

**Zmluva . 5001NFAL000217  
o poskytovaní zdravotnej starostlivosti**

uzatvorená pod a § 7 zákona . 581/2004 Z. z. o zdravotných poisovních, dohade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov  
( alej aj ako „zmluva“)

**Článok I  
Zmluvné strany**

**Union zdravotná poisovňa, a. s.**

zastúpená: Ing. Elena Májeková, riaditeľka sekcie zdravotného poistenia  
so sídlom: Bajkalská 29/A, 821 08 Bratislava  
I O: 36 284 831  
DI : 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 poisovne, a. s.: 27  
( alej len „zdravotná poisovňa“)

a

**Detská fakultná nemocnica s poliklinikou Banská Bystrica**

zastúpený: Ing. Marianna Hoghová, riaditeľka  
so sídlom: Námestie L.Svobodu 4, 974 01 Banská Bystrica  
I O: 37957937  
identifikátor poskytovateľa (prvých šesť znakov kódu poskytovateľa): N49813  
označenie registra:  
( alej len "poskytovateľ")

(spoločne aj ako „zmluvné strany“)

**Článok II  
Kritéria na uzatváranie zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti**

2.1. Zdravotná poisovňa na základe § 7 ods. 4 písm. a) zákona . 581/2004 Z. z. o zdravotných poisovních, dohade 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 poisovne [www.union.sk](http://www.union.sk) ( alej len „webové sídlo zdravotnej poisovne“) nasledovné kritériá na uzatváranie zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti ( alej 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) materiálno-technické vybavenie poskytovateľa - poskytovanie zdravotnej starostlivosti prostredníctvom materiálno-technického vybavenia najmenej na úrovni požiadaviek na materiálno-technické vybavenie zdravotníckych zariadení určené príslušnými všeobecne záväznými právnymi predpismi a len prostredníctvom zdravotníckych pomôcok, ktoré spĺňajú technické požiadavky ustanovené zákonom . 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 poisovne najmenej v rozsahu verejnej minimálnej siete poskytovateľa podľa nariadenia vlády SR . 640/2008 Z. z. o verejnej minimálnej sieti poskytovateľa zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov,
- d) indikátory kvality podľa nariadenia vlády SR . 752/2004 Z. z., ktorým sa vydávajú indikátory kvality na hodnotenie poskytovania zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov,
- e) poskytovateľ 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 poisovňa uzatvorila zmluvu.

### **lánok III Predmet (rozsah) zmluvy**

3.1. Predmetom zmluvy je dohodnutie podmienok poskytovania zdravotnej starostlivosti poistencom zdravotnej poisovne (alej 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 (alej len „povolenie“) vydaného orgánom príslušným na jeho vydanie, v zmluve dohodnutom rozsahu zdravotnej starostlivosti pod a prílohy 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.

### **lánok 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 poisovních, dohoda nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (alej 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 poskytovaní 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 poisovníctve 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 ústnom 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 dohodu 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 ústnom 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 poisovňu 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 starostlivosti<sup>1</sup>; 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 dočasného 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 a vykazovateľa fakturovať zdravotnej poisťovni výkony zdravotnej starostlivosti, ktoré realizoval pred nadobudnutím právoplatnosti rozhodnutia o dočasnom pozastavení povolenia a kedy splnil 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 preukázanie 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 požiada 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 iasto neuhrádzajú 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 poskytovateľom 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,

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

i) oznamova zdravotnej poisovní k poslednému dňu v kalendárnom mesiaci na tlačive predpísanom Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou o každé poskytnutie zdravotnej starostlivosti poistencom 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 poistencom 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 a zdravotnej starostlivosti poskytujúceho zdravotnú starostlivosť v špecializačnom odbore stomatológie poistencom po vykonaní preventívnej prehliadky v uvedenom medicínskom odbore, vyžiada si od poistenca potvrdenie o vykonaní tejto preventívnej prehliadky u predchádzajúceho poskytovateľa a zdravotnej starostlivosti a založí ho do zdravotnej dokumentácie poistenca,

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

l) vies 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 isté,

m) dodržiava poradie poistencov v zozname poistencov akajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti, ktorý vedie zdravotná poisovní a podľa všeobecne záväzného právneho predpisu, okrem prípadov neodkladného poskytovania zdravotnej starostlivosti,

n) poskytovateľ zdravotnej poisovní 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 poisovní na základe jej predchádzajúcej žiadosti v rozsahu ako ich poskytuje Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou a v lehote určenej zdravotnou poisovní; ak údaje požadované zdravotnou poisovní 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 poisovní upraví do takej podoby, v ktorej ich nemožno priradiť dotknutej osobe, ktorej sa týkajú; týmto nie je dotknutá možnosť poskytovateľa poskytnúť zdravotnej poisovní osobný údaj, s ktorého poskytnutím zdravotnej poisovní 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, vystaví samostatnú žiadamku,

p) postupova tak, aby nedochádzalo k nárastu čakacích dôb na poskytnutie zdravotnej starostlivosti poistencom u poskytovateľa,

q) poskytnúť zdravotnej poisovní na základe jej predchádzajúcej žiadosti a do 10 pracovných dní od vyžiadania písomné vyjadrenie k čakacím dobám na poskytnutie zdravotnej starostlivosti poistencom u poskytovateľa a aj so zdôvodnením ich prípadného nárastu,

r) pravdivo, korektno a neskreslene informova poistencov o podmienkach poskytovania zdravotnej starostlivosti poistencom a úhrady tejto zdravotnej starostlivosti zdravotnou poisovní,

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 odporu ambulantnej zdravotnej starostlivosti, vrátane zdravotnej starostlivosti poskytovanej zariadením spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek, a/alebo služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti na odporu (napr. žiadamka alebo výmenný lístok) na poskytnutie tejto zdravotnej starostlivosti resp. služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti uviesť jednoznačný identifikátor súvisiaceho hospitalizačného prípadu (ale len „ID hospitalizačného prípadu“) vytvorený podľa platného metodického usmernenia o spracovaní a vykazovaní zdravotných výkonov poskytovateľom zdravotnej starostlivosti elektronickou formou vydaného Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, kód odporujúceho poskytovateľa (ambulancia alebo oddelenie) a dátum odporu.

4.7. Poskytovateľ ambulantnej zdravotnej starostlivosti formou písomnej žiadanky objednáva u zmluvného poskytovateľa a zdravotnej poisovní 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 poistencom samostatný pohyb alebo prepravu prostriedkami verejnej hromadnej dopravy, a/alebo

b) poistenec je zaradený do chronického dialyzačného programu alebo do transplantačného programu a preprava sa týka zdravotnej starostlivosti súvisiacej s týmito programami.

4. 8. Poskytovateľ 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) materiálne-technické a/alebo personálne vybavenie poskytovateľa a 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 poistenec preložený od iného poskytovateľa ústavnej zdravotnej starostlivosti (ale aj ako „odosielajúci poskytovateľ ústavnej zdravotnej starostlivosti“) a poistenec 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 a zdravotnej starostlivosti.

4. 9. Poskytovateľ indikuje a predpisuje humánne lieky, dietetické potraviny a zdravotnícke pomôcky v súlade s preskripcími a indikačnými obmedzeniami, množstvovými a finančnými limitmi uvedenými v zozname kategorizovaných liekov, v zozname kategorizovaných zdravotníckych pomôcok a v zozname kategorizovaných dietetických potravín pod a zákona č. 362/2011 Z.z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ale 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 lieky uvedené v prílohe č. 1 k zákonu o liekoch a zdravotníckych pomôckach, predpisujúci lekár je povinný predpísať humánny liek s obsahom tohto lieku uvedením názvu lieku za dodržania podmienok ustanovených v § 119 ods. 5 zákona o liekoch a zdravotníckych pomôckach. Pri predpisovaní humánneho lieku spôsobom pod a predchádzajúcej vety a zdravotníckej pomôcky a dietetickej potraviny je predpisujúci lekár povinný postupovať úložne a hospodárne podľa súvisiacich poznatkov farmakoterapie a plniť ostatné povinnosti podľa § 119 zákona o liekoch a zdravotníckych pomôckach.

Poskytovateľ predpisuje o kovacie látky na lekárskom predpise v maximálnom množstve jednej dávky (injekcia/ampula) v reálnom čase plánovaného o kovania podľa dávkovacej schémy uvedenej v súhrne charakteristických vlastností lieku alebo podľa o kovacieho kalendára pre povinné pravidelné o kovanie detí a dospelých, ktorý vydáva Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky, v súlade s indikačným a preskripcijným obmedzením. Pre vylúčenie akýchkoľvek pochybností, o kovanie poistenca mimo termínov uvedených o kovacím kalendárom z objektívnych dôvodov, prípadne na základe požiadavky poistenca alebo jeho zákonného zástupcu, sa nepovažuje za porušenie postupu poskytovateľa a pri predpisovaní o kovacej 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 súvisiace s vykázaním výkonu podania lieku, alebo zdravotníckej pomôcky.

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

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

4. 13. Postupy neupravené touto zmluvou môžu zmluvné strany riešiť dohodovacím rokovaním štatutárnych orgánov alebo nimi splnomocnených zástupcov v mieste sídla zdravotnej poisťovne. O priebehu a ukončení dohodovacieho rokovania sa spíše záznam, ktorý potvrdia zmluvné strany svojimi 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 uskutočňuje 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 uhrádza zdravotnú starostlivosť, ktorú poskytovateľ v Slovenskej republike poskytol poistencom členských štátov Európskej únie, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu, Švajčiarska alebo cudzincom zo štátov, s ktorými má Slovenská republika uzatvorené medzinárodné dohody o poskytnutí zdravotnej starostlivosti (ale len „poistenci EÚ“), v rozsahu a za podmienok uvedených príslušnými všeobecne záväznými právnymi predpismi alebo príslušnou medzinárodnou zmluvou a za rovnakých zmluvných podmienok ako zdravotnú starostlivosť poskytnutú poistencom; to neplatí, ak je v príslušnej prílohe zmluvy dohodnutý spôsob úhrady zdravotnej starostlivosti formou ceny kapitácie, v takomto prípade sa pri dodržaní všetkých ostatných podmienok zdravotná starostlivosť uhrádza 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 poisťovní. Údaje podľa tohto bodu zmluvy budú použité za účelom účelového, efektívneho a hospodárneho vynakladania finančných prostriedkov z verejného zdravotného poistenia.

## **Príloha 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 (ale len „uznaná zdravotná starostlivosť“) bližšie určenú v prílohe 2a (okrem gynekologickej špecializovanej ambulantnej starostlivosti, všeobecnej ambulantnej starostlivosti, lekárskej služby prvej pomoci, záchranej zdravotnej služby, výkonov asistovanej reprodukcie, zdravotných výkonov 9981, 9981a, 4070b, 4456), v prílohe 2b zmluvy, v prílohe 2c zmluvy, vrátane zdravotnej starostlivosti dohodnutej podľa § 8 ods. 3 vyhlášky MZ SR 412/2009 Z. z. v platnom znení, a uznaný špeciálny zdravotnícky materiál<sup>2</sup> (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 poisťovnícom zdravotnej poisťovne (okrem poisťovnícov EÚ) najviac do výšky celkovej mesačnej úhrady (ale 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 78 871,- eur.

