16,15
100107	Oblička z izolovaného odberu - príbuzenského	1.726	11,3,16,15
100201	Liečba popálenín nad 20% povrchu tela	5.975	13,9,2
	Imunoadsorpcia:		
90100	Imunoadsorpcia pri indikáciách: Transplantačná medicína, Trombocytopenická purpura, Hemofília A a B s inhibítormi, Myastenia gravis, alebo Pemphigus vulgaris	3.000	3, 11, 15, 16

***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

Príloha č. 2c
k Zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

Podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti podľa klasifikačného systému diagnosticko-terapeutických skupín

I. Základné ustanovenia

1. Zdravotná poisťovňa podľa klasifikačného systému diagnosticko-terapeutických skupín (ďalej aj ako „systém DRG“) uhrádza poskytovateľovi v rámci hospitalizačného prípadu úhradu za zdravotnú poisťovňou uznanú ústavnú zdravotnú starostlivosť, do ktorej bol poistenec prijatý počas účinnosti tejto prílohy. Podľa systému diagnosticko-terapeutických skupín zdravotná poisťovňa uhrádza poskytovateľovi aj zdravotnú starostlivosť spočívajúcu vo výkonoch jednodňovej zdravotnej starostlivosti, ak boli poskytnuté poistencovi počas účinnosti tejto prílohy na DRG relevantnom oddelení ako aj v prípadoch, keď poskytovateľ po poskytnutí výkonu jednodňovej zdravotnej starostlivosti poistencovi pokračoval v poskytovaní hospitalizácií poistenca hradenej podľa tejto prílohy.
2. Klasifikačný systém diagnosticko-terapeutických skupín je medicínsko-ekonomický klasifikačný systém, ktorý na základe chorôb, zdravotných výkonov, dátumu narodenia poistenca, veku poistenca v rokoch alebo podľa veku poistenca v dňoch, podľa hmotnosti poistenca, ak ide o poistenca mladšieho ako 1 rok, pohlavia, druhu, dôvodu prijatia a dátumu prijatia poistenca do ústavnej zdravotnej starostlivosti, dôvodu prepustenia a dátumu prepustenia z ústavnej zdravotnej starostlivosti, dĺžky ošetrovacej doby zadanej v dňoch, dĺžky umelej pľúcnej ventilácie u poistenca zadanej v hodinách, lokalizácie choroby a zdravotného výkonu a dátumu vykonania zdravotného výkonu poistencovi umožňuje zaradiť jednotlivé hospitalizačné prípady do ekonomicky a klinicky homogénnych diagnosticko-terapeutických skupín, ktorým spravidla prislúcha relatívna váha definovaná v katalógu prípadových paušálov. Podrobnosti zaradenia hospitalizačného prípadu do príslušnej diagnosticko-terapeutickej skupiny určuje definičná príručka. Zaradenie do hospitalizačného prípadu do príslušnej diagnosticko-terapeutickej skupiny sa vykonáva prostredníctvom počítačového programu zdravotnej poisťovne (tzv. grouper).
3. Na účely tejto prílohy sa za hospitalizáciu považuje poskytovanie spravidla ústavnej zdravotnej starostlivosti poistencovi u poskytovateľa na oddelení s DRG relevantnou odbornosťou a/alebo oddelení s DRG nerelevantnou odbornosťou s tým, že prostredníctvom systému DRG môže byť uhradená aj hospitalizácia trvajúca menej ako 24 hodín, ak sú na to splnené príslušné podmienky úhrady prostredníctvom systému DRG.
4. Hospitalizačný prípad je zdravotná starostlivosť poskytnutá poistencovi počas hospitalizácie na oddeleniach s DRG relevantnou odbornosťou, od dátumu jeho prijatia na hospitalizáciu až do dátumu prepustenia z hospitalizácie.
5. Oddelenie s DRG nerelevantnou odbornosťou je určené podľa príslušného metodického usmernenia Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou č. 10/1/2014 k dátovému rozhraniu CKS pre zber údajov od poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti zaradených do systému financovania podľa DRG o podrobnostiach klasifikačného systému diagnosticko-terapeutických skupín („Tabuľka 26: 90029 NON_DRG“).
6. Oddelenie s DRG relevantnou odbornosťou je oddelenie iné ako oddelenie DRG nerelevantnou odbornosťou.
7. Ošetrovacia doba je počet dní medicínsky opodstatneného pobytu poistenca u poskytovateľa na oddeleniach s DRG relevantnou odbornosťou v súvislosti s poskytovaním ústavnej zdravotnej starostlivosti, pričom do tohto počtu dní sa nezapočítava ani deň prijatia poistenca do ústavnej zdravotnej starostlivosti a ani prípadné dni, počas ktorých bol poistenec na priepustke; deň prijatia poistenca do ústavnej zdravotnej starostlivosti sa započítava do ošetrovacej doby, ak ide o hospitalizáciu trvajúcu menej ako 24 hodín.
8. Základná sadzba je suma v absolútnej hodnote, ktorá je uhrádzaná podľa systému DRG za jednotlivý hospitalizačný prípad s relatívnou váhou rovnou 1,0000.

