

Zmluva č. 62NFAL000112

Čl. 1 Zmluvné strany

1. Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.

so sídlom Mamateyova 17, 850 05 Bratislava,
Zastúpená: Ing. Marcel Forai, MPH, predseda predstavenstva
IČO: 35 937 874
IČ DPH: SK2022027040
Zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I., oddiel Sa,
vložka číslo: 3602/B
Bankové spojenie: Štátna pokladnica
Číslo účtu: [REDACTED]
(ďalej len „poisťovňa“)

a

2. Univerzitná nemocnica Martin

so sídlom: 036 59 Martin, ul. Kollárova 2
zastúpená : Doc. MUDr. Julián Hamžík, PhD., riaditeľ
Identifikátor poskytovateľa: P38811
IČO: 00365327
Banková spojenie: Štátna pokladnica
Číslo účtu: [REDACTED]
(ďalej len „poskytovateľ“)

uzatvárajú

v súlade s § 7 zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 581/2004 Z.z.“), na základe splnenia kritérií týkajúcich sa personálneho a materiálno-technického vybavenia a indikátorov kvality, v súlade so zákonom č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 576/2004 Z.z.“), zákonom č. 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 577/2004 Z.z.“), zákonom č. 578/2004 Z.z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 578/2004 Z.z.“), zákonom č. 579/2004 Z. z. o záchrannej zdravotnej službe v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 579/2004 Z.z.“), zákonom č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení v znení neskorších predpisov, zákonom č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov, zákonom 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, zákonom č. 513/1991 Zb. Obchodný zákonník v znení neskorších predpisov (ďalej len „obchodný

zákonník“), zákonom NR SR č. 18/1996 Z. z. o cenách v znení neskorších predpisov, s nariadením Európskeho parlamentu a Rady č. 883/2004 a Nariadením Európskeho parlamentu a Rady (ES) č. 987/2009

túto zmluvu o poskytovaní a úhrade zdravotnej starostlivosti, lekárenskej starostlivosti a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti (ďalej len „Zmluva“).

Čl. 2

Predmet zmluvy

1. Predmetom tejto Zmluvy je zabezpečovanie poskytovania a úhrada zdravotnej starostlivosti, lekárenskej starostlivosti a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti (ďalej len „zdravotná starostlivosť“), v cenách, rozsahu a za podmienok stanovených v tejto Zmluve a Všeobecných zmluvných podmienkach (ďalej len „VZP“).
2. Poskytovateľ na základe platného rozhodnutia príslušného orgánu poskytuje poistencom poisťovne, poistencom členských štátov Európskej únie, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu a Švajčiarska, cudzincom zo štátov, s ktorými má Slovenská republika uzatvorené dohody o poskytnutí zdravotnej starostlivosti a bezdomovcom, zdravotnú starostlivosť vo forme, druhu a špecializačnom odbore a na mieste prevádzkovania zdravotníckeho zariadenia uvedených v Prílohe č 2 Zmluvy.

Čl. 3

Základné práva a povinnosti zmluvných strán

1. **Poisťovňa sa zaväzuje** v súlade s touto Zmluvou, VZP a príslušnými právnymi predpismi uhradiť poskytovateľovi zdravotnú starostlivosť uhrádzanú na základe verejného zdravotného poistenia v cene a rozsahu dohodnutom v tejto Zmluve, poskytnutú jej poistencom a poistencom členských štátov Európskej únie, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu a Švajčiarska, cudzincom zo štátov, s ktorými má Slovenská republika uzatvorené dohody o poskytnutí zdravotnej starostlivosti a bezdomovcom.
2. **Poskytovateľ sa zaväzuje najmä:**
 - a) poskytovať poistencom poisťovne a ostatným osobám podľa Čl. 3 bod 1 zdravotnú starostlivosť v súlade s touto Zmluvou a VZP,
 - b) spĺňať kritériá na uzatvorenie zmluvy, pokiaľ sa tieto na poskytovateľa vzťahujú. Kritériá na uzatvorenie zmluvy tvoria Prílohu č.3 Zmluvy.

Čl. 4

Cena a podmienky úhrady

Zmluvné strany sa dohodli na úhrade za poskytnutú zdravotnú starostlivosť v cenách a za podmienok, ktoré sú uvedené v Prílohe č. 1 tejto Zmluvy.

Čl. 5 Rozsah zdravotnej starostlivosti

1. Zmluvné strany sa dohodli na rozsahu zdravotnej starostlivosti, ktorý je uvedený v Prílohe č. 2 tejto Zmluvy.
2. Rozsah poskytovanej zdravotnej starostlivosti sa dohoduje v členení a štruktúre uvedenej v Prílohe č. 2 tejto Zmluvy.

Čl. 6 Osobitné ustanovenia

1. Zmluvné strany sú povinné zachovávať mlčanlivosť o skutočnostiach týkajúcich sa poskytovania zdravotnej starostlivosti na základe tejto Zmluvy. Táto povinnosť trvá aj po ukončení platnosti Zmluvy.
2. Zmluvné strany sú povinné navzájom sa písomne informovať o každej zmene súvisiacej so zmluvným vzťahom do 7 dní odo dňa, kedy nastala zmena súvisiaca so zmluvným vzťahom a zmenu doložiť príslušnými dokladmi. Nárok na náhradu škody, ktorá vznikla neplnením uvedenej povinnosti druhej strane týmto nie je dotknutý.
3. Poistovňa vykoná doúčtovanie výkonov zdravotnej starostlivosti za kalendárny štvrtrok do výšky súčtu mesačných zmluvných rozsahov samostatne podľa jednotlivých typov zdravotnej starostlivosti spolu so zúčtovaním poskytnutej zdravotnej starostlivosti za posledný mesiac príslušného štvrtroka. Poistovňa vykoná doúčtovanie výkonov zdravotnej starostlivosti za celý kalendárny rok do výšky súčtu mesačných zmluvných rozsahov samostatne podľa jednotlivých typov zdravotnej starostlivosti do 31.3. nasledujúceho kalendárneho roka.
4. Zmluvné strany sa dohodli, že svoje vzájomné pohľadávky, ktoré im vzniknú v súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a ktoré sú menej ako 90 dní po uplynutí lehoty splatnosti, nemôžu postúpiť tretím osobám.
5. Zmluvné strany sa zaviazali riešiť rozpory, ktoré sa týkajú plnenia záväzkov a povinností vyplývajúcich zo Zmluvy dohodou. Výzva na dohodovacie konanie musí byť písomná. Pokiaľ nedôjde k takejto dohode, môže sa ktorákoľvek zo zmluvných strán domáhať svojich práv súdnou cestou.
6. Zmluvné strany sa dohodli, že zdravotná starostlivosť kontinuálne poskytovaná v čase od 1.7.2012 do doby nadobudnutia účinnosti tejto Zmluvy bude uhradená v cenách a rozsahu dohodnutých v Prílohe č. 1 a v Prílohe č. 2 tejto Zmluvy

Čl. 7 Záverečné ustanovenia

1. Zmluva sa uzatvára na dobu určitú v trvaní 12 mesiacov odo dňa jej účinnosti.
2. Zmluvu je možné ukončiť vzájomnou písomnou dohodou obidvoch zmluvných strán.
3. Každá zmluvná strana je oprávnená vypovedať Zmluvu iba z dôvodov uvedených v zákone č. 581/2004 Z. z., pokiaľ nie je dohodnuté inak. Výpovedná lehota je dvojmesačná a začína plynúť prvým dňom mesiaca nasledujúceho po mesiaci, v ktorom bola výpoveď doručená.
4. Zmluvný vzťah končí výpoveďou jednou zo zmluvných strán aj v prípade, ak nedôjde k dohode do 60 dní od predloženia písomného návrhu na zmenu alebo predĺženia platnosti Prílohy č. 1 a Prílohy č. 2 k zmluve. Výpovedná lehota je 1 mesiac a začína plynúť prvým dňom mesiaca nasledujúceho po mesiaci, v ktorom bola výpoveď

doručená. Počas plynutia lehoty dohodovacieho konania a výpovednej lehoty platia ceny a rozsah výkonov zdravotnej starostlivosti naposledy dohodnuté zmluvnými stranami.