5.3. V prípade, že v danom kalendárnom mesiaci poskytovateľ poskytne poisťovnícom 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 poisťovnícom 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 poisťovnícom 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 poisťovnícom 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 mesiacov po sebe nasledujúcich kalendárnych mesiacov z obdobia, počas ktorého bola v každom kalendárnom mesiaci výška globálneho rozpočtu rovnaká. Pre výlučenie 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.

5.6. Prvá veta bodu 5.5. zmluvy sa nepoužije, ak za sledované obdobie priemerný mesačný casemix index poskytovateľ a stúpnou o viac ako 5% v porovnaní s priemerným mesačným casemix indexom poskytovateľ a za bezprostredne predchádzajúci kalendárny rok. Casemix indexom poskytovateľ a rozumie podiel súčtu relatívnych váh všetkých hospitalizačných prípadov vykázaných do zdravotnej poisťovne a sú uznaných za príslušné obdobie a podľa to všetkých hospitalizačných prípadov vykázaných do zdravotnej poisťovne a sú uznaných za príslušné obdobie s tým, že vo vzťahu ku kalendárnemu roku 2016 sa casemix indexom poskytovateľ a rozumie casemix index, ktorý by poskytovateľ dosiahol, ak by zdravotná poisťovňa a 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:

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

- 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 oboch 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 nepoužívajú.

## **Článok VI**

### **Splätnosť úhrady zdravotnej starostlivosti a platobné podmienky**

6.1. Poskytovateľ zdravotnej poisťovni predkladá účtovný doklad – faktúru (ale 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 lenených druhov 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 I. 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 dávkové listy na dátových médiách (disketa, CD, USB kľúč) obsahujúce zoznam poskytnutých zdravotných výkonov, a to v platnom dátovom rozhraní určenom metodickým usmernením o spracovaní a vykazovaní zdravotných výkonov poskytovateľom zdravotnej starostlivosti elektronickou formou vydaným Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

Ak predmetom zmluvy podľa prílohy 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 splätnosti 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 zmysle poskytnutia zdravotnej starostlivosti poistencami zdravotnej poisťovne, alebo osobami, ktorým mohla byť poskytnutá zdravotná starostlivosť hradená zdravotnou poisťovňou. Zdravotná poisťovňa alej 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 protokolu<sup>3</sup> (ale 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 a protokol sporných dokladov zašle poskytovateľovi najneskôr do 25-tich dní odo dňa doručenia formálne správnej faktúry. Spolu s protokolom sporných dokladov zdravotná poisťovňa a zašle poskytovateľovi aj súhrnný prehľad výsledku spracovania zdravotných výkonov (ale len „lekársky protokol“) a zdravotnou poisťovňou vystavený opravný účtovný doklad (dobropis alebo archopis) 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

<sup>3</sup> Podľa Metodického usmernenia Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou 6/2013.

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 a uhraditeľ poskytovateľovi faktúru vo výške sumy určenej podľa lekárskeho protokolu, ak poskytovateľ vystaví zdravotnej poisťovni doručiteľný opravný útočný doklad (dobropis alebo archopis) na sumu vo výške rozdielu medzi ním fakturovanou sumou a sumou určenou zdravotnou poisťovňou podľa lekárskeho protokolu, alebo zdravotnej poisťovni doručiteľný peňažný a svojím podpisom potvrdený opravný útočný doklad vystavený a poskytovateľovi doručí ený zdravotnou poisťovňou podľa bodu 6.5. zmluvy. Doručenie formálne a vecne správneho opravného útočného dokladu zdravotnej poisťovni sa faktúra považuje za vecne správnu. Týmto nie je dotknuté právo poskytovateľa na postup podľa bodu 6.7. zmluvy.

6.7. Ak poskytovateľ napriek zaslanému opravnému útočnému dokladu podľa bodu 6.6. zmluvy nesúhlasí so skutkami uvedenými v protokole sporných dokladov, má právo ich reklamovať a písomne odôvodniť vykázané neuznané zdravotných výkonov zdravotnej poisťovni do 10-tich dní od doručenia lekárskeho protokolu. Zdravotná poisťovňa a zašle poskytovateľovi písomné stanovisko k podanej reklamácie do 10-tich dní od jej doručenia. Ak zdravotná poisťovňa akceptuje vykázané reklamovaných sporných zdravotných výkonov alebo ich čiastočne, 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 skutoknosti 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 reklamácie. Rozpor obidvoch zmluvných strán 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-tich dní od skončenia rokovania poskytovateľovi. V prípade, že výsledkom rokovania zmluvných strán bude akceptácia reklamovaných nehradených zdravotných výkonov alebo len ich čiastočne, poskytovateľ vystaví samostatnú faktúru na zdravotné výkony v rozsahu rokovanimi akceptovanej reklamácie nehradených zdravotných výkonov. Prílohou tejto faktúry je elektronicky spracovaná dávka na dátovom médiu podľa platných dátových rozhraní v rozsahu rokovanimi akceptovanej reklamácie. Faktúra je vystavená za obdobie, v ktorom bola poskytnutá reklamovaná zdravotná starostlivosť. Toto nemá vplyv na skutoknosti 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 doručenie formálne a vecne správneho opravného útočného dokladu. V prípade, že formálne a vecne správny opravný útočný doklad je doručení 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 útočný doklad je doručení 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 útočného 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 útočné doklady sa považujú za doručené do zdravotnej poisťovne, ak sú doručené priamo na adresu sídla zdravotnej poisťovne, uvedené neplatí v prípade doručenia 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 s 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.

## **Článok VII Kontrolná činnosť**

7.1. Zdravotná poisťovňa a vykonáva kontrolnú činnosť u poskytovateľa a 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 a je oprávnená vykonať kontrolnú činnosť (alebo len „kontrola“) u poskytovateľa a kedykoľvek aj bez predchádzajúceho oznámenia.

7.2. Zdravotná poisťovňa a 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 (alebo 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 ranných hodinách.



schválených ordinačných hodín, pokiaľ sa s poskytovateľom v jednotlivom prípade nedohodnú inak. Pokiaľ zdravotná poisťovňa vykonáva kontrolu bez predchádzajúceho oznámenia, kontrolu vykonáva v sase 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 súinnosť kontrolovaného poskytovateľa a jeho zamestnancov,
- d) vykonať kontrolu len za prítomnosti poskytovateľa alebo ním poverenej osoby,
- e) vyhotoví si výpisy, odpisy alebo kópie listín, dokladov a dokumentov súvisiacich s výkonom a predmetom kontroly, potrebné k preukázaniu 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 súinnosť pri výkone kontroly a zdržať sa konaní, ktoré by mohlo mať negatívny vplyv na 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; doručeníím 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 poštového 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 nespisuje.

7.10. Pokiaľ poskytovateľ odmietne podpísať zápisnicu k protokolu o kontrole, uvedie sa táto skutočnosť v zápisnici. Zápisnica k protokolu o kontrole sa doručuje štatutárnemu zástupcovi poskytovateľa osobne proti podpisu alebo doporučenou poštou alebo kuriérnou službou na adresu sídla poskytovateľa alebo prostredníctvom poštového 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 ošetrovanému uhradila (alebo len „neoprávnená úhrada“), poskytovateľ sa zaväzuje, že zdravotnej poisťovni vráti takúto neoprávnenú úhradu alebo jej náhradu 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 povinností 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 vyúťoveniu úhrady zdravotnej starostlivosti poskytovateľ a/alebo ďalším splatným vyúťoveniam úhrady zdravotnej starostlivosti poskytovateľ a.

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 (lánok VII zmluvy) zistí, že predpisujúci lekár poskytovateľ a pri predpise liekov, zdravotníckych pomôcok alebo dietetických potravín nedodržiava predpísané, indikované 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, zdravotnícku pomôcku 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 lekárske predpisy alebo lekárske poukazy. Zdravotná poisťovňa je oprávnená voči najbližšiemu splatnému vyúťoveniu úhrady zdravotnej starostlivosti poskytovateľovi a/alebo ďalšiemu splatnému vyúťoveniu úhrady zdravotnej starostlivosti poskytovateľ a jednostranne započíta 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 povinnosti.

8.11. Ak predpisujúci lekár poskytovateľ a 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 poskytovateľ a až do výšky 25 % ceny lieku, zdravotníckej pomôcky alebo dietetickej 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 rámci ich predpisovania rozhodnutím alebo všeobecne záväzným právnym predpisom príslušného orgánu.

8.12. Zdravotná poisťovňa si môže uplatniť u poskytovateľ a zmluvnú pokutu až do výšky 100 €, ak v rámci zaťaženia kontroly podľa článku VII zmluvy zdravotnou poisťovňou uhradené zdravotné výkony, lieky, zdravotnícku pomôcku, alebo dietetické potraviny boli v zdravotnej dokumentácii zaznamenané v rozpore s platnými všeobecne záväznými právnymi predpismi a/alebo v nedostatku rozsahu, najmä ak údaje v zdravotnej dokumentácii neposkytujú úplný, pravdivý a v plnom rozsahu údaje 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 súhlasu 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 vykázaných 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 zistenou na kontrolovaných vzorkách 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 (alež len „zásielka“), niektorým zo spôsobov:

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

Zásielka doručovaná podľa tohto bodu sa považuje za doručenie 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 a 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 sú aspoň nebolo vydané nové povolenie; ak poskytovateľ prevádzkuje zdravotnícke zariadenia na základe viacerých samostatných povolení a niektoré z nich (nie však všetky) bolo zrušené bez súhlasného 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. Vzájomne 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 svojim podpisom na poslednej strane zmluvy.

11.3. Neoddelite nou sú as ou zmluvy sú nasledovné prílohy:

- Príloha . 1 Dohodnutý rozsah poskytovanej zdravotnej starostlivosti
- Príloha . 2a Podmienky úhrady poskytnutej ambulantnej zdravotnej starostlivosti
- Príloha . 2b Podmienky úhrady poskytnutej ústavnej zdravotnej starostlivosti
- Príloha . 2c Podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti pod a klasifika ného systému diagnosticko-terapeutických skupín
- Príloha . 3 Zdravotnou pois ov ou schválené zdravotné výkony

11.4. Ak niektoré ustanovenia zmluvy nie sú celkom alebo s asti ú inné alebo neskôr stratia ú innos , nie je tým dotknutá platnos a ú innos ostatných ustanovení. Namiesto neplatných, prípadne neú inných ustanovení sa použije právna úprava, ktorá, pokia je to právne možné, sa o najviac približuje úmyslu a ú elu zmluvy, pokia pri uzatváraní zmluvy zmluvné strany brali túto otázku do úvahy.

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

11.6. Zmluvné strany sa dohodli, že ku d u nadobudnutia ú innosti zmluvy zanikajú všetky zmluvy, na základe ktorých poskytovate poskytoval zdravotnú starostlivos poisťencom zdravotnej pois ovne v rovnakom vecnom rozsahu aký je dohodnutý v zmluve.

Bratislava d a 31.3.2017

Banská Bystrica d a 28.3.2017

Union zdravotná pois ov a, a.s.