II. Úhrada za hospitalizačný prípad

1. Výška základnej sadzby je **1.183,- €**.
2. Výška úhrady za hospitalizačný prípad sa vypočíta ako súčin základnej sadzby a príslušnej relatívnej váhy určenej podľa katalógu prípadových paušálov v závislosti od správneho zaradenia hospitalizačného prípadu do príslušnej diagnosticko-terapeutickej skupiny a od dĺžky ošetrovacej doby, a podľa ostatných podmienok vyplývajúcich zo zmluvy. Za správne zaradenie hospitalizačného prípadu do príslušnej diagnosticko-terapeutickej skupiny sa považuje zaradenie vykázaného hospitalizačného prípadu do diagnosticko-terapeutickej skupiny podľa definičnej príručky.
3. Ak nie je dojednané inak, úhrada za hospitalizačný prípad zahŕňa úhradu za všetku zdravotnú starostlivosť, špeciálny zdravotnícky materiál, alebo služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti:
 - a) poskytnuté poistencovi poskytovateľom alebo akýmkoľvek iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti počas trvania hospitalizácie,
 - b) poskytnutú poistencovi poskytovateľom alebo iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v deň prijatia na hospitalizáciu, ako aj v deň prepustenia z hospitalizácie (s výnimkou liekov a zdravotníckych pomôcok, na ktoré

bol vystavený predpis, resp. lekársky poukaz v deň prepustenia poistenca z hospitalizácie), ak súvisí s hospitalizáciou;

- c) poskytnutú poistencovi kedykoľvek po prepustení z hospitalizácie poskytovateľom alebo akýmkoľvek iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, ak bola indikovaná počas trvania hospitalizácie podľa písm. s) bodu 4.6. zmluvy;

ako aj všetky náklady, ktoré poskytovateľ vynaložil pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti poistencovi počas hospitalizácie. Pre vylúčenie akýchkoľvek pochybností sa zmluvné strany dohodli, že v úhrade za hospitalizačný prípad je zahrnutá aj úhrada za zdravotnú starostlivosť uvedenú v prílohe č. 2a k zmluve, ak sú na to splnené podmienky podľa tejto prílohy k zmluve.