5. K okamžitému skončeniu zmluvného vzťahu dôjde v prípadoch zrušenia povolenia poisťovne na vykonávanie verejného zdravotného poistenia, zrušenia povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia alebo zánikom platnosti povolenia poskytovateľa.
6. Poisťovňa sa zaväzuje informovať poskytovateľa o nepokračovaní v zmluvnom vzťahu najneskôr 2 mesiace pred uplynutím platnosti zmluvy. Poisťovňa sa zaväzuje v prípade neskoršieho podania informácie poskytovateľovi predĺžiť platnosť zmluvy o čas zodpovedajúci omeškaniu, najviac však o dva mesiace.
7. Akékoľvek zmeny a doplnky k tejto Zmluve a VZP možno vykonať iba po vzájomnej dohode zmluvných strán, a to formou písomných číslovaných dodatkov.
8. Neoddeliteľnou súčasťou tejto Zmluvy sú:
 - Príloha č. 1 – Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti
 - Príloha č. 2 – Rozsah zdravotnej starostlivosti
 - Príloha č. 3 - Kritériá na uzatváranie zmlúv
9. Súčasťou tejto Zmluvy sú VZP účinné od 1.1.2012, ktoré upravujú niektoré práva a povinnosti zmluvných strán, vrátane dodatku č. 1 k VZP „Pravidlá uznávania laboratórnych výkonov“, ktorý nadobúda účinnosť od 1.9.2012.
10. Odchýlne dojednania Zmluvy majú prednosť pred znením VZP.
11. Táto Zmluva je vyhotovená v dvoch rovnopisoch, z ktorých každý sa považuje za originál. Každá zo zmluvných strán obdrží jeden rovnopis Zmluvy.
12. Vzťahy neupravené touto Zmluvou sa riadia všeobecne záväznými právnymi predpismi.
13. Zmluvné strany prehlasujú, že si Zmluvu a VZP prečítali, ich obsahu porozumeli. Zmluvné strany uzatvárajú Zmluvu slobodne, vážne a bez nátlaku a na znak súhlasu s jej obsahom ju podpisujú.
14. Táto Zmluva nadobúda platnosť dňom podpisu obidvoma zmluvnými stranami a účinnosť dňom nasledujúcim po dni jeho zverejnenia na webovom sídle poisťovne v zmysle § 47a zákona č. 40/1964 Zb. Občiansky zákonník v znení neskorších predpisov.

V Bratislave dňa 10.7.2012

Za poskytovateľa:

Doc. MUDr. Julián Hamžík, PhD., riaditeľ
riaditeľ Univerzitnej nemocnice Martin

Univerzitná nemocnica Martin
Kotlarova 2, 035 59 Martin

①

Za poisťovňu:

Ing. Marcel Forai, MPH
predseda predstavenstva
Všeobecnej zdravotnej poisťovne, a. s.

Príloha č. 1
k Zmluve č. 62NFAL000112

Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti

V nadväznosti na nadobudnutie účinnosti novely zákona č. 580/2004 Z. z., o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, na základe ktorej sa zvýši sadzba poistného pre štát podľa § 12 ods. 1 písm. f) od 1.7.2012 do 31.12.2012, sa zmluvné strany dohodli na znení Prílohy č. 1 Zmluvy Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti na obdobie od 1.7.2012 do 31.12.2012 nasledovne:

A. Ambulantná zdravotná starostlivosť

Všeobecné ustanovenia

Úhrada za výkony vyjadrená cenou bodu

Úhrada za výkony uvedené v tabuľke Cena bodu sa vypočíta ako násobok jednotkovej ceny bodu a počtu bodov daného výkonu. Počet bodov vyplýva z opatrenia Ministerstva zdravotníctva SR, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva platného v čase poskytnutia výkonu. Pokiaľ počet bodov nevyplýva z opatrenia Ministerstva zdravotníctva SR, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva platného v čase poskytnutia výkonu, použije sa počet bodov pre daný výkon uvedený v poslednom opatrení Ministerstva zdravotníctva SR, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva, v ktorom bol počet bodov pre daný výkon stanovený.

Výkony uvedené v tabuľke Cena bodu sa vo všeobecnej ambulantnej starostlivosti a špecializovanej ambulantnej starostlivosti v odbore gynekológia a pôrodnictvo uhrádzajú kapitovaným poistencom, ak nie je v tabuľke uvedené inak

Úhrada za výkony vyjadrená cenou za výkon

Výkony uvedené v tabuľke Cena za výkon sa uhrádzajú cenou za výkon. Cena za výkon zahŕňa všetky náklady a úhradu za zdravotnú starostlivosť poskytnutú pri danom výkone, pokiaľ nie je uvedené inak.

1. Špecializovaná ambulantná starostlivosť

1.1. Špecializovaná ambulantná starostlivosť – vrátane UPS

Cena bodu:

výkony z I. časti Zoznamu výkonov	0,019170 €
výkony z I. časti Zoznamu výkonov – výkony ambulancie UPS a centrálneho príjmu	0,023734 €
výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ)	0,007303 €
výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ) vykonávané prístrojovou technikou ULTRAZVUK – USG a FUNKČNÁ DIAGNOSTIKA	0,007635 €
výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ) z časti FYZIATRIA BALNEOTERAPIA A LIEČEBNÁ REHABILITÁCIA s kódmi č.: 509a, 512, 513, 514a, 516, 518, 522, 523a, 530, 531, 532, 533a, 540, 541, 542	0,010623 €
výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ okrem vybraných výkonov) z časti FYZIATRIA BALNEOTERAPIA A LIEČEBNÁ REHABILITÁCIA	0,007303 €
preventívny výkon č. 158 u urológa	0,030472 €
výkon 5302 ako súčasť preventívnej prehliadky u urológa	0,007635 €
preventívny výkon č. 763P a 763M u gastroenterológa	0,030472 €

1.2. Špecializovaná zubno-lekárska starostlivosť

Cena bodu:

Názov	cena bodu	příplatek	cena spolu
zubno-lekárske výkony (vrátane čelustnej ortopédie)	0,067384 €	0,003319 €	0,070703 €
preventívne výkony D02, D02a, D06	0,067384 €	0,003319 €	0,070703 €
stomatologická starostlivosť handicapovaným poistencom sa bodová hodnota vykázaných výkonov zdravotnej starostlivosti násobí koeficientom obtiažnosti 2,5. Uplatňovanie koeficientu sa vzťahuje na poistencov so závažným neurologickým alebo mentálnym postihnutím bez vekového obmedzenia, ktorí majú o tom potvrdenie vystavené lekárom špecialistom v odbore neurológia alebo psychiatria. Potvrdenie lekára špecialistu tvorí neoddeliteľnú súčasť zdravotnej dokumentácie. Poskytovateľ, so zohľadnením špecifických podmienok, sa zaväzuje vykazovať poskytnutú zdravotnú starostlivosť na kód ambulancie a kód lekára v súlade s platným Metodickým usmernením UDZS, ktorým sa vydáva metodické usmernenie pre spracovanie a vykazovanie výkonov poskytovateľov zdravotnej starostlivosti elektronickou formou, v dávke 751 typ starostlivosti 843: - v položke 8 (koeficient náročnosti) číselný príznak 1,5 - v položke 9 (typ poistenca) identifikátor H.“			

1.3. Špecializovaná ambulantná starostlivosť - dialýza :

Cena za výkon:

Kód výkonu	Názov výkonu	Cena za výkon v €
790	Zaškolenie pacienta (jeho partnera) na domácu kontinuálnu peritoneálnu dialýzu (CAPD). Môže sa vykazovať raz u jedného pacienta.	6,27
791	Lekárska starostlivosť pri CAPD vykonávaná v domácnosti alebo v zdravotníckom zariadení mimo dialyzačného strediska, za každú peritoneálnu dialýzu, ku ktorej bol prvolaný lekár. Výkon môže poskytovať iba lekár pracujúci v dialyzačnom stredisku, nie praktický lekár.	4,02
794	Prvá hemodialýza alebo akútna dialýza u pacienta. V cene je zahrnutý aj katéter. Súčasťou výkonu je aj vyšetrenie pacienta a lekárska starostlivosť. Uvedený výkon sa môže vykazovať u pacienta iba raz, potom sa vykonáva ako hemodialýza pri chronickom zlyhaní obličiek.	149,62
794f	Peritoneálna dialýza. Súčasťou výkonu je aj vyšetrenie pacienta a lekárska starostlivosť.	58,07
794g	Automatizovaná peritoneálna dialýza. Súčasťou výkonu je aj vyšetrenie pacienta a lekárska starostlivosť. V cene sú započítané aj náklady na drenážny set.	56,18
794h	Plazmaferéza primárna filtračná (s použitím náhradných roztokov ako sú plazma a hemofilter s pridaním 20% albumínu). Súčasťou výkonu je aj vyšetrenie pacienta a lekárska starostlivosť. V cene sú započítané aj náklady na plazmaferetickú kapiláru, súpravu plazmaferetických setov, antihemofilické sérum a kavalny katéter.	778,43
794i	Plazmaferéza sekundárna – kaskádová filtrácia. V cene sú započítané aj náklady na plazmaferetickú kapiláru, súpravu plazmaferetických setov, antihemofilické sérum a kavalny katéter.	778,43
794j	Plazmaferéza sekundárna – selektívna absorpcia látok. V cene sú započítané aj náklady na plazmaferetickú kapiláru, súpravu plazmaferetických setov, antihemofilické sérum a kavalny katéter.	778,43
794k	Hemoperfúzia cez aktívne uhlie a iné sorbenty. Súčasťou výkonu je aj vyšetrenie pacienta a lekárska starostlivosť. V cene sú započítané aj náklady na hemoperfúziu kolónu a kavalny katéter.	417,46
794l	Chronická hemodialýza. Hemodialýza zaradeného do dlhodobého dialyzačného programu. Súčasťou výkonu je aj vyšetrenie pacienta a lekárska starostlivosť.	145,74
794m	Peritoneálna dialýza u hospitalizovaných pacientov. Súčasťou výkonu je aj vyšetrenie pacienta a lekárska starostlivosť.	59,77
794n	Domáca kontinuálna peritoneálna dialýza (CAPD), ktorú si pacient vykonáva sám.	53,21
794p	Automatizovaná peritoneálna dialýza (APD). Súčasťou výkonu je aj vyšetrenie pacienta a lekárska starostlivosť.	64,01

	V cene sú započítané aj náklady na drenážny set.	
794r	Hemodiafiltrácia.	180,58

V cene výkonu sú zahrnuté všetky náklady a úhrada za poskytnutú starostlivosť, vrátane nákladov na lieky so spôsobom úhrady A, nákladov na zdravotnícke pomôcky a materiál.

2. Záchranná zdravotná služba (ZZS)

Cena za 1 kilometer :

Typ prepravy / výjazdu:	Cena za 1km
Rýchla lekárska pomoc (RLP), rýchla lekárska pomoc – sekundárny výjazd RLP (RLPS), rýchla zdravotná pomoc (RZP), rýchla zdravotná pomoc – sekundárny výjazd RZP (RZPS), preprava kriticky chorých osôb rýchlou lekárskou pomocou s vybavením mobilnej intenzívnej jednotky (MIJ) - pre poistencov VŠZP	0,63 €
Rýchla lekárska pomoc (RLP), rýchla lekárska pomoc – sekundárny výjazd RLP (RLPS), rýchla zdravotná pomoc (RZP), rýchla zdravotná pomoc – sekundárny výjazd RZP (RZPS), preprava kriticky chorých osôb rýchlou lekárskou pomocou s vybavením mobilnej intenzívnej jednotky (MIJ) - pre cudzincov pochádzajúcich zo štátu, s ktorým sú uzatvorené medzištátne dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, na základe ktorých sa poskytovaná zdravotná starostlivosť uhrádza úplne alebo čiastočne z prostriedkov štátneho rozpočtu, poistencom z iného členského štátu Európskej únie, Nórska, Lichtenštajnska a Islandu podľa nariadení (EHS), výkonov záchranných služieb uhrádzaných z prostriedkov štátneho rozpočtu podľa osobitného predpisu, 11) pre poistencov EÚ	0,70 €

Úhrada pri preprave / výjazde RLP, RLPS, RZP, RZPS a MIJ sa realizuje za skutočný počet prejazdených kilometrov z miesta východiskovej stanice vozidla do miesta cieľovej stanice prepravy/výjazdu, vrátane najkratšej cesty späť."

Pevná cena (paušálna úhrada) :

Pevná cena (za všetkých poistencov na území Slovenskej republiky) za zdravotnú starostlivosť poskytovanú PZS, ktorý má povolenie na prevádzkovanie ambulancie záchranných zdravotných služieb v 24 hodinovej službe v stanici záchranných zdravotných služieb v súlade s platným Opatrením MZ SR, je 16 082,46 € mesačne na jedno vozidlo ambulancie rýchlej zdravotnej pomoci, 27 882,89 € mesačne na jedno vozidlo ambulancie rýchlej lekárskej pomoci a 30 206,47 € mesačne na jedno vozidlo ambulancie rýchlej lekárskej pomoci vrátane mobilnej intenzívnej jednotky, ktoré sú v nepretržitej prevádzke".

paušálna úhrada na 1 mesiac

výška paušálnej úhrady ako podiel poisťovne na pevnej cene je stanovená na základe percentuálneho podielu poistencov VŠZP na celkovom počte poistencov na území Slovenskej republiky

Nad rámec ceny za kilometer a paušálnej úhrady sa uhrádzajú:

úhrada ceny za výjazd za poistencov EÚ, poistencov podľa § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z. v , bezdomovcov a cudzincov vo výške	44,81 €
---	---------

3. Výkony JZS / Výkony hradené osobitným spôsobom

Výkony hradené osobitným spôsobom – Pokiaľ ide o zdravotnú starostlivosť spočívajúcu vo výkonoch uvedených v tabuľke, uhradí poisťovňa cenu za výkon.

Cena za výkon

Kód výkonu	Názov výkonu	Max. cena v €	Priplatek	Úhrada spolu v €	Odbornosť	Indikačné obmedzenie
1390	operácia sivého zákalu s implantáciou umelej vnútroočnej šošovky	376	10	386	015	
1391	sekundárna implantácia intraokulárnej šošovky do prednej očnej komory alebo do sulcus ciliare	369	10	379	015	
1392	sekundárna implantácia intraokulárnej šošovky transsklerálnou fixáciou	369	10	379	015	

1393A	operácia sekundárnej katarakty laserom	187	10	197	015	
1393	operácia sekundárnej katarakty	369	10	379	015	
1394	repozícia implantovanej umelej vnútroočnej šošovky	297	10	307	015	
1395	primárna implantácia umelej vnútroočnej šošovky zo zdravotných dôvodov (Implantácia fakickej vnútroočnej šošovky zo zdravotných dôvodov)	335	10	345	015	
8700	operácia strabizmu (jeden sval)	264	10	274	015	
8701	plastické operácie na mihalniciach (ektropium, entropium, blefarochalázia) - len zo zdravotných dôvodov	220	10	230	038, 015	
8702	operácia nystagmu	240	10	250	015	
8703	elektroepilácia	83	10	93	015	
8704	excimer - laserové operácie rohovky len zo zdravotných indikácií - len ak ide o: anizometropia 3,5 D a viac a v prípade	336	10	346	015	
8705	fotodynamická terapia sietnice	300	10	310	015	
8706A	Filtračná operácia glaukómu	385	10	395	015	
8706B	Operácia glaukómu laserom	275	10	285	015	
8706C	operácia glaukómu kryom	187	10	197	015	
8707	operácia pterygia - ablácia a plastika	220	10	230	015	
8708	operácia nádorov mihalníc	198	10	208	015	
8709	operácia nádorov spojovky	198	10	208	015	
8710	keratoplastika - vrátane ceny za rohovku	1 826	10	1836	015	
8711	operácie slzných bodov	143	10	153	015	
8712	operácie slzného vaku	431	10	441	015	
8713	zavedenie trvalej alebo dočasnej sondy do slzných ciest (operácie slzných ciest)	156	10	166	015	
8714	tarzorafia	264	10	274	015	
8715	operácia lagoftalmu s implantáciou závažia hornej mihalnice (vrátane závažia)	666	10	676	015, 038	
8716	operácia zrastov spojovky (operácia zrastov spojovky s voľným transplantátom)	250	10	260	015	
8717	krytie rohovky amniovou membránou	275	10	285	015	
8718	CXL - corneal cross linking	369	10	379	015	
8719	IAK - incízna astigmatická keratotómia	335	10	345	015	
8720	intrastromálna implantácia distančných prstencov-vrátane nákladov za prstence	1 485	10	1495	015	
8721	transpupilárna termoterapia nádorov sietnice a cievy	250	10	260	015	
8722	explantácia a reimplantácia umelej vnútroočnej šošovky	335	10	345	015	
8723	skleroplastika	335	10	345	015	
8724	intravitreálna aplikácia liekov	120	10	130	015	
8725	operácia odlúpenia sietnice episklerálne	561	10	571	015	
8726	pneumoretinopexia	264	10	274	015	
8727	kombinovaná operácia odlúpenia sietnice	1 008	10	1018	015	
8728	pars plana vitrektómia	770	10	780	015	
8729	pars plana vitrektómia a lensektómia s implantáciou umelej vnútroočnej	770	10	780	015	