Detská fakultná nemocnica s poliklinikou Banská Bystrica

.....  
Ing. Elena Májeková  
riadiť ka sekcie zdravotného poistenia  
na základe plnej moci

.....  
Ing. Marianna Hoghová, riadiť ka

## Príloha . 1

## k zmluve o poskytovanie zdravotnej starostlivosti

## Dohodnutý rozsah poskytovanej zdravotnej starostlivosti

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

Názov poskytovateľa a zdravotnej starostlivosti: Detská fakultná nemocnica s poliklinikou Banská Bystrica

Identifikátor poskytovateľa a zdravotnej starostlivosti: N49813

Kód poskytovateľa a	Kód odbornosti útvaru*	Názov odbornosti útvaru	Druh odborného útvaru**
N49813007101	007	pediatria	1
N49813007103	007	pediatria	1
N49813107101	107	detská chirurgia	1
N49813199101	199	JIS pediatrika	1
N49813205102	205	dlhodobo chorých	1
N49813323101	323	pediatrická anestéziológia	1
N49813329101	329	pediatrická hematológia a onkológia	1
N49813329102	329	pediatrická hematológia a onkológia	1
N49813332101	332	pediatrická intenzívna medicína	1
N49813007201	007	pediatria	2
N49813017201	017	pediatrická gynekológia	2
N49813027201	027	fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia	2
N49813027202	027	fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia	2
N49813044201	044	foniatria	2
N49813104201	104	pediatrická neurológia	2
N49813105201	105	detská psychiatria	2
N49813107201	107	detská chirurgia	2
N49813108201	108	pediatrická ortopédia	2
N49813109201	109	pediatrická urológia	2
N49813114201	114	pediatrická otorinolaryngológia	2
N49813115201	115	detská stomatológia	2
N49813140201	140	pediatrická imunológia a alergiológia	2
N49813141201	141	klinická logopédia	2
N49813144201	144	klinická psychológia	2
N49813145201	145	pediatrická reumatológia	2
N49813153201	153	pediatrická endokrinológia a diabetológia, poruchy látkovej premeny a výživy	2
N49813153202	153	pediatrická endokrinológia a diabetológia, poruchy látkovej premeny a výživy	2
N49813154201	154	pediatrická gastroenterológia, hepatológia a výživa	2
N49813155201	155	pediatrická kardiológia	2
N49813156201	156	pediatrická pneumológia a ftizeológia	2
N49813163201	163	pediatrická nefrológia	2
N49813323201	323	pediatrická anestéziológia	2
N49813329201	329	pediatrická hematológia a onkológia	2
N49813329202	329	pediatrická hematológia a onkológia	2
N49813336201	336	pediatrická oftalmológia	2
N49813336202	336	pediatrická oftalmológia	2
N49813013401	013	úrazová chirurgia	4
N49813038401	038	plastická chirurgia	4
N49813107401	107	detská chirurgia	4
N49813108401	108	pediatrická ortopédia	4
N49813109401	109	pediatrická urológia	4

N49813114401	114	pediatrická otorinolaryngológia	4
N49813336401	336	pediatrická oftalmológia	4
N49813023501	023	rádiológia	5
N49813023502	023	rádiológia	5
N49813024501	024	klinická biochémia	5
N49813024502	024	klinická biochémia	5
N49813027501	027	fyziatria, balneológia a lie ebná rehabilitácia	5
N49813027502	027	fyziatria, balneológia a lie ebná rehabilitácia	5
N49813187501	187	funk ná diagnostika	5
N49813187502	187	funk ná diagnostika	5
N49813187503	187	funk ná diagnostika	5
N49813187504	187	funk ná diagnostika	5
N49813063601	063	nefrológia	6
N49813007801	007	pediatria	8
N49813107801	107	detská chirurgia	8

#### Vysvetlivky:

- \* kód odbornosti útvaru v tvare „spp“ z kódu poskytovate a (kód poskytovate a má tvar „p99999sppyz“),
- \*\* kód druhu odborného útvaru v tvare „y“ z kódu poskytovate a:
  - 1 – ústavná zdravotná starostlivosť
  - 2 – ambulancia
  - 3 – pracovisko
  - 4 – útvar jednotlivej zdravotnej starostlivosti
  - 5 – útvar spoločných vyšetrovacích a lie ebných zložiek
  - 6 – stacionár
  - 8 – ambulancia centrálného príjmu alebo ústavnej pohotovostnej služby

**Príloha . 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 . 776/2004 Z. z., ktorým sa vydáva Katalóg zdravotných výkonov v znení neskorších predpisov sa ohodnocujú po tom bodov pod a „Zoznamu zdravotných výkonov a ich bodových hodnôt“ ( alej len „zoznam výkonov“), ktorý tvorí prílohu nariadenia vlády SR . 226/2005 Z.z. o výške úhrady za zdravotnú starostlivosť , ktorú uhrádza zdravotná poisťovňa a poskytovateľovi lekárskej služby prvej pomoci,

b) rozsah úhrady, ktorý uhradí zdravotná poisťovňa a poskytovateľovi predstavuje súčin bodov za zdravotný výkon pod a písmena a) tohto bodu a dohodnutej ceny bodu uvedenej v bodoch 3 až 6 tejto 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 a uhradí poskytovateľovi len s jej predchádzajúcim písomným súhlasom a to najviac vo výške preukázateľných nákladov spojených s jeho poskytnutím,

d) do rozsahu pod a písmena b) a c) tohto bodu sa nezapočítavajú náklady na lieky plne alebo čiastočne neuhradzované na základe verejného zdravotného poistenia zaradené do Zoznamu kategorizovaných liekov, označené v stupni „spôsob úhrady“ písmenami „A“ a „AS“ (Na základe zákona . 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 ( alej len „ŠAS“) uvádza kódy chorôb pod a 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 ( alej len „ŠAS“) pod a tejto 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 centrálného príjmu.

5. Osobitne sa cenou bodu vo výške **0,0073 €** uhrádzajú výkony spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek ( alej 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 €**.

**II. Špecializovaná ambulantná starostlivosť – v kategórii zubný lekár**

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

1. Zdravotné výkony poskytovanej zdravotnej starostlivosti sa uhrádzajú takto:

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

b) finančný rozsah úhrady ( alej len „výška úhrady“), ktorý uhradí zdravotná poisťovňa a poskytovateľovi, predstavuje súčin bodov za zdravotný výkon pod a písm. a) tohto bodu a dohodnutej ceny bodu uvedenej v bode 3 tejto prílohy za všetky medicínsky indikované, zdravotnej poisťovni vykázané a zdravotnou poisťovňou uznané zdravotné výkony,

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

d) do výšky úhrady zdravotných výkonov pod a písm. b) a c) tohto bodu sa nezapočítavajú:

da) náklady na lieky plne alebo čiastočne neuhradzované na základe verejného zdravotného poistenia zaradené v Zozname kategorizovaných liekov, označené v stupni „spôsob úhrady“ písmenami „A“ a „AS“,

db) náklady na zdravotnícke pomôcky skupiny „Z“ uvedené v Zozname zdravotníckych pomôcok na mieru; ktorý vydáva Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky opatrením.

2. Poskytovate pri vykazovaní úhrady špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti v špecializa nom odbore stomatológia / zubné lekárstvo ( alej len „ŠAS“) uvádza kódy chorôb pod a medzinárodnej klasifikácie chorôb v platnom znení v troj až pä miestnom tvare bez použitia bodky alebo iného interpunk ného znamienka; v tejto prílohe je kód choroby uvedený v tvare uvedenom v zozname chorôb pod a medzinárodnej klasifikácie chorôb v platnom znení ( alej len „kód choroby“).

3. Zdravotné výkony ŠAS vrátane výkonov preventívnych prehliadok pod a bodu 4 tejto prílohy, s výnimkou úhrady materiálu pri výkone RTG snímok pod a bodu 5 tejto prílohy, sa uhrádzajú cenou bodu vo výške **0,0792 €**; pre náro nos ošetrovania poistencov s vrodenou vývojovou chybou e ustí a tváre sa výška úhrady zdravotného výkonu O06 do dosiahnutia šiesteho roku veku a výška úhrady zdravotných výkonov O21 až O37 bez obmedzenia veku násobí koeficientom **H 1,3**.

4. Zdravotné výkony preventívnych prehliadok D01, D02, D02a, D05 a D06 sa vykazujú s kódom choroby Z01.2.

5. Osobitne sa uhrádza materiál pri výkone RTG\*/ snímok pod a tejto tabu ky:

Spôsob úhrady	Špecifikácia podmienok úhrady / vykazovanie	Výška úhrady v €	Dohodnutý rozsah úhrady
pevná cena	materiál RTG snímky k výkonu D 52 pod kódom RTGIO	<b>0,27</b>	uhrádza sa za každú správne vykázanú a uznanú RTG snímku
pevná cena	materiál RTG snímky k výkonu D 54 pod kódom OPG	<b>0,50</b>	

Vysvetlivky: \*/Môže vykazova stomatológ a e ustný ortopéd s oprávnením na používanie zdrojov ionizujúceho žiarenia pri lekárskom ožiareni

### III. Zariadenia spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek

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

2. Zdravotný výkon, ktorý nie je uvedený v Zozname výkonov (nemá určenú bodovú hodnotu) zdravotná poisťovňa a 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 a poskytovateľovi poskytujúcemu zdravotnú starostlivosť v zariadení spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek ( alej len „SVLZ“), s výnimkou špecializačných odborov uvedených pod písm. A), B) alebo C) tejto prílohy, predstavuje súčin bodov za zdravotný výkon pod a 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 nezapoítavajú 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“<sup>1</sup>, 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 pod a medzinárodnej klasifikácie chorôb v platnom znení v troj až pä miestnom tvare bez použitia bodky alebo iného interpunk ného znamienka; v tejto prílohy sú kódy chorôb uvedené v tvare pod a medzinárodnej klasifikácie chorôb v platnom znení ( alej 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 pod a Zoznamu výkonov vykazuje pri rešpektovaní podmienok uvedených v dokumente „**Usmernenie k vykazovaniu laboratórných výkonov**“,
- pri vyšetrení onkomarkerov vykazuje len laboratórne zdravotné výkony, ktoré boli indikované za podmienok uvedených v dokumente „**Onkomarkery**“.

<sup>1</sup> Zákon . 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.



2. Dokumenty pod a predchádzajúceho bodu sú zverejnené na webovom sídle zdravotnej poisovne www.union.sk. Zmluvné strany vyhlasujú, že im ich obsah je známy v sase uzavretia zmluvy alebo dodatku, ktorej sú sasu táto príloha je. V prípade zmeny ktoréhoko vek z dokumentov uvedených v predchádzajúcom bode zdravotná poisov a informuje poskytovate a najneskôr 21 dní pred plánovaným d om ú innosťou takejto zmeny.