4. Ak nie je dojednané inak, úhrada za všetku ambulatnú zdravotnú starostlivosť, vrátane zdravotnej starostlivosti poskytovanej zariadením spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek, a služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, uvedené na odporúčeni podľa bodu písm. s) bodu 4.6. zmluvy poskytovateľom alebo iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v deň začiatku hospitalizácie, ako aj kedykoľvek počas hospitalizácie, bez uvedeného ID hospitalizačného prípadu, bude automaticky započítaná do úhrady za hospitalizačný prípad. V prípade, ak na odporúčaní podľa písm. s) bodu 4.6. zmluvy nebude uvedený dátum odporúčenia, zdravotná poisťovňa zdravotnú starostlivosť a/alebo službu súvisiacu s poskytovaním zdravotnej starostlivosti neuhradí a požiada poskytovateľa a/alebo iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o jeho doplnenie.
5. Úhrada za hospitalizačný prípad nezahŕňa úhradu za výkony dialyzačnej liečby pri chronickom zlyhaní obličiek a výkony záchranej zdravotnej služby poskytnuté poskytovateľom alebo iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti.
6. Zdravotná poisťovňa uhradza zdravotné výkony poskytnuté poistencovi zariadením spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek (ďalej len „SVLZ“), ktoré podľa ustanovení tejto prílohy mali byť zahrnuté v úhrade za hospitalizačný prípad, poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti prevádzkujúcemu zariadenie SVLZ, pričom zdravotná poisťovňa má voči poskytovateľovi právo na refundáciu nákladov podľa bodu 8 tejto časti prílohy.
7. Zdravotná poisťovňa je oprávnená žiadať od poskytovateľa refundáciu nákladov na úhradu zdravotnej starostlivosti, špeciálneho zdravotníckeho materiálu a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, ktoré zdravotná poisťovňa uhradila nad rámec hospitalizačného prípadu poskytovateľovi alebo inému poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti a súčasne podľa ustanovení tejto prílohy mali byť zahrnuté v úhrade za hospitalizačný prípad. Zmluvné strany sa dohodli na započítaní pohľadávky zdravotnej poisťovne podľa bezprostredne predchádzajúcej vety s pohľadávkou alebo pohľadávkami poskytovateľa na úhradu zdravotnej starostlivosti voči zdravotnej poisťovni.
8. Na účely určenia výšky refundácie podľa bezprostredne predchádzajúceho bodu sa vychádza z výšky úhrady za zdravotnú starostlivosť a služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, ktoré má zdravotná poisťovňa zmluvne dojednané s poskytovateľom alebo iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v čase poskytnutia zdravotnej starostlivosti resp. služby súvisiacej s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, resp. z nadobúdacej ceny špeciálneho zdravotníckeho materiálu.
9. Hospitalizácia poistenca na psychiatrickom oddelení alebo inom oddelení s DRG nerelevantnou odbornosťou okrem domu ošetrovateľskej starostlivosti (ďalej len „DOS“) a hospicu, ktorému predchádzala hospitalizácia poistenca na oddelení s DRG relevantnou odbornosťou a/alebo ktorá pokračovala hospitalizáciou na oddelení s DRG relevantnou odbornosťou v tom istom samostatnom ústavnom zariadení sa považuje za súčasť jedného hospitalizačného prípadu (t.j. má rovnaké ID hospitalizačného prípadu), avšak jej trvanie sa nezapočítava do obdobia trvania hospitalizačného prípadu a zároveň náklady na hospitalizáciu poistenca na psychiatrickom oddelení alebo inom oddelení s DRG nerelevantnou odbornosťou okrem DOS a hospicu sa nezapočítavajú do úhrady za hospitalizačný prípad. Hospitalizácia na psychiatrickom oddelení alebo inom oddelení s DRG nerelevantnou odbornosťou okrem DOS a hospicu sa uhradí podľa prílohy č. 2b k zmluve.
10. Hospitalizácia poistenca v hospici a/alebo v DOS, ktorému predchádzala hospitalizácia na oddelení s DRG relevantnou odbornosťou a/alebo ktorá pokračovala hospitalizáciou na oddelení s DRG relevantnou odbornosťou v tom istom samostatnom ústavnom zariadení sa nepovažuje za súčasť jedného hospitalizačného prípadu (nemá rovnaké ID hospitalizačného prípadu), jej trvanie sa nezapočítava do obdobia trvania hospitalizačného prípadu a zároveň náklady na hospitalizáciu poistenca v DOS alebo v hospici a služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti poskytované v DOS alebo v hospici sa nezapočítavajú do úhrady za hospitalizačný prípad. Hospitalizácia v DOS alebo hospici sa uhradí podľa prílohy č. 2b k zmluve.
11. Ak pre určitú diagnosticko-terapeutickú skupinu nie je v katalógu prípadových paušálov určená žiadna relatívna váha, použije sa relatívna váha uvedená v nasledovnej tabuľke:

DRG skupina kód	DRG skupina názov	relatívna váha
B61B	Určité akútne ochorenia a poranenia miechy bez komplexného výkonu alebo viac ako 13 ošetrovacích dní alebo žiadne preloženie ďalej	1,8450
B76A	Záchvaty, viac ako jeden ošetrovací deň, s komplexnou diagnózou a liečbou	0,8940
E76A	Tuberkulóza, viac ako 14 ošetrovacích dní	1,2420
ostatné		1,0278