	šošovky					
8730	laserová koagulácia sietnice (operácie sietnice laserom)	120	10	130	015	
8750	1390 a 8706a - Operácia sivého zákalu s implantáciou umelej vnútroočnej šošovky a filtračná operácia glaukómu	540	10	550	015	
8751	1390 a 8707 - Operácia sivého zákalu s implantáciou umelej vnútroočnej šošovky a operácia pterygia - ablácia a plastika	465	10	475	015	
8752	8710 a 1390- Operácia sivého zákalu s implantáciou umelej vnútroočnej šošovky a keratoplastika - vrátane ceny za rohovku	1 843	10	1853	015	
8753	1391 a 8706a - Sekundárna implantácia intraokulárnej šošovky do prednej očnej komory alebo do sulcus ciliare a filtračná operácia glaukómu	510	10	520	015	
8754	1391 a 8707 - Sekundárna implantácia intraokulárnej šošovky do prednej očnej komory alebo do sulcus ciliare a operácia pterygia - ablácia a plastika	435	10	445	015	
8755	1391 a 8710 - Sekundárna implantácia intraokulárnej šošovky do prednej očnej komory alebo do sulcus ciliare a keratoplastika - vrátane ceny za rohovku	1 827	10	1837	015	
8756	1392 a 8706a - Sekundárna implantácia intraokulárnej šošovky transsklerálnou fixáciou a filtračná operácia glaukómu	510	10	520	015	
8757	1392 a 8707 - Sekundárna implantácia intraokulárnej šošovky transsklerálnou fixáciou a operácia pterygia - ablácia a plastika	435	10	445	015	
8758	8710 a 1392 - Keratoplastika vrátane ceny za rohovku a Sekundárna implantácia intraokulárnej šošovky transsklerálnou fixáciou	1 827	10	1837	015	
8759	1393 a 8706a - Operácia sekundárnej katarakty a filtračná operácia glaukómu	510	10	520	015	
8760	1393 a 8707 - Operácia sekundárnej katarakty operácia pterygia - ablácia a plastika	435	10	445	015	
8761	1394 a 8706a - Repozícia implantovanej umelej vnútroočnej šošovky a filtračná operácia glaukómu	445	10	455	015	
8762	1394 a 8707 - Repozícia implantovanej umelej vnútroočnej šošovky a operácia pterygia	370	10	380	015	
8763	1395 a 8707 - Primárna implantácia umelej vnútroočnej šošovky zo zdravotných dôvodov a operácia pterygia - ablácia a plastika	435	10	445	015	
8764	8700 a 8707 - Operácia strabizmu (jeden sval) a operácia pterygia - ablácia a plastika	340	10	350	015	
8765	8703 a 8711 - Elektroepilácia a operácie slzných bodov	140	10	150	015	
8766	8706a a 8707 - Filtračná operácia glaukómu a operácia pterygia -	450	10	460	015	

	ablácia, plastika					
8767	8706a a 8722 - Filtračná operácia glaukómu explantácia a reimplantácia umelej vnútroočnej šošovky	518	10	528	015	
8768	8707 a 8704 - operácia pterygia a Excimer LASERové operácie rohovky zo zdravotných indikácií (len ak ide o anizometropiu 3,5 D a viac a v prípade rohovkových lézií)	353	10	363	015	
8769	8709 a 8707 - operácia nádorov spojovky a operácia pterygia	280	10	290	015	
8770	8710 a 8719 - Keratoplastika, vrátane ceny za rohovku a IAK - incízna astigmatická keratotómi	1 827	10	1837	015	
8771	8716 a 8717 - Operácia zrastov spojovky a krytie rohovky amniovou membránou	375	10	385	015	
8818	blefaroplastika zo zdravotných dôvodov	335	10	345	015	Výkon musí byť vopred schválený RL GR
8400	Diagnostické a terapeutické blokády nervových koreňov	85	10	95	037	
8401	Facetové diagnostické a terapeutické blokády (cena za jednu lokalizáciu)	94	10	104	037	
8501A	operácia jednoduchých prietrží	330	10	340	010	
8501B	operácie jednoduchých prietrží s použitím sieťky	462	10	472	010	
8501C	laparoskopická operácie jednoduchých prietrží	510	10	520	010	
8502	Transrektálna polypektómia	462	10	472	010	
8506	artroskopická operácia subakromiálneho impingement syndrómu (len artroskopicky)	436	10	446	011, 013	
8507	Operácia poúrazovej paraatikulárnej burzitídy vo všetkých lokalizáciách	242	10	252	011, 013	
8508	operačná mobilizácia kontraktúry stuhnutého kĺbu	416	10	426	011, 013	
8509	Operačná dynamizácia vnútrodreňových klincov	242	10	252	011, 013	
8510	Operačná repozícia jednoduchých zlomenín v celkovej anestéze	358	10	368	011, 013	
8511	Operačné riešenie pollex saltans	312	10	322	011	
8512	Operačné riešenie fractúra metacarpi	358	10	368	011, 013	
8513	Operačné riešenie epicondylitis radialis	289	10	299	011, 013	
8514	Operačné riešenie epicondylitis ulnaris	289	10	299	011, 013	
8516	Operačné riešenie fractúra capitis radii	363	10	373	011, 013	
8517	Operačné riešenie synovitis cubiti	347	10	357	011, 013	
8518	operačné riešenie luxatio acromioclavicularis	436	10	446	011, 013	
8519	operačné riešenie fractura claviculae	436	10	446	011, 013	
8520	operačné riešenie abruptio tuberculi majoris et minoris humeri	436	10	446	011, 013	
8521	Operačné riešenie decompresio subacromialis	436	10	446	011, 013	
8522	operačné riešenie instabilitas glanohumeralis	436	10	446	011, 013	
8523	operačné riešenie ruptúry rotátorovej manžety	436	10	446	011, 013	