3. Finan ný rozsah, ktorý uhradí zdravotná poisov a poskytovate ovi poskytujúcemu zdravotnú starostlivos v zariadení SVLZ v špecializa ných odboroch laboratórnej medicíny, predstavuje sú in po tu bodov za zdravotný výkon pod a Zoznamu výkonov a ceny bodu vo výške v rozmedzí **0,0047 € do 0,0062 €** za všetky medicínsky indikované, zdravotnej poisovni správne vykázané a zdravotnou poisov ou uznané zdravotné výkony; výška ceny bodu závisí od splnenia motiva ných kritérií uvedených nižšie:

J) základná cena bodu **0,0047 €** (podmienkou je interný a externý systém kontroly kvality a zabezpe enie prepravy biologického materiálu) sa navýši o **0,0005 €** za splnenia každého z nasledovných motiva ných kritérií ( alej aj „MK“)

Motiva né kritérium	Zmluvná cena bodu v € na základe splnenia MK
ordina né hodiny - nepretržitá prevádzka a/alebo vykonávanie manuálne náro ných zdravotných výkonov	0,0057
laboratórny informa ný systém	
akreditácia	

4. Poskytovate poskytujúci zdravotnú starostlivos v zariadení SVLZ v špecializa nom odbore patologická anatómia vykazuje zdravotné výkony súvisiace s cytologickým vyšetrením cervikálneho steru výlu ne kódmi a za podmienok uvedených v tabu ke tohto bodu:

Kód výkonu	Názov výkonu	Po et bodov	Podmienky vykazovania
9980	Skríningové cytologické vyšetrenie steru z kr ka maternice realizované konven nou metódou.	1 000	Vykazuje 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 vykaza maximálne jedenkrát za dvanás mesiacov na jedno rodné íslo
9980a	Cytologické vyšetrenie steru z kr ka maternice realizované konven nou metódou /vek poistenky do 23 rokov a nad 64 rokov/	1 000	Vykazuje sa s kódmi choroby Z01.4, Z12.4, N72, N86, N87.0, N87.1,N87.2, N87.9, N88.8, 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 vykaza maximálne dvakrát za dvanás mesiacov na jedno rodné íslo
9980b	Cytologické vyšetrenie steru z kr ka maternice realizované konven nou metódou /kontrolné cytologické vyšetrenie/	1 000	Vykazuje 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 vykaza maximálne dvakrát za dvanás mesiacov na jedno rodné íslo

#### Poznámka:

Kódy choroby sú priradené ku kódu výkonu pod a 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).

Vykazovaná je kone ná diagnóza, ktorú stanoví lekár so špecializáciou v špecializa nom odbore patologická anatómia.

U poistenky, u ktorej bol cytologický nález vyhodnotený ako ASCUS, ASC-H a LSIL, je možné s výkonom 9952 vykaza výkon 4956, ktorým sa v tomto prípade vykazuje detekcia expresie markerov p16INK4a a Ki67, v maximálnom po te 2x na jednu poistenku. Výkon 4956 sa vykazuje 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 poisov a vyhlasuje, že revízny lekár zdravotnej poisovne udelil predchádzajúci súhlas pod a § 42 ods. 5 a 6 zákona . 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 poskytovate nebude za zdravotnú starostlivos vo forme týchto výkonov požadova úhradu od poistenca, ktorému bol výkon poskytnutý. Poskytovate berie na vedomie, že tento súhlas revízneho lekára zdravotnej poisovne

a) je ú inný od nadobudnutia ú innosti zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti uzatvorenej medzi zdravotnou poisov ou a poskytovate om a platí po dobu jej platnosti, pokia nebol zdravotnou poisov ou odvolaný pod a

písm. b) tohto bodu

- b) môže byť kedykoľvek, aj pred uplynutím doby uvedenej v písm. a), odvolaný na základe písomného odvolania súhlasu revízného lekára zdravotnej poisťovne; odvolanie súhlasu nadobudne účinnosť ku dňu uvedenému v odvolaní súhlasu, a
- c) nevzahuje 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 a poskytovateľovi poskytovateľovi 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 vykázané a zdravotnou poisťovňou uznané zdravotné výkony. Výška ceny bodu závisí od technických parametrov prístrojového vybavenia pracoviska a od splnenia kritérií uvedených v tabuľke tohto bodu:

Zobrazovacia modalita	Kritérium	Cenové úrovne podľa splnenia kritérií v €	Zmluvná cena bodu v €
osteodenzitometria	-	0,005500	x
konvenčné rtg	-	0,008000	0,008000
ultrasonografia	-	0,007303	x
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	x
	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 - kbov	0,003900	x
	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 (alebo 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 (alebo len „Zoznam ŠZM“) a preskripciou obmedzením viazaných na špecializačný odbor rádiológia, zdravotná poisťovňa uhradí tento ŠZM ako prílohu k položke 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 súasnom 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 prílohu k položke 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.

3. Poskytovateľovi poskytovateľovi 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 podľa ovej tomografie a/alebo magnetickej rezonancie je zahrnutá aj úhrada zdravotnej poisovne za výkon aplikovania kontrastnej látky k príslušnému výkonu podľa ovej tomografie a/alebo magnetickej rezonancie.

### C) Fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia

1. Finančný rozsah, ktorý uhradí zdravotná poisovňa a poskytovateľ poskytnutému zdravotnú starostlivosť v zariadení SVLZ v špecializačných odboroch fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia a fyzioterapia predstavuje súčet 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 poisovni správne vykázané a zdravotnou poisovňou uznané.

2. Finančný rozsah, ktorý uhradí zdravotná poisovňa a poskytovateľ poskytnutému zdravotnú starostlivosť v zariadení SVLZ v špecializačných odboroch fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia a fyzioterapia predstavuje súčet 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 poisovni správne vykázané a zdravotnou poisovňou uznané.

### IV. Dialyzačné stredisko (mimotelová eliminácia liečiva)

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 cenou výkonu nasledovne:

Kódy výkonov mimotelovej eliminácie liečiva	Výška úhrady v €
790	7,74
790a	7,74
791	4,95
794	156,00
794f	61,00
794g	59,00
794h	810,00
794i	810,00
794j	810,00
794k	440,00
794l	164,00
794m	61,00
794n	53,00
794p	64,00
794r	164,00

2. V cene výkonu mimotelovej eliminácie liečiva sú zahrnuté všetky náklady spojené s poskytnutím výkonu, vrátane poskytnutých liekov, zdravotníckych pomôcok a zdravotníckeho materiálu, s výnimkou liekov zaradených v Zozname kategorizovaných liekov, označených v stupni „spôsob úhrady“ písmenom „A“. Zdravotná poisovňa a cenu poskytnutého lieku zaradeného v Zozname kategorizovaných liekov uhradí poskytovateľ vo výške ceny lieku, uvedenej v tomto zozname, v stupni označenom „UZP“ (maximálna výška úhrady zdravotnej poisovne za liek). V prípade podania len časti balenia lieku sa cena lieku určuje ako súčet cien celého balenia lieku a podaných kusov lieku a podielu celkového počtu kusov lieku v balení.

3. Zdravotná poisovňa uhradí poskytovateľovi každý medicínsky indikovaný, poskytovateľom správne vykázaný a zdravotnou poisovňou uznaný zdravotný výkon.

### V. Priamo hradené výkony

1. Finančná úhrada za každý medicínsky indikovaný, poskytovateľom správne vykázaný a zdravotnou poisovňou 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 €
9981	Skríning dedičných metabolických porúch	Z13.8	051,062	jedenkrát za život v prvom roku života	- realizácia a vykazovanie výkonu v súlade s usmernením MZ SR . 49988-2012-OZS zo dňa 16.11.2012, - výkon sa vykonáva na pracovisku klinickej biochémie - <b>predchádzajúci písomný súhlas revízneho lekára</b> Union zdravotnej poisťovne, a.s., podľa §42 ods. 5 zákona . 577/2004 Z.z. v znení neskorších predpisov, - poskytovateľ nebude túto zdravotnú starostlivosť u túto poisťovňu, ktorému bol výkon poskytnutý	12
9981a	Reskríning dedičných metabolických porúch	Z13.8	051,062		- realizácia a vykazovanie výkonu v súlade s článkom 6 Odborného usmernenia MZ SR . 49988-2012-OZS zo dňa 16.11.2012, - <b>predchádzajúci písomný súhlas revízneho lekára</b> Union zdravotnej poisťovne, a.s. podľa §42 ods. 5 zákona . 577/2004 Z.z. v znení neskorších predpisov	12

1. Zdravotná poisťovňa vyhlasuje, že revízny lekár zdravotnej poisťovne udelil predchádzajúci súhlas podľa § 42 ods. 5 a 6 zákona . 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 schváleniu zdravotnej poisťovne na základe žiadosti.

**Príloha . 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 ústavnej prílohy . 2c zmluvy a s výnimkou osobitne hradených výkonov uvedených v tejto prílohe, uhrádza nasledovne:

**cenou za ukončenú hospitalizáciu**

<b>kód -</b>	<b>odbornosť</b>	<b>výška úhrady v €</b>	<b>Podmienky úhrady za hospitalizáciu poistenca</b>
007-101	Pediatrica	<b>1.050</b>	
007-103	Cystická fibróza	<b>1.782</b>	hospitalizovaný poistenec s chorobou Cystická fibróza (E840 až, E849) a Stav po transplantácii pľúc (Z942) podľa MKCH-10-SK-2013
107	Detská chirurgia	<b>913</b>	
329-101	Pediatrická hematológia a onkológia 1	<b>2.781</b>	hospitalizovaný poistenec s onkologickou chorobou podľa MKCH-10-SK-2013, ktorému je súčasne poskytovaná cytostatická alebo rádioterapeutická liečba alebo z dôvodu závažnej komplikácie onkologickej liečby bližšie špecifikovanej príslušnou diagnózou podľa MKCH-10-SK-2013; ostatné hospitalizácie sa vykazujú pod kódom oddelenia 329-102
329-102	Pediatrická hematológia a onkológia 2	<b>1.050</b>	
323	Pediatrická anestéziológia	<b>7.701</b>	Hospitalizácia poistenca, ktorého zdravotný stav vyžadoval nepretržitú intenzívnu starostlivosť najvyššieho alebo vyššieho stupňa a pri zlyhaní alebo zlyhávaní 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 počas anestézie. Pri posudzovaní odôvodnenosti hospitalizácie poistenca bude poisťovňa a ako pomocné kritérium uplatňovať TISS skórovací systém (Therapeutic Intervention Scoring System).
332	Pediatrická intenzívna medicína	<b>2.634</b>	Hospitalizácia poistenca, ktorého zdravotný stav vyžadoval nepretržitú intenzívnu starostlivosť stredného alebo vyššieho stupňa a pri hrozacej poruche jednej alebo viacerých životných funkcií a orgánových systémov počas najmenej 24 hodín hospitalizácie na oddelení, nepretržité monitorovanie najmenej dvoch životných funkcií, vnútrožilovú infúziu liečbu, nepretržité sledovanie zdravotného stavu poistenca. Pri posudzovaní odôvodnenosti hospitalizácie poistenca bude poisťovňa a ako pomocné kritérium uplatňovať TISS skórovací systém.(Therapeutic Intervention Scoring System)
205	Dlhodobá choroba	<b>805</b>	hospitalizácia trvá minimálne 21 dní

**cenou mesa ného paušálu za hospitalizáciu dlhodobu ventilovaného poistenca**

kód - odbornosť	výška úhrady v €	Podmienky úhrady za hospitalizáciu poistenca
199 Oddelenie dlhodobu ventilovaných	1.500	vyžaduje sa predchádzajúci písomný súhlas zdravotnej poisovne

- Na účely tejto prílohy sa za ukonenie hospitalizácie považuje pobyt poistenca na lôžku u poskytovateľa v trvaní dlhšom ako 24 hodín.
- Za ukonenie hospitalizácie sa považuje aj pobyt poistenca na lôžku oddelenia:
  - anestéziológie a intenzívnej medicíny v trvaní kratšom ako 24 hodín (ak alej nie je uvedené inak)
  - gynekológie a pôrodnictva v trvaní kratšom ako 24 hodín, ak rodička svojvoľne opustila v de 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 ukonenia kalendárneho mesiaca a zdravotná poisovňa ho poskytovateľovi uhradí vo výške 50 % z ceny za ukonenie hospitalizácie na príslušnom oddelení.