12. Ak poskytovateľ predpokladá trvanie hospitalizačného prípadu dlhšie ako 2 mesiace, informuje o tejto skutočnosti zdravotnú poisťovňu najneskôr do 2 mesiacov od začiatku takéhoto hospitalizačného prípadu a dohodne so zdravotnou poisťovňou individuálny spôsob úhrady za hospitalizáciu.
13. Ak poskytovateľ počas hospitalizácie, použil lieky a/alebo zdravotnícke pomôcky, ktoré na svoje náklady obstarala zdravotná poisťovňa, má zdravotná poisťovňa voči poskytovateľovi právo na refundáciu týchto nákladov. Zmluvné strany sa dohodli na započítaní pohľadávky zdravotnej poisťovne podľa predchádzajúcej vety tohto bodu s pohľadávkou alebo pohľadávkami poskytovateľa na úhradu zdravotnej starostlivosti voči zdravotnej poisťovni.

III. Zlučovanie hospitalizačných prípadov

1. Opätovné prijatie poistenca do ústavnej zdravotnej starostlivosti u toho istého poskytovateľa (ďalej aj ako „opätovné prijatie“), ktoré sa uskutoční v určitých nižšie definovaných časových intervaloch a za určitých nižšie definovaných okolností, je v systéme DRG poskytovateľ povinný zlúčiť do jedného hospitalizačného prípadu a vykázať ich na úhradu do zdravotnej poisťovne pod jedným hospitalizačným prípadom.
2. Povinné zlúčenie hospitalizačných prípadov pri opätovnom prijatí sa uskutoční:
 - a) ak je poistenec znovu prijatý do ústavnej zdravotnej starostlivosti u poskytovateľa (ďalej aj ako „opakovaná hospitalizácia“) v časovom intervale ako je horná hranica ošetrovacej doby príslušnej DRG skupiny podľa katalógu prípadových paušálov, pričom výpočet sa vzťahuje k dátumu prijatia na prvé poskytovanie zdravotnej starostlivosti u poskytovateľa (ďalej aj ako „prvá hospitalizácia“), ktorá je na základe tohto pravidla zlučovaná a zároveň opakovaná hospitalizácia by bola zaradená do tej istej základnej DRG skupiny ako prvá hospitalizácia, alebo
 - b) ak je poistenec znovu prijatý do ústavnej zdravotnej starostlivosti u poskytovateľa v časovom intervale do 30 kalendárnych dní odo dňa prijatia na prvú hospitalizáciu z hospitalizácií, ktorá vyhovuje podmienke zlučovania, a zároveň v rámci tej istej hlavnej diagnostickej kategórie (MDC) podľa katalógu prípadových paušálov bola prvá hospitalizácia zaradená do „medicínskeho“ alebo „iného“ segmentu a opakovaná hospitalizácia do „operačného“ segmentu, alebo
 - c) ak je poistenec znovu prijatý do ústavnej zdravotnej starostlivosti u poskytovateľa v časovom intervale do hornej hranice pre stanovenú dĺžku ošetrovacej doby príslušnej DRG skupiny podľa katalógu prípadových paušálov a zároveň dôvodom pre opakovanú hospitalizáciu je komplikácia zdravotného stavu v súvislosti s predchádzajúcou hospitalizáciou, za ktorú preberá zodpovednosť zdravotnícke zariadenie (napr. nozokomiálna infekcia);písm. a) a b) sa nevzťahuje na prípady tých DRG skupín, ktoré sú v katalógu prípadových paušálov v stĺpci „Výnimka pri opätovnom prijatí“ označené symbolom „x“;
písm. c) nevzťahuje na nezvratiteľné vedľajšie účinky chemoterapie a rádioterapie v rámci zdravotnej starostlivosti súvisiacej s onkologickou liečbou.
3. Postup pri zlúčení hospitalizačných prípadov je nasledovný:
 - a) Pri zlučovaní podľa pravidiel uvedených v predchádzajúcom bode je potrebné vykonať nové zaradenie každého hospitalizačného prípadu do DRG skupiny. Zdravotnícke zariadenie je povinné zlúčiť do jedného hospitalizačného prípadu všetky predchádzajúce hospitalizácie pacienta v tom istom zdravotníckom zariadení a vykonať nové zaradenie do DRG skupiny.
 - b) Pri posudzovaní zlučovania sa uplatňuje chronologické overenie hospitalizácií. Ošetrovacia doba sa stanoví ako súčet ošetrovacích dní všetkých zlučovaných hospitalizácií poistenca u poskytovateľa.
 - c) Horná hranica ošetrovacej doby, ktorá je rozhodujúca pre zlúčenie hospitalizačných prípadov, sa odvíja od dátumu prijatia a zaradenia do DRG skupiny prvej hospitalizácie, pre ktorú je v tomto zariadení pravidlo zlučovania hospitalizačných prípadov účinné.
 - d) Ak už poskytovateľ predtým jednu zo zlučovaných hospitalizácií vykázal na úhradu do zdravotnej poisťovne, je poskytovateľ povinný toto vykázanie stornovať.
4. Táto časť prílohy sa uplatní najskôr na tie hospitalizačné prípady, pri ktorých došlo k prijatiu poistenca do ústavnej zdravotnej starostlivosti u poskytovateľa po 1.1.2018 (vrátane), a ak inak neustanoví všeobecne záväzný právny predpis alebo predpis vydaný orgánom verejnej moci (napr. Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou) na základe všeobecne záväzného právneho predpisu.