8524	operačné riešenie SLAP - lezia (poškodenie labrum glenoidale)	378	10	388	011, 013	
8525	Operačné riešenie hallux valgus	363	10	373	011	
8527	Operačné riešenie digitus hammatous	347	10	357	011	
8528	Operačné riešenie digitus malleus	347	10	357	011	
8529	Operačné riešenie digitus supraductus	347	10	357	011	
8530	Operačné riešenie metatarsus I. varus	363	10	373	011	
8531	operačné riešenie morbus Laderhose	315	10	325	011	
8532	operačné riešenie neuralgie Mortoni	210	10	220	011	
8533	Artroskopické výkony v lakťovom zhybe	658	10	668	011, 013	
8534	Artroskopické výkony v ramennom zhybe	658	10	668	011, 013	
8534A	Artroskopické výkony v ramennom zhybe s použitím vstrebateľného fixačného materiálu	866	10	876	011, 013	
8535	Artroskopické výkony v kolennom zhybe	658	10	668	011, 013	
8535A	artroskopické výkony v kolennom zhybe s použitím vstrebateľného fixačného materiálu	866	10	876	011, 013	
8536	Artroskopické výkony v členkovom zhybe	658	10	668	011, 013	
8537	operačná extrakcia osteosyntetického materiálu a vonkajších fixátorov	275	10	285	010, 011, 013	
8538	extirpácia sakrálného dermoidu	308	10	318	010	
8539	operácia varixov dolných končatín	385	10	395	010, 068	
8540	operácia análnych fistúl a fisúr	330	10	340	010	
8542	operácia ruptúry Achilovej šľachy	416	10	426	011, 013	
8546	discízia ligamentum carpi transversum s epineurólýzou nervus medianus	319	10	329	011, 037, 038	
8547	extirpácia benigných a maligných nádorov kože, podkožia a svalov	55	10	65	010, 011, 038	
8548	tenolýza šľachy	297	10	307	108, 038, 011, 013	
8549	sutúra šľachy	396	10	406	108, 038, 011, 013	
8550	voľný šľachový transplantát	315	10	325	108, 038, 011, 013	
8551	transpozícia šľachy	268	10	278	108, 011, 013, 038	
8552	Operácia malých kĺbov ruky - artrolýza	312	10	322	011	
8553	Operácia malých kĺbov ruky - artrodéza	312	10	322	108, 011	
8564	Laparoskopická cholecystektómia	537	10	547	010	
8565	operácia hemoroidov	323	10	333	010, 068	
8566	odstránenie hemoroidov elastickou ligatúrou	55	10	65	010, 068	
8567	vytvorenie alebo rekonštrukcia arteriovenózneho fistuly pri chronickej liečbe hemodialýzou	330	10	340	010, 068	
8569	diagnostické biopsie kože, podkožia a svalov	55	10	65	010, 011, 013	
8570	transpozícia nervus ulnaris	242	10	252	011	
8571	extirpácia lymfatických uzlín	99	10	109	010	
8572	extirpácia benigného nádoru prsnej žľazy	297	10	307	010, 017	
8573	extirpácia gangliómu	33	10	43	010, 011	

8575	amputácia prsta pre gangrénu	88	10	98	010,038,068	
8576	laparoskopické výkony diagnostické	220	10	230	010	
8577	laparoskopická apendektómia (pre chronické ochorenie appendixu)	500	10	510	010	
8578	artroskopické výkony v zápästí	588	10	598	011, 013	
8582	punkčná fasciektómia	330	10	340	011, 038	
8583	parciálna fasciektómia	330	10	340	011, 038	
8584	totálna fasciektómia	363	10	373	011, 038	
8585	discízia ligamentum carpi transversum bez epineurólýzy nervus medianus	275	10	285	011, 037,038	
8586	endoskopické vyšetrenie v celkovej anestézii	220	10	230	010, 048	
8587	zrušenie arteriovenózneho fistuly	165	10	175	010, 068	
8588	nekrektómie	88	10	98	010, 038, 068	
8611	konizácia cervixu	281	10	291	009	
8612	Excízia vulvy - len ako terapeutický zákrok v CA	281	10	291	009	
8613	Operácia (extirpácia) cyst glandule vestibularis - Bartolinskej žľazy	281	10	291	009	
8614	Kordocentéza - invazívna sonografia	255	10	265	009	
8615	Amnioinfúzia - invazívna sonografia	255	10	265	009	
8619	resekcia vaginálneho septa	292	10	302	009	
8620	hysteroskopia diagnostická a operačná	336	10	346	009	
8622	diagnostická laparoscopia	336	10	346	009	
8623	Sterilizácia- laparoskopicky so zdravotných dôvodov	305	10	315	009	Výkon musí byť vopred schválený RL GR
8624	Rozrušenie zrástov - laparoskopicky	336	10	346	009	
8625	Salpingostómia - laparoskopicky	336	10	346	009	
8626	Salpingektómia - laparoskopicky	336	10	346	009	
8627	Ovariálna cystektómia laparoskopicky	336	10	346	009	
8628	Oophorektómia- laparoskopicky	336	10	346	009	
8629	ablácia endometriotických ložísk laparoskopicky	336	10	346	009	
8630	Kolpoperineoplastica (zadná pošvová plastika bez použitia sietečky)	352	10	362	009	
8631	uretrálna suspenzia (s použitím suburetrálnej pásky na liečbu stresovej inkontinencie)	352	10	362	009	
8634	dilatácia a kyretáž	297	10	307	009	
8635	amniocentéza - invazívna sonografia	83	10	93	009	
8640	ablácia cervikálneho polypu	253	10	263	009	
8641	adnexektómia - laparoskopicky	336	10	346	009	
8642	myomektómia -laparoskopicky	336	10	346	009	
8643	predná pošvová plastika	352	10	362	009	
8646	extirpácia benígneho nádoru prsnej žľazy	297	10	307	009	
8647	extirpácia lymfatických uzlín	70	10	80	009	
8648	prerušenie tehotenstva zo zdravotných dôvodov	165	10	175	009	
8660	8620 + 8634 - hysteroskopia diagnostická a operačná + dilatácia a kyretáž	484	10	494	009	
8661	8620 + 8622 hysteroskopia diagnostická a operačná + diagnostická laparoscopia	503	10	513	009	

8662	8622 + 8624 diagnostická laparoscopia + rozrušenie zrastov so zdravotných dôvodov (laparoskopicky)	503	10	513	009	
8663	8622+8624+8626+8627+8628 diagnostická laparoscopia + rozrušenie zrastov so zdravotných dôvodov (laparoskopicky)+salpingo	605	10	615	009	
8800	endoskopická adenotómia	286	10	296	014	
8801	tonzilektómia	275	10	285	014	
8802	tonzilotómia	242	10	252	014	
8803	uvulopalatoplastika	312	10	322	014	
8804	plastika oroantrálnej komunikácie	284	10	294	014	
8805	extrakcia kameňa submandibulárnej žľazy	253	10	263	014	
8806	Extirpácia sublinguálnej slinnej žľazy	278	10	288	014	
8807	extirpácia submandibulárnej slinnej žľazy	278	10	288	014	
8808	extirpácia príušnej žľazy	327	10	337	014	
8809	endoskopická chordektómia	220	10	230	014	
8810	endoskopická laterofixácia	275	10	285	014	
8813	extirpácia mediálnej krčnej cysty	363	10	373	014	
8814	Extirpácia laterálnej krčnej žľazy	363	10	373	014	
8815	Turbinoplastika	311	10	321	014	
8819	operácia stenózy zvukovodu plastika zvukovodu	303	10	313	014	
8820	Maringoplastika	387	10	397	014	
8821	Tympanoplastika bez protézy	284	10	294	014	
8823	stapedoplastika	327	10	337	014	
8824	sanačná operácia stredného ucha	454	10	464	014	
8825	Adenotómia	165	10	175	014	
8826	mikrochirurgické výkony na hrtane (spevacke uzlíky, polypy, granulómy, cysty hlasiviek rozhodnúť by mal foniater	347	10	357	014	
8827	operácia nosovej priehradky septoplastika (podmienkou je zdravotná indikácia výkonu)	312	10	322	038, 014	
8829	plastika nosovej chlopne	312	10	322	014	
8830	funkčná endoskopická sínusová chirurgia (FESS)	429	10	439	014	
8831	operácia prínosovej dutiny vonkajším prístupom	413	10	423	014	
8833	aurikuloplastika zo zdravotných dôvodov (podmienkou je zdravotná indikácia výkonu)	242	10	252	038, 014	Výkon musí byť vopred schválený RL GR
8834	frenulotómia	143	10	153	014	
8835	transpozícia vývodu submandibulárnej slinnej žľazy pri sialolitíaze a stenóze vývodu	326	10	336	014	
8836	diagnostická mikroendoscopia hrtana	250	10	260	014	
8837	extirpácia ohraničeného tumoru alebo lymfatickej uzliny na krku	99	10	109	014	
8838	diagnostická excízia z tumoru nosohltana	275	10	285	014	
8840	korekcia nosového krídla vložením chrupkového transplantátu, auto- alebo alotransplantátu	436	10	446	038, 014	
8841	endoskopická operácia prínosových dutín	429	10	439	014	
8842	dakryocystorinostómia	429	10	439	014	
8843	dekompresia orbity	394	10	404	014	