Pobyt poistenca zdravotnej poisovne na lôžku v trvaní kratšom ako 24 hodín, ktorý nespĺňa podmienky uvedené v písmenách a) až c) tohto bodu poskytovateľ zdravotnej poisovni vykazuje a účtuje ako výkony špecializovanej ambulantnej starostlivosti.
- Cena za ukonenie hospitalizácie zahŕňa a všetky náklady, ktoré súvisia s poskytnutím zdravotnej starostlivosti hospitalizovanému poistencovi poisovne u poskytovateľa a 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 náročné zdravotnej starostlivosti uvedené alej 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.
- Cenou mesa ného paušálu sa uhrádza hospitalizácia dlhodobu hospitalizovaného poistenca. Dlhodobu hospitalizovaný poistenec je poistenec, ktorý je súvisle hospitalizovaný u poskytovateľa a v minimálnom trvaní šesť týždňov (alej len „dlhodobá hospitalizácia“) a počas ktorých je poistencom zdravotnej poisovne. Do trvania dlhodobej hospitalizácie sa nezapočítava de prijatia poistenca do dlhodobej hospitalizácie.
- Cena mesa ného paušálu zahŕňa a všetky náklady, ktoré súvisia s poskytnutím zdravotnej starostlivosti dlhodobu hospitalizovanému poistencovi poisovni poskytovateľovi a. Úhrada cenou mesa ného paušálu za dlhodobú hospitalizáciu poistenca sa zaína za kalendárny mesiac, v ktorom uplynulo prvých šesť týždňov dlhodobej hospitalizácie poistenca, poskytovateľ teda prvý raz fakturuje zdravotnú starostlivosť poskytnutú dlhodobu hospitalizovanému poistencovi po ukonení celého kalendárneho mesiaca, v ktorom uplynulo prvých šesť týždňov dlhodobej hospitalizácie. alej sa dlhodobá hospitalizácia uhrádza cenou mesa ného paušálu za každý kalendárny mesiac, v ktorom dlhodobá hospitalizácia pokračovala. Poskytovateľ zdravotnú starostlivosť poskytnutú dlhodobu hospitalizovanému poistencovi zdravotnej poisovni vykazuje samostatnou dávkou a fakturuje samostatnou faktúrou.
- Poskytovateľ môže zdravotnej poisovni samostatnou faktúrou vykáza mimoriadne finančne náročné zdravotné starostlivosť, ak liečba predstavuje jedinou terapeutickú alternatívu a náklady poskytovateľ a na lieky a zdravotnícke pomôcky, ktoré sú zahrnuté do úhrady hospitalizácie, presiahnu dvojnásobok sú tu ceny ukonenej hospitalizácie (uvedenej v bode 1 časti I tejto prílohy) a príplatku k ukonenej hospitalizácii (príplatek sa berie do úvahy vo výške uvedenej v tejto časti tejto prílohy), ak má poskytovateľ na tento príplatek nárok). Poskytovateľ po ukonení hospitalizácie predloží zdravotnej poisovni na schválenie individuálnu kalkuláciu ekonomicky oprávnených a preukázateľných nákladov na lieky a zdravotnícke pomôcky spoločne s kópiami ich nadobúdacích dokladov od dodávateľa a zdravotníckych pomôcok. Zdravotná poisovňa uhradí poskytovateľovi mimoriadne finančne náročné zdravotné starostlivosť vo výške schválenej revíznym lekárom zdravotnej poisovne ako prílohu k položke k ukonenej hospitalizácii.
- Zdravotná poisovňa a pri preklade jej poistenca z jedného oddelenia na druhé oddelenie poskytovateľ a uhradí zmluvne dohodnutú cenu za ukonenie hospitalizácie na každom oddelení len v medicínsky odôvodnených prípadoch; pri preklade sa de ukonenia hospitalizácie na jednom oddelení rovná d u za iatku hospitalizácie poistenca na ďalšom oddelení poskytovateľ a zdravotnej starostlivosti. V prípade, že je poistenec počas jedného pobytu u poskytovateľa a zdravotnej starostlivosti viackrát hospitalizovaný na oddelení v tom istom špecializačnom odbore, zdravotná poisovňa a uhradí zmluvne dohodnutú cenu za ukonenie hospitalizáciu na oddelení v príslušnom špecializačnom odbore len raz.
- Poskytovateľ je oprávnený odmietnu poistencovi zdravotnej poisovne poskytnutie ústavnej zdravotnej starostlivosti iba v prípade, ak zdravotný stav poistenca nevyžaduje nepretržité poskytovanie zdravotnej starostlivosti dlhšie ako 24 hodín.
- 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 vyšetrení a liečebných zložiek v tom istom špecializačnom odbore, ako je špecializačný odbor oddelenia, na ktorom je poistenec hospitalizovaný a výkony funkčnej diagnostiky príslušajúce odbornosti lôžkového oddelenia.
- Ak je poistenec hospitalizovaný za účelom plánovaného poskytnutia operačného výkonu a tento nie je z akýchkoľvek dôvodov vykonaný, zdravotná poisovňa a neuhradí cenu ukonenej hospitalizácie. Poskytovateľ je oprávnený vykáza v dávke ambulantnej starostlivosti rovnakej odbornosti poskytnutie výkonu s kódom 60a.
- Ak hospitalizácia poistenca na oddelení dlhodobu chorých trvá kratšie ako 21 dní, takýto prípad poskytovateľ vykazuje samostatnou dávkou a fakturuje samostatnou faktúrou označenou textom „Osobitná úhrada 50“. Zdravotná poisovňa a túto poskytnutú zdravotnú starostlivosť uhradí vo výške 50 % z ceny za ukonenie hospitalizáciu na príslušnom oddelení.

13. 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 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 prílohy.
14. Zdravotná poisťovňa uhradí poskytovateľovi hospitalizáciu na lôžku oddelenia anestéziológie a intenzívnej medicíny v prípade pobytu poistenca na lôžku supľujúceho starostlivosť jednotky intenzívnej starostlivosti vo výške 6% z ceny na oddelení anestéziológie a intenzívnej medicíny. Takéto prípady poskytovateľ vykazuje samostatnou dávkou, ku ktorej pripája zoznam poistencov, ktorým bola poskytnutá zdravotná starostlivosť vrátane ich rodných čísel a fakturuje ich samostatnou faktúrou označenou textom „Osobitná úhrada OAIM“.
15. Zdravotná poisťovňa a 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 prípojitými položkami v dávkach ambulantnej starostlivosti.
16. Zdravotná poisťovňa uhradí poskytovateľovi zdravotnú starostlivosť vo výške 60 % z ceny za ukončenú hospitalizáciu na príslušnom oddelení, ak je poistenec hospitalizovaný za účelom:
  - a) poskytnutia predoperačnej a/alebo pooperačnej ústavnej zdravotnej starostlivosti súvisiacej s operatívnym výkonom poskytovaným iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, alebo
  - b) poskytnutia operatívneho výkonu a ak s ním súvisiaca predoperačná a/alebo pooperačná ústavná zdravotná starostlivosť je poskytovaná iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti;
 takéto prípady poskytovateľ vykazuje samostatnou dávkou a fakturuje samostatnou faktúrou označenou textom „Osobitná úhrada 60“. V prípade, že je poistencovi počas jedného pobytu u poskytovateľa poskytovaná predoperačná a pooperačná ústavná zdravotná starostlivosť na oddelení v tom istom špecializačnom odbore, zdravotná poisťovňa uhradí prípad podľa písm. a) len raz.

## II. Úhrada špeciálnych zdravotníckych materiálov v rámci ústavnej zdravotnej starostlivosti

1. V prípade, že poskytovateľ pri poskytovaní ústavnej zdravotnej starostlivosti, s výnimkou ústavnej zdravotnej starostlivosti hradenej podľa inej prílohy č. 2c zmluvy, použije špeciálny zdravotnícky materiál (alebo aj ako „SZM“) 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 (alebo aj ako „Zoznam SZM“), odôvodňuje použitie SZM písomne v zdravotnej dokumentácii poistenca a SZM, ktoré:
  - a) vyžadujú súhlas zdravotnej poisťovne, poskytovateľ vykazuje samostatnou faktúrou za všetkých jej poistencov, u ktorých boli SZM v príslušnom zúčtovacom období použité; povinnou prílohou faktúry sú kópie nadobúdacích dokladov schválených SZM a kópie lekárskej prepúšťacej 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 inej prílohy č. 2c zmluvy, použije SZM uvedený v Zozname SZM, zdravotná poisťovňa uhradí tento SZM ako prípojitú položku k úhrade hospitalizácie do výšky obstarávacej ceny SZM, najviac však do výšky príslušnej maximálnej úhrady zdravotnej poisťovne za SZM uvedenej v Zozname špeciálneho zdravotníckeho materiálu zverejneného na webovom sídle zdravotnej poisťovne pri sústom dodržaní všetkých ostatných príslušných podmienok úhrady SZM, ak nie je dojednané inak. Ak je obstarávacia cena SZM vyššia ako maximálna úhrada zdravotnej poisťovne za SZM ako prípojitú položku uvedenú v Zozname špeciálneho zdravotníckeho materiálu zverejneného na webovom sídle zdravotnej poisťovne, je tento rozdiel zahrnutý do úhrady hospitalizácie, v súvislosti s ktorou bol SZM použitý. Týmto bodom nie je dotknutá výška doplatku poistenca na úhradu SZM.
3. Ak je podľa platného Zoznamu SZM podmienkou úhrady zdravotníckej pomôcky aj predchádzajúci súhlas zdravotnej poisťovne, zdravotná poisťovňa a o udelení tohto súhlasu rozhoduje na základe predchádzajúcej písomnej žiadosti poskytovateľa a zdravotnej starostlivosti o úhradu zdravotníckej pomôcky pre konkrétneho poistenca, pokiaľ alej 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 jednotkovej zdravotnej starostlivosti

### A) Osobitne hradené výkony a výkony jednotkovej zdravotnej starostlivosti

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

Kód výkonu	Názov výkonu	Povolená odbornosť	Výška úhrady OHV v €	Výška úhrady JZS v €	Podmienky vykazovania
1390	operácia sivého zákalu s implantáciou umelej	015,215	386	367	vysvetlivka 1

	vnútroo nej šošovky				
1391	sekundárna implantácia intraokulárnej šošovky do prednej o nej 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 vnútroo nej šošovky	015,215	307	292	
1395	primárna implantácia umelej vnútroo nej šošovky zo zdravotných dôvodov (Implantácia fakickej vnútroo nej 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	predchádzajúci súhlas ZP
8701k	plastické operácie na mihalniciach (ektropium, entropium, blefarochalázia) zo zdravotných dôvodov (na oboch mihalniciach)	015,038,215,336	300	285	predchádzajúci súhlas ZP
8702	operácia nystagmu (jedno oko)	015,215,336	250	238	
8702k	operácia nystagmu (obe o i))	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 o i)	015,215,336	400	380	vysvetlivka 2
8705	fotodynamická terapia sietnice	015,215,336	310	295	
8706a	operácia glaukómu filtra ná	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 o i)	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 o i)	015,215,336	441	419	
8712r	operácie slzného vaku (jedno oko)	015,215,336	220	209	
8713	zavedenie trvalej alebo do asnej sondy do slzných ciest (operácie slzných ciest)	015,215,336	166	158	
8714	tarzorafia (jedno oko)	015,215,336	274	260	
8714k	tarzorafia (obe o i)	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 vo ným 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 distálnych prstencov - vrátane nákladov za prstence	015,215,336	1 495	1420	
8721	transpupilárna termoterapia nádorov sietnice a cievy	015,215,336	260	247	
8722	explantácia a reimplantácia umelej vnútroo nej 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 vnútroo nej šošovky	015,215,336	780	741	
8731	primárne ošetrovanie hlbokéj rany rohovky alebo sklery alebo mihalníc	015,215,336	190	181	
8732	primárne ošetrovanie penetrujúcej rany rohovky alebo sklery bez poranenia šošovky a bez vnútroo ného cudzieho telesa	015,215,336	345	328	
8733	primárne ošetrovanie penetrujúcej rany rohovky alebo sklery s poraním šošovky a bez vnútroo ného cudzieho telesa	015,215,336	375	356	
8734	primárne ošetrovanie penetrujúcej rany rohovky alebo sklery bez poranenia šošovky s vnútroo ným cudzím telesom	015,215,336	345	328	