IV. Spoločné a prechodné ustanovenia

1. Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou najneskôr do 30. septembra kalendárneho roka zverejní na svojom webovom sídle na nasledujúci kalendárny rok:
 - a) definičnú príručku, ktorá obsahuje detailný popis systému DRG s uvedením grafického znázornenia všetkých zaraďovacích algoritmov a k nim prislúchajúcich logických výrazov a tabuliek,
 - b) katalóg prípadových paušálov, ktorý obsahuje zoznam jednotlivých diagnosticko-terapeutických skupín, relatívne váhy a ďalšie údaje potrebné k úhrade relevantnej zdravotnej starostlivosti podľa systému DRG, najmä popis diagnosticko-terapeutickej skupiny, strednú hodnotu ošetrovacej doby, dolnú a hornú hranicu ošetrovacej doby, zníženie relatívnej váhy pri ošetrovacej dobe kratšej ako dolná hranica a zvýšenie relatívnej váhy pri ošetrovacej dobe dlhšej ako horná hranica,
 - c) zoznam základných sadzieb.
(ďalej aj ako „DRG dokumenty“)

2. Podľa DRG dokumentov, ktoré Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou ako posledné zverejní k 30. septembru na svojom webovom sídle na nasledujúci kalendárny rok, zmluvné strany postupujú pri úhrade zdravotnej starostlivosti podľa systému DRG počas celého nasledujúceho kalendárneho roka. Pre vylúčenie akýchkoľvek pochybností sa zmluvné strany dohodli, že podmienka zverejnenia do 30. septembra kalendárneho roka sa nepoužije na DRG dokumenty, ktoré majú byť použité pre kalendárny rok 2017. Na hospitalizačný prípad sa aplikujú DRG dokumenty vzťahujúce sa na kalendárny rok, v ktorom došlo k prijatiu poistenca do ústavnej zdravotnej starostlivosti, resp. k prijatiu do ústavnej starostlivosti pri prvom zo zlučovaných hospitalizačných prípadov.
3. Ak Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou najneskôr do 30. septembra kalendárneho roka pre nasledujúci kalendárny rok nevydá dokumenty podľa písm. a) až c) bodu 1 tejto časti prílohy alebo niektorý z týchto dokumentov, resp. na základe zmeny zákona stratí túto právomoc bez toho aby ju na základe zákona nadobudol iný orgán verejnej moci, vydá tieto dokumenty pre účel uvedený v bode 1 tejto časti prílohy zdravotná poisťovňa a zverejní ich na svojom webovom sídle.
4. Aj pri úhrade zdravotnej starostlivosti podľa systému DRG sa primerane použijú podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti vyplývajúce z bodu 9 časti I. prílohy č. 2b k zmluve.
5. Účinnosť tejto prílohy sa pozastavuje na obdobie, počas ktorého nie je platné osvedčenie o zhode počítačového programu zdravotnej poisťovne používaného na zaraďovanie hospitalizačných prípadov do diagnosticko-terapeutických skupín, najskôr však sa za splnenia tejto podmienky účinnosť tejto prílohy pozastavuje od 1.7.2017. Osvedčením o zhode počítačového programu sa rozumie podľa zákona č. 581/2004 Z. z. vydané osvedčenie zhody počítačového programu s definičnou príručkou.