8844	rekonštrukcia dna orbity pri blow-out fraktúre	413	10	423	014	
8846	operácia malého tumoru na tvári a krku	55	10	65	038, 014	
8849	funkčná septorinoplastika	280	10	290	038, 014	
8850	Endoskopická adetonómia + tonzilektómia	424	10	434	014	
8851	Endoskopická adenotómia + tonzilotómia	385	10	395	014	
8852	Tonzilektómia + uvulopalatoplastika	435	10	445	014	
8853	Turbinoplastika + dacryocystorinostómia	525	10	535	014	
8854	turbinoplastika + funkčná endoskopická sinusová chirurgia (FEES)	583	10	593	014	
8855	Turbinoplastika + septoplastika	583	10	593	014	
8856	Turbinoplastika + rekonštrukcia perforácie septa nosa	563	10	573	014	
8857	Septoplastika + funkčná endoskopická sinusová chirurgia (FEES)	650	10	660	014	
8858	operácia stenózy zvukovodu, odstránenie exostózy zvukovodu + tympanoplastika	634	10	644	014	
8859	rekonštrukcia perforácie nosového septa	284	10	294	038, 014	
8900	Orchiektómia pri atrofickom semenníku	308	10	318	012	
8901	orchiektómia pre karcinóm prostaty	339	10	349	012	
8902	Resekcia kondylomat na penise	209	10	219	012	
8903	Orchiopexia retinovaného hmatného semenníka(nie pri kryptorchizme)	308	10	318	012	
8904	biopsia steny močového mechúra	110	10	120	012	
8905	zavedenie a odstránenie ureterálnej endoprotézy	254	10	264	012	
8908	suburetrálna aplikácia implantátov pri stresovej inkontinencii alebo pri vezikorenálnom refluxe	336	10	346	012	
8909	operácia fimózy - cirkumcizia zo zdravotných dôvodov	198	10	208	038, 010, 012	
8910	divulzia uretry pri stenóze ženskej uretry	193	10	203	012	
8911	plastika verikokély	308	10	318	012	
8912	resekcia spermatokély alebo cysty nadsemenníka	308	10	318	012	
8914	operácia jednoduchej hydrokély u mužov	323	10	333	012	
8915	frenuloplastika pre frenulum breve	220	10	230	012	
8916	sterilizácia u muža so zdravotných dôvodov	280	10	290	012	Výkon musí byť vopred schválený RL GR
8917	resekcia karunkuly uretry	154	10	164	012	
8918	exstirpácia kožných nádorov na vonkajších genitáliách	121	10	131	012	
8919	sutúra kožnej rany v oblasti vonkajších genitálií	75	10	85	012	
8920	optická uretrotómia krátkej striktúry	220	10	230	012	
8921	biopsia prostaty	193	10	203	012	
8922	biopsia glans penis	83	10	93	012	
8926	ureteroskopia	275	10	285	109,012	
8927	ureteroskopická litotripsia a extrakcia konkrementu pri jednoduchej	336	10	346	012	

	ureterolitiáze					
8928	dilatácia striktúry uretry	99	10	109	109,012	
8929	operačná repozícia parafimózy	176	10	186	038, 010, 012	
9000	Artroskopická operácia temporomandibulárneho kĺbu	273	10	283	070	
9001	probatórne excízie na histologické vyšetrenie v celkovej anestézii	120	10	130	070, 345, 358	
9003	plastiky oroantrálnych komunikácií	303	10	313	070, 345	
9005	operačná extrakcia retinovaných alebo semiretinovaných zubov	254	10	264	070, 345	
9006	Operačná fixácia luxovaných a subluxovaných zubov	240	10	250	070, 345	
9007	Operačná replantácia zubov	270	10	280	070, 345	
9008	Operačné ošetrenie komplikovaného prerezávania zuba múdrosti	88	10	98	070, 345, 358	
9009	operačná predprotetická úprava čelustí	277	10	287	070, 345	
9010	Operačné ošetrenie nepravých nádorov - epulis	120	10	130	070, 345, 358	
9011	operačná egalizácia d'asnových výbeľkov	236	10	246	070, 345	
9013	extrakcia viacerých zubov v celkovej anestéze	240	10	250	070, 345	
9014	Dentoalveolárne chirurgické výkony v celkovej anestéze pre polyvalentnú alergiu	270	10	280	070, 345, 358	
9015	Dentoalveolárne chirurgické výkony v lokálnej anestéze u geriatrických a rizikových pacientov vzhľadom na interné ochore	312	10	322	070, 345, 358	
9016	Operačné odstránenie osteosyntézového materiálu	310	10	320	070, 345	
9017	Operačná elevácia zygomaticomaxilárneho komplexu v celkovej enestézii	341	10	351	070	
9023	extirpácia dentálnych cyst	312	10	322	070	
9024	operačné prehĺbenie vestibula v oblasti maxily a frontálneho úseku mandibuly	326	10	336	070, 345, 358	
9026	frenulektómia frenulum labii, frenulum accessorii a frenulum linguae	130	10	140	070, 345, 358	
9027	exstirpácia kameňov zo slinovodov	270	10	280	070	
9028	exstirpácia sublinguálnej slinnej žľazy	270	10	280	070	
9029	exstirpácia submandibulárnej slinnej žľazy	270	10	280	070	
9033	resekcia koreňového hrotu troch alebo viacerých zubov	220	10	230	070, 345	
9034	operácia exostózy, torus palatinus, torus mandibularis	220	10	230	070	
9035	extraorálna incízia abscesov	200	10	210	070, 345	
9101	Papilosfinkterektómia a odstránenie konkrementov zo žľčových ciest alebo pankreatického vývodu (endoskopická retrográdna	347	10	357	048	
9103	endoskopické zavedenie drenáže žľčových ciest alebo pankreasu	347	10	357	048	
9104	Endoskopická polypektómia a endoskopická mukózna resekcia v tráviacom trakte	323	10	333	048	
9105	endoskopická injekčná sklerotizácia pažerákových varixov	280	10	290	048	

9106	aplikácia stentov v tráviacom trakte pod endoskopickou alebo rtg kontrolou	315	10	325	048	
9107	endoskopická laserová a argón plazma koagulačná ablácia v tráviacom trakte	315	10	325	048	
9108	fotodynamická ablatívna terapia v tráviacom trakte	300	10	310	048	
9109	tenkoihlová biopsia pod endoskopickou ultrasonografickou kontrolou v tráviacom trakte	347	10	357	048	
9202	resekcia alebo iná operácia dolnej nosovej mušle	260	10	270	038, 014	
9203	uzáver vestibulonazálnej alebo oronazálnej komunikácie	240	10	250	038, 070, 345	
9204	korekcia nosa a nosového septa pri rozštepe podnebia	260	10	270	038, 014	
9205	korekcia nosných dierok	286	10	296	038, 014	
9210	chirurgická korekcia ptózy hornej mihalnice (vrodenej, senilnej) zo zdravotných dôvodov	264	10	274	038	
9211	rekonštrukcie viečok po resekcii tumoru alebo traumatickej strate lalokovou plastikou	290	10	300	038	
9212	odstránenie benígneho alebo malígneho tumoru kože a podkožia v ktorejkoľvek lokalizácii s krytím defektu lalokovou plastikou	121	10	131	038	
9213	korekcia kontrahujúcej jazvy Z-plastikou alebo voľným kožným transplantátom	198	10	208	038	
9214	korekcia hypertrofickej alebo keloidnej jazvy dermabráziou, excíziou alebo iným spôsobom	143	10	153	038	Výkon musí byť vopred schválený RL GR
9215	dermabrázia kože v ktorejkoľvek lokalizácii z inej príčiny ako jazva	240	10	250	038	
9216	dermofasciektómia s krytím voľným kožným transplantátom	157	10	167	038	
9218	lúčovitá amputácia prsta pre recidivujúcu formu Dupuytrenovej kontraktúry s ťažkou deformitou	135	10	145	038	
9221	discízia retinaculum flexorum pri syndróme Guynovho kanála (útlakový syndrom Nervus ulnaris v lakti)	319	10	329	038	
9222	deliberácia a transpozícia nervus ulnaris	319	10	329	038	
9223	discízia retinaculum flexorum	319	10	329	038	
9224	operačný výkon pre pronátorový syndróm	319	10	329	038	
9225	operačný výkon pre útlakové syndrómy v iných lokalitách	319	10	329	038	
9226	primárna alebo sekundárna mikrosutúra periférneho nervu	319	10	329	038	
9229	rekonštrukcia periférneho nervu nervovým štepom bez použitia alebo s použitím tkanivového lepidla	180	10	190	038	
9234	rekonštrukcia šľachy vložení spaceru alebo voľného šľachového transplantátu	180	10	190	038	
9235	rekonštrukcia šľachy dvojdobá (Paneva-Holevich)	180	10	190	038	
9236	operácia deformity labutej šije	180	10	190	038	
9237	rozpojenie mäkkej syndaktýlie	180	10	190	038	