<b>8735</b>	primárne ošetrovanie penetrujúcej rany rohovky alebo sklery s poranením šošovky s vnútorným cudzím telesom	015,215,336	<b>375</b>	<b>356</b>	
<b>8750k</b>	operácia sivého zákalu v kombinácii s iným súvisiacim výkonom v odbornosti	015,215,336	<b>550</b>	<b>523</b>	
<b>8501a</b>	operácia prietrží bez použitia sieky	010,038,107,222,319	<b>395</b>	<b>375</b>	
<b>8501b</b>	operácia jednoduchých prietrží s použitím sieky	010,038,107,222,319	<b>490</b>	<b>466</b>	
<b>8501c</b>	laparoskopická operácia jednoduchých prietrží	010,107,222,319	<b>520</b>	<b>494</b>	
<b>8502</b>	transrektálna polypektómia	010,107,222,319	<b>480</b>	<b>456</b>	
<b>8506</b>	artroskopická operácia subakromiálneho impingement syndrómu	011,013,206	<b>550</b>	<b>523</b>	
<b>8507</b>	operácia pouřazovej paraatikulárnej burzitídy vo všetkých lokalizáciách	011,013,108,206	<b>350</b>	<b>333</b>	
<b>8508</b>	operačná mobilizácia kontraktúry stuhnutej kľučnice	011,013,108,206	<b>450</b>	<b>428</b>	
<b>8509</b>	operačná dynamizácia vnútorných kľučnic	011,013,108,206	<b>365</b>	<b>347</b>	
<b>8510</b>	operačná repozícia jednoduchých zlomenín v celkovej anestézii	010,011,013,107,108,206,114	<b>395</b>	<b>375</b>	
<b>8511</b>	operačné riešenie pollex saltans	011,038,108,206	<b>340</b>	<b>323</b>	
<b>8512</b>	operačné riešenie fractúry metacarpi	011,013,038,108,206	<b>373</b>	<b>354</b>	
<b>8513</b>	operačné riešenie epicondylitis radialis	011,013,108,206	<b>299</b>	<b>284</b>	
<b>8514</b>	operačné riešenie epicondylitis ulnaris	011,013,108,206	<b>299</b>	<b>284</b>	
<b>8516</b>	operačné riešenie fractúry capituli radii	011,013,108,206	<b>373</b>	<b>354</b>	
<b>8517</b>	operačné riešenie synovitis cubiti	011,013,108,206	<b>357</b>	<b>339</b>	
<b>8518</b>	operačné riešenie luxatio acromioclavicularis	011,013,108,206	<b>446</b>	<b>424</b>	
<b>8519</b>	operačné riešenie fractura claviculae	011,013,108,206	<b>446</b>	<b>424</b>	
<b>8520</b>	operačné riešenie abruptio tuberculi majoris et minoris humeri	011,013,108,206	<b>446</b>	<b>424</b>	
<b>8521</b>	operačné riešenie decompressio subacromialis	011,013,108,206	<b>446</b>	<b>424</b>	
<b>8522</b>	operačné riešenie instabilitas glenohumeralis	011,013,108,206	<b>446</b>	<b>424</b>	
<b>8523</b>	operačné riešenie ruptúry rotátorovej manžety	011,013,108,206	<b>446</b>	<b>424</b>	
<b>8524</b>	operačné riešenie SLAP - lezieň (poškodenie labrum glenoidale)	011,013,108,206	<b>400</b>	<b>380</b>	
<b>8525</b>	operačné riešenie hallux valgus	010,011,013,107,108,206	<b>400</b>	<b>380</b>	
<b>8527</b>	operačné riešenie digitus hamatus	010,011,013,107,108,206	<b>400</b>	<b>380</b>	
<b>8528</b>	operačné riešenie digitus malleus	010,011,013,107,108,206	<b>400</b>	<b>380</b>	
<b>8529</b>	operačné riešenie digitus supraductus	010,011,013,107,108,206	<b>400</b>	<b>380</b>	
<b>8530</b>	operačné riešenie metatarsus I. varus	010,011,013,107,108,206	<b>380</b>	<b>361</b>	
<b>8531</b>	operačné riešenie morbus Laderhose	010,011,013,107,108,206	<b>400</b>	<b>380</b>	
<b>8532</b>	operačné riešenie neuralgie Mortoní	010,011,013,107,108,206	<b>350</b>	<b>333</b>	
<b>8533a</b>	artroskopické výkony v lakťovom zhybe s použitím kľučnicových a šaferových sond	010,011,013,107,108,206	<b>1 020</b>	<b>969</b>	
<b>8533b</b>	artroskopické výkony v lakťovom zhybe s použitím kľučnicových a šaferových sond a fixačného materiálu	010,011,013,107,108,206	<b>1 234</b>	<b>1172</b>	
<b>8534a</b>	artroskopické výkony v ramennom zhybe s použitím kľučnicových a šaferových sond	010,011,013,107,108,206	<b>1 020</b>	<b>969</b>	
<b>8534b</b>	artroskopické výkony v ramennom zhybe s použitím kľučnicových a šaferových sond a fixačného materiálu	010,011,013,107,108,206	<b>1 234</b>	<b>1172</b>	
<b>8535a</b>	artroskopické výkony v kolennom zhybe s použitím kľučnicových a šaferových sond	010,011,013,107,108,206	<b>1 020</b>	<b>969</b>	
<b>8535b</b>	artroskopické výkony v kolennom zhybe s použitím kľučnicových a šaferových sond a fixačného materiálu	010,011,013,107,108,206	<b>1 234</b>	<b>1172</b>	
<b>8536a</b>	artroskopické výkony v lakťovom zhybe s použitím kľučnicových a šaferových sond	010,011,013,107,108,206	<b>1 020</b>	<b>969</b>	
<b>8536b</b>	artroskopické výkony v lakťovom zhybe s použitím kľučnicových a šaferových sond a fixačného materiálu	010,011,013,107,108,206	<b>1 234</b>	<b>1172</b>	
<b>8537</b>	operačná extrakcia osteosyntetického materiálu a vonkajších fixátorov v anestézii	010,011,013,107,108,206	<b>361</b>	<b>343</b>	
<b>8538</b>	exstirpácia sakrálneho dermoidu	010,011,013,107,108,222,319	<b>339</b>	<b>322</b>	
<b>8539</b>	operácia varixov dolných končatín	010,068	<b>400</b>	<b>380</b>	
<b>8540</b>	operácia análnych fistúl a/alebo fisúr	010,107,222,319	<b>388</b>	<b>369</b>	
<b>8542</b>	operácia ruptúry Achilovej šľachy	010,011,013,107,108,206,319	<b>451</b>	<b>428</b>	
<b>8543</b>	operácia syndrómu karpálneho tunela	010,011,013,037,038,107,108,206,	<b>338</b>	<b>321</b>	

		319			
8547	exstirpácia a excízia benígnych a malígnych nádorov kože, podkožia a svalů	010,038,107,319	100	95	
8548	tenolýza š achy	010,011,013,038,107,108,206	339	322	
8549	sutúra š achy	010,011,013,038,107,108,206	406	386	
8550	vo ný š achový transplantát	010,011,013,038,107,108,206	325	309	
8551	transpozícia š achy	010,011,013,038,107,108,206	278	264	
8552	operácia malých k bov ruky - artrolýza	011,038,108,206	322	306	
8553	operácia malých k bov 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 arteriovenózneť fistuly	010,068,107,222,319	348	331	
8568	zrušenie arteriovenózneť 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 ž azy	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 kobra ných a shaverových sond	010,011,013,107,108,206	1 020	969	
8578b	artroskopické výkony v zápästí s použitím kobra ných a shaverových sond a fixa ného materiálu	010,011,013,107,108,206	1 234	1172	
8580	opera né riešenie mus articulare	010,011,013,107,108,206	307	292	
8582	operácia Dupuytrenovej kontraktúry - punk ná 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 ž azy	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 použitia sie ky )	009,017,229	362	344	
8631	uretrálna suspenzia (s použitím suburetrálnej pásky na lie bu 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	rekonštrukcia na 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 kame a submandibulárnej ž azy	014,070,114	270	257	
8806	exstirpácia sublingválnej slinnej ž azy	014,070,114	290	276	
8807	exstirpácia submandibulárnej slinnej ž azy	014,070,114	290	276	
8808	exstirpácia príušnej ž azy	014,070,114	340	323	
8809	endoskopická chordektómia	014,070,114	250	238	
8810	endoskopická laterofixácia	014,070,114	300	285	
8813	exstirpácia mediálnej kr nej cysty	014,070,114	373	354	
8814	exstirpácia laterálnej kr nej ž azy	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	sana ná 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	funk ná endoskopická sínusová chirurgia (FESS)	014,114	440	418	
8831	operácia prínosovej dutiny vonkajším prístupom	014,114	430	409	
8832	funk ná 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 ž azy pri sialolitíaze a stenóze vývodu	014,070,114	340	323	
8836	diagnostická mikroendoskopia hrtana	014,114	260	247	
8837	exstirpácia ohrani eného 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 tváři a krku	010,014,038,070,107,319	65	62	
8847	transmyringická drenáž so zavedením ventila nej trubi ky	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 + funk ná endoskopická sínusová 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 + funk ná endoskopická sínusová chirurgia (FEES)	014,114	660	627	
8858	operácia stenózy zvukovodu (plastika zvukovodu) + tympanoplastika	014,114	644	612	
8900	orchiektómia	010,012,107,109,	318	302	

		319,322			
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 subluxovaných 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 ústí (stomat.)	070, 345	300	285	
9010	operačné ošetrenie nepravých nádorov - epulis (stomat.)	070, 345, 358	130	124	
9011	operačná egalizácia základných 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 koroňového 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 nespolupracujúcich pacientov s mentálnou retardáciou	016,070,115	250	238	
9101	papilosfinkterektómia a odstránenie konkrementov zo žlčových ciest alebo pankreatického vývodu (endoskopická retrográdna cholangiografia)	048,222	400	380	

9103	endoskopické zavedenie drenáže žilových 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	tenkoihlová 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 vestibulonázalnej alebo oronázalnej 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 viek 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 vo ným kožným transplantátom	038	242	230	
9213	korekcia kontrahujúcej jazvy Z - plastikou alebo vo ným 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 vo ným kožným transplantátom	038	200	190	
9218	lúbovitá 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 ťlakové 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 šachy vložení spaceru alebo vo ných šachového transplantátu	011,038,108,206	200	190	
9235	rekonštrukcia šachy 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 vložení 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 implantátu - 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 asti 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	010,011,107,108,	242	230	

	(resekcia a plastika nechťového lôžka) po predchádzajúcej neúspešnej ambulantnej liečbe	038			
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 jednoduchej 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	korekcia ná 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	injekcia ná 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 o i)	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 ervej 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	<b>Diagnosticko terapeutický výkon v ústavnej zdravotnej starostlivosti</b> - 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 poisťenca.
  - Výkon 8724 možno hrať len pri liečbe intravitreálnymi liekmi indikovanými určenými pracoviskami v zmysle platných indikácií a preskripcií obmedzení. Zdravotnou poisťovňou schválený intravitreálny liek sa vykazuje ako príloha k položke výkonu. Lieky obstarávané zdravotnou poisťovňou sa vykazujú s nulovou výškou úhrady.
  - Osobitne sa uhrádza suburetrálna páska.
  - K vyútvorniu 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 plastického chirurga o rozsahu a o spôsobe indikovanej plastickej operácie.
- V cene výkonu sú zahrnuté všetky náklady spojené s jeho vykonaním, t.j. komplexné vyšetrenie poisťenca lekárom realizujúcim výkon, poskytnutie výkonu podľa zdravotnej indikácie, použitie zdravotníckych pomôcok (ak nie je inak uvedené), 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 pozitívity nálezu), všetka zdravotná starostlivosť a služby súvisiace s poskytnutím zdravotnej starostlivosti, rady a poradenia poisťenca pred jeho prepustením do domácej starostlivosti.
  - V prípade, že poskytovateľ pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti použije nasledovný špeciálny zdravotnícky materiál (okrem len „SZM“):  
c) prsníkový implantát v špecializovanom odbore plastická chirurgia,  
d) prsníkový expandér v špecializovanom odbore plastická chirurgia,  
e) prsníkový expandér - implantát v špecializovanom odbore plastická chirurgia,  
f) suburetrálna páska v špecializovanom odbore gynekológia a pôrodnictvo a v špecializovanom odbore urológia,  
g) vnútroočná šošovka v špecializovanom odbore oftalmológia,  
zdravotná poisťovňa ho uhradí ako prílohu k úhrade výkonu do výšky obstarávacej ceny SZM, najviac však do výšky príslušnej maximálnej úhrady zdravotnej poisťovne za SZM uvedenej v Zozname špeciálneho

zdravotníckeho materiálu zverejneného na webovom sídle zdravotnej poisovne pri súasnom dodržaní všetkých ostatých príslušných podmienok úhrady ŠZM. Ak je obstarávacía cena ŠZM vyššia ako maximálna úhrada zdravotnej poisovne za ŠZM ako pripoítate nej položky uvedená v Zozname špeciálneho zdravotníckeho materiálu zverejneného na webovom sídle zdravotnej poisovne, 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. Poskytovate vykazuje výkony nasledovne:
  - a) ak zdravotný stav poistenca a/alebo iná kontraindikácia vyžadovavala nepretržitý pobyt poistenca na lôžku v trvaní dlhšie ako 24 hodín, v dátovom rozhraní pre ústavnú zdravotnú starostlivos ako pripoítate nú položku k ukonenej hospitalizácii a v cene uvedenej v tabu ke bodu 1 tejto asti v stpci s ozna ením „Výška úhrady OHV v €“ ( alej len „osobitne hradené výkony“)
  - b) ak zdravotný stav poistenca a/alebo iná kontraindikácia nevyžadovavala nepretržitý pobyt poistenca na lôžku v trvaní dlhšie ako 24 hodín, v dátovom rozhraní pre ambulatnú zdravotnú starostlivos , v cene uvedenej v tabu ke bodu 1 v stpci s ozna ením „Výška úhrady JZS v €“ ( alej len „výkony jednod ovej zdravotnej starostlivosti“)
5. Osobitne hradené výkony je možné preklasifikovav na úhradu za ukon enú hospitalizáciu na základe písomnej žiadosti poskytovate a, ktorá je prílohou faktúry za poskytovanie zdravotnej starostlivosti, ak u poistenca vznikli komplikácie, ktoré vyžadujú pobyt na OAIM i JIS dlhší ako 24 hodín, alebo hospitalizáciu dlhšiu ako 96 hodín, kde je zároveň poskytovaná lie ba, ktorá vyžaduje podanie liekov v celkovej sume viac ako 50% z ceny úhrady za osobitne hradený výkon.
6. V prípade ak poskytovate vykáže k úhrade pri jednom opera nom zákroku viac ako jeden osobitne hradený výkon s pobytom poistenca na lôžku v trvaní dlhšie ako 24 hodín, zdravotná pois ov a takéto vykázanie posúdi a v prípade akceptovania môže poskytnutú zdravotnú starostlivos uhradi v cene ukonenej hospitalizácie na príslušnom oddelení.
7. V prípade výkonov s pobytom poistenca na lôžku v trvaní do 24 hodín zdravotná pois ov a pri jednom opera nom zákroku akceptuje len kombinácie výkonov uvedené v tabu ke bodu 1 tejto asti.

## B) Osobitne hradené výkony prepravy die a a medzi zariadeniami ústavnej zdravotnej starostlivosti

1. Zdravotná pois ov a uhradí poskytovateovi zdravotnú starostlivos spoívajúcu vo výkonoch uvedených v tabu ke nižšie za podmienok ustanovených v tejto asti prílohy v súlade odborným usmernením MZ SR . 03334-OZS-2015 zo d a 11. februára 2016.

Kód výkonu	Názov výkonu	Výška úhrady	Podmienky úhrady
H0012	Komplexná zdravotná starostlivos poskytovaná v ambulancii záchranej zdravotnej služby pri preprave die a a v bezprostrednom ohrození života z iného zdravotníckeho zariadenia ústavnej zdravotnej starostlivosti	380	Zdravotná pois ov a uhradí výkon pri preprave die a a vo veku do 36 mesiacov (vrátane) medzi zdravotníckymi zariadeniami ústavnej zdravotnej starostlivosti v spádovej oblasti uvedenej v bode 2. tejto asti prílohy za predpokladu, že poskytovanie zdravotnej starostlivosti die a u zabezpe uje lekár a zdravotná sestra zariadenia ústavnej starostlivosti, v ktorom má by die a pod a spádovej oblasti hospitalizované; pois ov a uhradí výkon mimo spádovej oblasti len za podmienky, že v zdravotnej dokumentácii die a a bude priložený nesúhlas s prijatím die a a vystavený príslušným ústavným zariadením v spádovej oblasti alebo v prípadoch odôvodnenej potreby hospitalizácie die a a v zariadení špecializovanej ústavnej zdravotnej starostlivosti.

2. Spádová oblas pre poskytnutie výkonu H0012 je: Svet zdravia, a.s. - NsP Žiar nad Hronom, Nemocnica s poliklinikou Prievidza - Bojnice, Nemocnica na okraji mesta, n. o. - Partizánske, Svet zdravia, a.s. - NsP Banská Štiavnica, Nemocnica Zvolen, a. s., Nemocnice s poliklinikami, n.o. – Levice, Všeobecná nemocnica s poliklinikou Lu enec, n. o., Všeobecná nemocnica s poliklinikou, n. o., Ve ký Krtíš, Svet zdravia, a.s. - NsP Rimavská Sobota, Nemocnica s poliklinikou, n. o., Revúca, Nemocnica s poliklinikou Brezno, n.o., Nemocnica Poprad, a. s.
3. Poskytovate, ktorý odborne zabezpe oval prepravu die a a v bezprostrednom ohrození života vykáže výkon v po te 1 ako pripoítate nú položku k ukonenej hospitalizácii na:
  - a) jednotke vysokošpecializovanej starostlivosti o novorodencoch, alebo
  - b) jednotke resuscitanej starostlivosti o novorodencoch, alebo
  - c) pracovisku detskej anestéziológie a intenzívnej medicíny.

**Príloha . 2c**  
**k Zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti**

**Podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti pod a klasifika ného systému  
diagnosticko-terapeutických skupín**

**I. Základné ustanovenia**

1. Zdravotná pois ov a pod a klasifika ného systému diagnosticko-terapeutických skupín ( alej aj ako „systém DRG“) uhrádza poskytovate ovi v rámci hospitaliza ného prípadu úhradu za zdravotnou pois ov ou uznanú ústavnú zdravotnú starostlivos , do ktorej bol poistenec prijatý po as ú innosti tejto prílohy. Pod a systému diagnosticko-terapeutických skupín zdravotná pois ov a uhrádza poskytovate ovi aj zdravotnú starostlivos spo ívajúcu vo výkonoch jednod ovej zdravotnej starostlivosti, ak boli poskytnuté poistencovi po as ú innosti tejto prílohy na DRG relevantnom oddelení ako aj v prípadoch, ke poskytovate po poskytnutí výkonu jednod ovej zdravotnej starostlivosti poistencovi pokrač ova v poskytovaní hospitalizácií poistenca hradenej pod a tejto prílohy.
2. Klasifika ný systém diagnosticko-terapeutických skupín je medicínsko-ekonomický klasifika ný systém, ktorý na základe chorôb, zdravotných výkonov, dátumu narodenia poistenca, veku poistenca v rokoch alebo pod a veku poistenca v d och, pod a 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, d ťky ošetrovacej doby zadanej v d och, d ťky umelej p úcnej ventilácie u poistenca zadanej v hodinách, lokalizácie choroby a zdravotného výkonu a dátumu vykonania zdravotného výkonu poistencovi umož ťje zaradi jednotlivé hospitaliza né prípady do ekonomicky a klinicky homogénnych diagnosticko-terapeutických skupín, ktorým spravidla prislúcha relatívna váha definovaná v katalógu prípadových paušálov. Podrobnosti zaradenia hospitaliza ného prípadu do príslušnej diagnosticko-terapeutickej skupiny ur ťje defini ná príru ka. Zaradenie do hospitaliza ného prípadu do príslušnej diagnosticko-terapeutickej skupiny sa vykonáva prostredníctvom po íta ového programu zdravotnej pois ovne (tzv. grouper).
3. Na ú ely tejto prílohy sa za hospitalizáciu považuje poskytovanie spravidla ústavnej zdravotnej starostlivosti poistencovi u poskytovate a na oddelení s DRG relevantnou odbornos ou a/alebo oddelení s DRG nerelevantnou odbornos ou s tým, že prostredníctvom systému DRG môže by uhradená aj hospitalizácia trvajúca menej ako 24 hodín, ak sú na to splnené príslušné podmienky úhrady prostredníctvom systému DRG.
4. Hospitaliza ný prípad je zdravotná starostlivos poskytnutá poistencovi po as hospitalizácie na oddeleniach s DRG relevantnou odbornos ou, od dátumu jeho prijatia na hospitalizáciu až do dátumu prepustenia z hospitalizácie.
5. Oddelenie s DRG nerelevantnou odbornos ou je ur ené pod a príslušného metodického usmernenia Úradu pre dohad nad zdravotnou starostlivos ou . 10/1/2014 k dátovému rozhraniu CKS pre zber údajov od poskytovate ov ústavnej zdravotnej starostlivosti zaradených do systému financovania pod a DRG o podrobnostiach klasifika ného systému diagnosticko-terapeutických skupín („Tabu ka 26: 90029 NON\_DRG“).
6. Oddelenie s DRG relevantnou odbornos ou je oddelenie iné ako oddelenie DRG nerelevantnou odbornos ou.
7. Ošetrovacia doba je po et dní medicínsky opodstatneného pobytu poistenca u poskytovate a na oddeleniach s DRG relevantnou odbornos ou v súvislosti s poskytovaním ústavnej zdravotnej starostlivosti, pri om do tohto po tu dní sa nezapo ítava ani de prijatia poistenca do ústavnej zdravotnej starostlivosti a ani prípadné dni, po as ktorých bol poistenec na priepustke; de prijatia poistenca do ústavnej zdravotnej starostlivosti sa zapo ítava do ošetrovacej doby, ak ide o hospitalizáciu trvajúcu menej ako 24 hodín.
8. Základná sadzba je suma v absolútnej hodnote, ktorá je uhrádzaná pod a systému DRG za jednotlivý hospitaliza ný prípad s relatívnou váhou rovnou 1,0000.