9238	separácia jedného medziprstia po popálení	180	10	190	038	
9245	korekcia asymetrie prsníkov vložením implantátu zo zdravotných dôvodov	330	10	340	038	
9246	redukčná mamoplastika zo zdravotných dôvodov	330	10	340	038	
9247	vloženie implantátu alebo implantát-expanderu po ablácii prsníka	330	10	340	038	
9248	operácia gynekomastie bez liposukcie alebo s liposukciou zo zdravotných dôvodov	300	10	310	038, 010	
9254	operácia venter pendulum zo zdravotných dôvodov	200	10	210	038, 010	
9255	operácia diastázy priamych brušných svalov	260	10	270	038, 010	
9256	operácia hernie prednej brušnej steny	260	10	270	038, 010	
9257	operácia mediálnej brušnej hernie	260	10	270	038, 010	
9260	mikrosutúra nervu end to side	187	10	197	038	
9513	extraneurálna mikroneurolyza	319	10	329	038	
9514	intraneurálna mikroneurolyza bez náhrady alebo s náhradou časti fascikulov štepom	180	10	190	038	

Všetky korekčné operácie prsníkov zo zdravotných dôvodov, okrem stavov po amputáciách prsníkov pre nádorové ochorenia vyžadujú predchádzajúci súhlas revízneho lekára generálneho riaditeľstva VŠZP.

Výkony v odbornosti 048 je možné akceptovať na chirurgii len v tom prípade, ak majú na oddelení špecialistu-gastroenterológa.

Poskytovateľ vykazuje výkony hradené osobitným spôsobom v dátovom rozhraní pre ambulantnú starostlivosť.

Akceptácia úhrady za výkony hradené osobitným spôsobom nie je podmienená pobytom na lôžku viac ako 24 hodín (t.j. poistenec môže byť prepustený aj pred uplynutím 24 hod. od prijatia do UZZ)

Súčasťou výkonov hradených osobitným spôsobom je:

- komplexné vyšetrenie pacienta lekárom, ktorý poskytne osobitne hradený výkon,
- poskytnutie osobitne hradeného výkonu podľa zdravotnej indikácie,
- poskytnutie anestézie počas osobitne hradených výkonov,
- použitie zdravotníckych pomôcok (ďalej len „ZP“), ak nie je v zmluve uvedené inak,
- následné zabezpečenie potrebnej zdravotnej starostlivosti anesteziológom po anestézii,
- odoslanie odobratého biologického materiálu na histologické vyšetrenie,
- záznam o výsledku histologického vyšetrenia v zdravotnej dokumentácii,
- manažment pacienta v prípade pozitívneho histologického vyšetrenia,
- zdravotná starostlivosť súvisiaca s osobitným výkonom v pooperačnom období,
- rady a poučenia pacienta pred jeho prepustením do domácej starostlivosti,
- iné náklady súvisiace s poskytnutím osobitných výkonov.

K osobitne hradeným výkonom sa uhrádzajú nad rámec výkonu - ZP:

- vnútroočné šošovky pri výkonoch s kódmi 1390, 1391, 1392, 1393a
- suburetrálna páska pri liečbe stresovej inkontinencie v odbore urológie a gynekológie a pôrodnictvo.

Osobitne hradené výkony je možné preklasifikovať na úhradu za ukončenú hospitalizáciu, ak u poistenca vznikli komplikácie, ktoré vyžadujú:

- hospitalizáciu dlhšiu ako 96 hodín a zároveň je poskytovaná liečba, ktorá vyžaduje podanie liekov v celkovej sume viac ako 50% z ceny úhrady za osobitne hradený výkon,
- pobyt na OAIM alebo JIS dlhší ako 24 hodín,
- každé preklasifikovanie osobitného výkonu na hospitalizáciu musí mať podrobné odôvodnenie v zdravotnej dokumentácii a zároveň je predmetom priamej revíznej kontroly.

V prípade ak poskytovateľ vykáže k úhrade pri jednom operačnom zákroku viac ako jeden osobitne hradený výkon, revízny lekár takéto vykazovanie posúdi a v prípade akceptovania uhradí v cene ukončenej hospitalizácie na príslušnom oddelení.

Pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti môže poskytovateľ vykazovať len zmluvne dohodnuté kombinácie výkonov.

Pokiaľ poskytovateľ použije pri výkonoch hradených osobitným spôsobom ZP uvedené v tabuľke Maximálne ceny pripočítateľných položiek, poisťovňa uhradí náklady, ktoré poskytovateľ vynaložil na obstaranie takýchto ZP, maximálne však vo výške uvedenej v tabuľke.

K výkonom č. 1390, 1391 a 1392 v odbore oftalmológia sa hradia ako pripočítateľné položky reálne náklady za nákup vnútroočnej šošovky PZS, ktorý to má zmluvne dohodnuté, maximálne však do sumy:

Druh vnútroočnej šošovky	Kód	Maximálna úhrada VŠZP v € (vrátane DPH)	Podmienka úhrady
Tvrdá VOŠ	S1001	60€	
Mäkká vnútroočná šošovka Hydrofilná	S2001	70€	
Hydrofóbná	S2002	110€	
kolamérové hydrofilné vnútroočné šošovky	S2003	110€	
Mäkká vnútroočná šošovka	S3001	165€	Zdravotná indikácia
Mäkká vnútroočná šošovka so žltým filtrom	S4001	145€	
Fakická vnútroočná šošovka	S5001	600€	len pri výkone 1395 - primárna implementácia umelej vnútroočnej šošovky zo zdravotných dôvodov

Zdravotné indikácie pre úhradu mäkkej vnútroočnej šošovky s priemerom 7 mm

- Diabetes mellitus
- Myopia gravis (od -6,0 Dioptrií)
- Degeneratívne ochorenia sietnice
- Stav po úrazoch oka
- Odlúpenie sietnice

K výkonom jednodňovej zdravotnej starostlivosti č. 8631 a 8908 v odbore urológia a gynekológia sa hradia ako pripočítateľné položky reálne náklady na nákup suburetrálnej pásky na liečbu stresovej inkontinencie, maximálne však do sumy **719 €**.

K výkonu jednodňovej zdravotnej starostlivosti vrátane osobitne hrazeného výkonu č. 9247 v odbore plastická chirurgia sa hradia ako pripočítateľné položky reálne náklady na nákup prsníkových implantátov, prsníkových expandérov – ZP 200001, maximálne však do sumy **504 €**

4. Stacionár

Stacionár je určený na poskytovanie zdravotnej starostlivosti v čase kratšom ako 24 hodín, kde sa vykonáva súbor pracovných činností pri poskytovaní ambulantnej zdravotnej starostlivosti osobám, ktorých zdravotný stav vyžaduje opakované denné poskytovanie ambulantnej zdravotnej starostlivosti vždy v nadväznosti na ústavnú zdravotnú starostlivosť alebo ambulantnú zdravotnú starostlivosť.

Zdravotná starostlivosť v stacionári sa uhrádza cenou za ošetrovací deň. Cena za ošetrovací deň zahŕňa všetky náklady súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v stacionári vrátane nákladov na lieky so spôsobom úhrady A, nákladov na zdravotnícke pomôcky s výnimkou psychiatrického stacionára, kde sa lieky so spôsobom úhrady A hradia nad cenu ošetrovacieho dňa.