**II. Úhrada za hospitaliza ný prípad**

1. Výška základnej sadzby je **1.509,- €**.
2. Výška úhrady za hospitaliza ný prípad sa vypo íta ako sú in základnej sadzby a príslušnej relatívnej váhy ur enej pod a katalógu prípadových paušálov v závislosti od správneho zaradenia hospitaliza ného prípadu do príslušnej diagnosticko-terapeutickej skupiny a od d ťky ošetrovacej doby, a pod a ostatných podmienok vyplývajúcich zo zmluvy. Za správne zaradenie hospitaliza ného prípadu do príslušnej diagnosticko-terapeutickej skupiny sa považuje zaradenie vykázaného hospitaliza ného prípadu do diagnosticko-terapeutickej skupiny pod a defini nej príru ky.
3. Ak nie je dojednané inak, úhrada za hospitaliza ný prípad zah ťa úhradu za všetku zdravotnú starostlivos , špeciálny zdravotnícky materiál, alebo služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti:
  - a) poskytnuté poistencovi poskytovate om alebo akýmko vek iným poskytovate om zdravotnej starostlivosti po as trvania hospitalizácie,
  - b) poskytnutú poistencovi poskytovate om alebo iným poskytovate om zdravotnej starostlivosti v de prijatia na hospitalizáciu, ako aj v de prepustenia z hospitalizácie (s výnimkou liekov a zdravotníckych pomôcok, na ktoré



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

- c) poskytnutú poistencovi kedyko vek po prepustení z hospitalizácie poskytovate om alebo akýmko vek iným poskytovate om zdravotnej starostlivosti, ak bola indikovaná po as trvania hospitalizácie pod a písm. s) bodu 4.6. zmluvy;

ako aj všetky náklady, ktoré poskytovate vynaložil pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti poistencovi po as hospitalizácie. Pre vylú enie akýchko vek pochybností sa zmluvné strany dohodli, že v úhrade za hospitaliza ný prípad je zahrnutá aj úhrada za zdravotnú starostlivos uvedenú v prílohe . 2a k zmluve, ak sú na to splnené podmienky pod a tejto prílohy k zmluve.

4. Ak nie je dojednané inak, úhrada za všetku ambulatnú zdravotnú starostlivos , vrátane zdravotnej starostlivosti poskytovanej zariadením spoločných vyšetrovacích a lie ebných zložiek, a služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, uvedené na odporu ení pod a bodu písm. s) bodu 4.6. zmluvy poskytovate om alebo iným poskytovate om zdravotnej starostlivosti v de za iatku hospitalizácie, ako aj kedyko vek po as hospitalizácie, bez uvedeného ID hospitaliza ného prípadu, bude automaticky zapo ítaná do úhrady za hospitaliza ný prípad. V prípade, ak na odporu aní pod a písm. s) bodu 4.6. zmluvy nebude uvedený dátum odporu enia, zdravotná pois ov a zdravotnú starostlivos a/alebo službu súvisiacu s poskytovaním zdravotnej starostlivosti neuhradí a požiada poskytovate a a/alebo iného poskytovate a zdravotnej starostlivosti o jeho doplnenie.
5. Úhrada za hospitaliza ný prípad nezah a úhradu za výkony dialyza nej lie by pri chronickom zlyhaní obli eiek a výkony záchranej zdravotnej služby poskytnuté poskytovate om alebo iným poskytovate om zdravotnej starostlivosti.
6. Zdravotná pois ov a uhrádza zdravotné výkony poskytnuté poistencovi zariadením spoločných vyšetrovacích a lie ebných zložiek ( alej len „SVLZ“), ktoré pod a ustanovení tejto prílohy mali by zahrnuté v úhrade za hospitaliza ný prípad, poskytovate ovi zdravotnej starostlivosti prevádzkujúcemu zariadenie SVLZ, pri om zdravotná pois ov a má vo i poskytovate ovi právo na refundáciu nákladov pod a bodu 8 tejto asti prílohy.
7. Zdravotná pois ov a je oprávnená žiada od poskytovate a refundáciu nákladov na úhradu zdravotnej starostlivosti, špeciálneho zdravotníckeho materiálu a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, ktoré zdravotná pois ov a uhradila nad rámec hospitaliza ného prípadu poskytovate ovi alebo inému poskytovate ovi zdravotnej starostlivosti a sú asne pod a ustanovení tejto prílohy mali by zahrnuté v úhrade za hospitaliza ný prípad. Zmluvné strany sa dohodli na zapo ítaní poh adávky zdravotnej pois ovne pod a bezprostredne predchádzajúcej vety s poh adávkou alebo poh adávkami poskytovate a na úhradu zdravotnej starostlivosti vo i zdravotnej pois ovni.
8. Na ú ely ur enia výšky refundácie pod a bezprostredne predchádzajúceho bodu sa vychádza z výšky úhrady za zdravotnú starostlivos a služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, ktoré má zdravotná pois ov a zmluvne dojednané s poskytovate om alebo iným poskytovate om zdravotnej starostlivosti v ase 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 odbornos ou okrem domu ošetrovate skej starostlivosti ( alej len „DOS“) a hospicu, ktorému predchádzala hospitalizácia poistenca na oddelení s DRG relevantnou odbornos ou a/alebo ktorá pokračovala hospitalizáciou na oddelení s DRG relevantnou odbornos ou v tom istom samostatnom ústavnom zariadení sa považuje za sú as jedného hospitaliza ného prípadu (t.j. má rovnaké ID hospitaliza ného prípadu), avšak jej trvanie sa nezapo ítava do obdobia trvania hospitaliza ného prípadu a zároveň náklady na hospitalizáciu poistenca na psychiatrickom oddelení alebo inom oddelení s DRG nerelevantnou odbornos ou okrem DOS a hospicu sa nezapo ítavajú do úhrady za hospitaliza ný prípad. Hospitalizácia na psychiatrickom oddelení alebo inom oddelení s DRG nerelevantnou odbornos ou okrem DOS a hospicu sa uhradí pod a prílohy . 2b k zmluve.
10. Hospitalizácia poistenca v hospici a/alebo v DOS, ktorému predchádzala hospitalizácia na oddelení s DRG relevantnou odbornos ou a/alebo ktorá pokračovala hospitalizáciou na oddelení s DRG relevantnou odbornos ou v tom istom samostatnom ústavnom zariadení sa nepovažuje za sú as jedného hospitaliza ného prípadu (nemá rovnaké ID hospitaliza ného prípadu), jej trvanie sa nezapo ítava do obdobia trvania hospitaliza ného 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 nezapo ítavajú do úhrady za hospitaliza ný prípad. Hospitalizácia v DOS alebo hospici sa uhradí pod a prílohy . 2b k zmluve.
11. Ak pre ur itú diagnosticko-terapeutickú skupinu nie je v katalógu prípadových paušalov ur ená žiadna relatívna váha, použije sa relatívna váha uvedená v nasledovnej tabu ke:

DRG skupina kód	DRG skupina názov	relatívna váha
<b>B61B</b>	Ur ité akútne ochorenia a poranenia miechy bez komplexného výkonu alebo viac ako 13 ošetrovacích dní alebo žiadne preloženie alej	1,8450
<b>B76A</b>	Záchvaty, viac ako jeden ošetrovací de , s komplexnou diagnózou a lie bou	0,8940
<b>E76A</b>	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 pohľadávku alebo pohľadávami poskytovateľa na úhradu zdravotnej starostlivosti voči zdravotnej poisťovni.

### III. Zluovanie hospitalizačných prípadov

1. Opätovné prijatie poistenca do ústavnej zdravotnej starostlivosti u toho istého poskytovateľa (ale aj ako „opätovné prijatie“), ktoré sa uskutočnilo v určitých nižšie definovaných časových intervaloch a za určitých nižšie definovaných okolností, je v systéme DRG poskytovateľom povinný zúžiť do jedného hospitalizačného prípadu a vykázanie na úhradu do zdravotnej poisťovne pod jedným hospitalizačným prípadom.
2. Povinné zúženie hospitalizačných prípadov pri opätovnom prijatí sa uskutočňuje:
  - a) ak je poistenec znovu prijatý do ústavnej zdravotnej starostlivosti u poskytovateľa (ale 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 (ale aj ako „prvá hospitalizácia“), ktorá je na základe tohto pravidla zluovaná 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 zluovania, 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 nezvrátené vedľajšie účinky chemoterapie a rádioterapie v rámci zdravotnej starostlivosti súvisiacej s onkologickou liečbou.
3. Postup pri zúžení hospitalizačných prípadov je nasledovný:
  - a) Pri zluovaní podľa pravidiel uvedených v predchádzajúcom bode je potrebné vykonať nové zaradenie každého hospitalizačného prípadu do DRG skupiny. Zdravotnícke zariadenie je povinné zúžiť do jedného hospitalizačného prípadu všetky predchádzajúce hospitalizácie pacienta v tom istom zdravotníckom zariadení a vykonať nové zaradenie do DRG skupiny.
  - b) Pri posudzovaní zluovania sa uplatňuje chronologické overenie hospitalizácií. Ošetrovacia doba sa stanoví ako súčet ošetrovacích dní všetkých zluovaných hospitalizácií poistenca u poskytovateľa.
  - c) Horná hranica ošetrovacej doby, ktorá je rozhodujúca pre zúženie hospitalizačných prípadov, sa odvíja od dátumu prijatia a zaradenia do DRG skupiny prvej hospitalizácie, pre ktorú je v tomto zariadení pravidlo zluovania hospitalizačných prípadov iné.
  - d) Ak už poskytovateľ predtým jednu zo zluovaných hospitalizácií vykázal na úhradu do zdravotnej poisťovne, je poskytovateľom 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) definíciu príručky, 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.  
(ale aj ako „DRG dokumenty“)

2. Podľa DRG dokumentov, ktoré Úrad pre dohody 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 zluovaných hospitalizačných prípadov.
3. Ak Úrad pre dohody nad zdravotnou starostlivosťou najneskôr do 30. septembra kalendárneho roka pre nasledujúci kalendárny rok nevydá dokumenty podľa písm. a) až c) bodu 1 tejto 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 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 11 prílohy 2b k zmluve.
5. Účinnosť tejto prílohy sa pozastavuje na obdobie, počas ktorého nie je platné osvedčenie o zhode podľa tohto 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 podľa tohto programu sa rozumie podľa zákona č. 581/2004 Z. z. vydané osvedčenie zhody podľa tohto programu s definíciou príručky.