Cena za ošetrovací deň:

	cena za OD v €	příplatek k cene OD v €	úhrada spolu
Stacionár v odbore psychiatria	11,62 €	0,60	12,22

- Maximálna dĺžka pobytu v stacionári je 3 mesiace v priebehu posledných 12 mesiacov. Pobyt v stacionári dlhší ako 3 mesiace je možný len s predchádzajúcim súhlasom poisťovne.
- Indikáciu na poskytovanie zdravotnej starostlivosti určí ošetrojúci lekár ústavnej alebo špecializovanej ambulantnej starostlivosti v Návrhu na poskytovanie zdravotnej starostlivosti v dennom stacionári. Tlačivo Návrhu je uverejnené na internetovej stránke poisťovne. Návrh je platný najviac 3 mesiace, je súčasťou zdravotnej dokumentácie poistenca v stacionári a kópia alebo odpis návrhu je súčasťou zdravotnej dokumentácie poistenca u ošetrojúceho lekára špecializovanej ambulantnej starostlivosti alebo v chorobopise ústavnej starostlivosti.

5. Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky (SVLZ)**SVLZ - Laboratórne**

Špecializačný odbor	Cena bodu
laboratórne	0,006473 €
patologická anatómia č. výkonu 9980 / 1000 bodov	0,006639 €

SVLZ - Zobrazovacie

Špecializačný odbor	Cena bodu
Rádiológia – typ ZS 400	0,007303 €
CT – počítačová tomografia – typ ZS 420 – nepretržitá prevádzka	0,006307 €
MR – magnetická rezonancia – typ ZS 421 – prístroj nad 1 Tesla	0,005975 €
MR – magnetická rezonancia – typ ZS 421 – prístroj nad 1 Tesla – výkony MSK – muskuloskeletálny systém (výkony č. 5612a, 5613)	0,005311 €

SVLZ - Ostatné

Špecializačný odbor	Cena bodu
výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ) z časti FYZIATRIA BALNEOTERAPIA A LIEČEBNÁ REHABILITÁCIA s kódmi č.: 509a, 512, 513, 514a, 516, 518, 522, 523a, 530, 531, 532, 533a, 540, 541, 542	0,010623 €
výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ okrem vybraných výkonov) z časti FYZIATRIA BALNEOTERAPIA A LIEČEBNÁ REHABILITÁCIA	0,007303 €
Ostatné výkony SVLZ – (funkčná diagnostika – typ ZS 400, endoskopické vyšetrovacie metódy v jednotlivých odboroch)	0,006971 €
Výkon 9507 – stanovenie špecifického IFN – gama pre stanovenie latentnej in. infekcie tbc, v cene výkonu je zahrnutá aj cena odberovej súpravy. Výkon 9507 môže indikovať lekár s odbornosťou 003 pneumológ, ftizeológ a vykonávať pracoviská SVLZ v odbore 034 mikrobiológia a 040 imunológia. Pracoviská SVLZ vykonávajúce diagnostiku latentnej tbc výkonom 9507 poskytnú indikujúcemu pneumológovi odberové súpravy, resp. zaistia odber materiálu.	29,26 €

Pokiaľ poskytovateľ použije pri SVLZ výkonoch v rádiológii, CT a MR diagnostike materiál uvedený v tabuľke. Maximálne ceny pripočítateľných položiek, poisťovňa uhradí náklady, ktoré poskytovateľ vynaložil na obstaranie takého materiálu, maximálne však vo výške uvedenej v tabuľke. Poskytovateľ môže vykazovať poisťovní Podobné vyšetrenia, len ak s ich vykazovaním poisťovňa súhlasila.

Maximálne ceny pripočítateľných položiek k výkonom SVLZ :**a) Maximálne ceny pripočítateľných RD kódov v rádiológii**

Kód výkonu	Počet bodov	Názov výkonu	Kód RD	Max.cena kódu RD v €	Kód stentu/ stentgraftu	Max. cena stentov – stentgraftov v €/ks
I. Rádiologická diagnostika						
Zuby a čeluste						
5000	160	Intraorálna snímka zubov - každá snímka				

5001	400	Panoramatická snímka (snímky) hornej a dolnej čeľuste, za každú čeľusť				
5002	500	Panoramatická vrstvová snímka (snímky) hornej a dolnej čeľuste (ortopantogram), za každú čeľusť				
5003	650	Špeciálna projekcia časti čeľuste alebo sánky, za každú časť. Vykonanie špeciálnej projekcie časti čeľuste je účtovateľné podľa výkonu pod kódom 5023.				
5004	100	Bitewingova projekcia				
Skelet (kostra)						
5010	800	Lebka prehľadne v dvoch rovinách				
5011	500	Paranazálne dutiny				
5012	300	Časti lebky v špeciálnych projekciách, každá projekcia spolu so zrovnávacou projekciou				
5015	500	Kostený thorax v jednej rovine				
5016	700	Kostený thorax v dvoch rovinách				
5020	650	Končatiny alebo ich časti najmenej v dvoch rovinách				
5021	350	Príplatok k výkonu pod kódom 5020 alebo pod kódom 5022 za jednu alebo viac dodatočných snímok na preskúšanie väzivového aparátu základného kĺbu palca, ramenného kĺbu, kolenného kĺbu alebo členkového kĺbu				
5022	800	Časti ramenného pletenca alebo panvy najmenej v dvoch rovinách				
5023	300	Časti skeletu v jednej rovine, každá rovina zobrazenia				
5024	500	Štandardné natívne vyšetrenie panvy v AP prípadne PA projekcii. Okrem výkonu pod kódom 5024 sa ďalšie čiastkové snímky panvy (každá časť) účtujú podľa výkonu pod kódom 5023.				
5025	800	Artrografia, vrátane skiaskopie, ramenných a kolenných kĺbov, za každú projekciu	RD001	8,30		
5030	700	Základné vyšetrenie jedného úseku chrbtice (cervikálna, hrudná, lumbálna) - dvojrovinne.				
5031	1 300	Celková snímka chrbtice u detí				
5032	1 300	Dynamické vyšetrenie niektorého úseku chrbtice (štandardne 4 snímky)				

5033	400	Sacroiliakálne zhyby				
5035	2 400	Perimyelografia	RD001	8,30		
Vnútorne orgány						
5050	650	Krčné orgány alebo ústna spodina				
5051	500	Štandardné vyšetrenie hrudných orgánov v PA alebo AP projekcii, aj kostného hemithoraxu				
5052	700	Hrudné orgány, prehľad vrátane skiaskopie				
5053	1 500	Hrudné orgány v dvoch rovinách (po podaní kontrastnej látky pod skiaskopickou kontrolou)				
5056	500	Hrudné orgány, cielená snímka				
5060	500	Štandardné vyšetrenie brucha v PA alebo AP projekcii				
5061	600	Brucho - natívne vyšetrenie najmenej v dvoch prípadne viacerých postaveniach				
5062	500	Cielená snímka brucha				
5065	800	Vyšetrenie žľčových ciest po operácii po aplikácii kontrastnej látky cez T dren				
5070	2 200	Kontrastné vyšetrenie pažeráka ako samostatný výkon vrátane skiaskopie				
5071	4 500	Dvojkontrastné vyšetrenie horného úseku gastrointestinálneho traktu (štandardné vyšetrenie sa vykonáva v hypotonizácii)				
5072	550	Rozšírenie výkonu pod kódom 5071 až po ileocekálnu oblasť vrátane skiaskopie				
5075	5 700	Irigrafické vyšetrenie dvojkontrastné	RD002	11,62		
5076	6 200	Vyšetrenie tenkého čreva - enteroklýza (duodeno- jejunálne ústiacou sondou pri aplikácii kontrastnej látky do sondy, vrátane skiaskopie)	RD003	140,08		
5077	1 500	Príplatok k výkonu pod kódom 5075 pri kontrastnom vyšetrení u dieťaťa do 14 rokov a ďalšia bonifikácia pri repozičných výkonoch pri invaginácii u dieťaťa do piatich rokov				
5080	2 200	Kontrastné vyšetrenie močového traktu (intravenózna vylučovacia urografia)				
5081	1 800	Kontrastné vyšetrenie močovej trubice alebo močového mechúra (ureterocystografia) po retrográdnom podaní	RD004	26,56		

		kontrastnej látky				
5082	2 000	Refluxná cystografia vrátane mikčného vyšetrenia ako samostatný výkon	RD004	26,56		
5083	2 000	Kontrastné vyšetrenie močovej trubice alebo močového mechúra (ureterocystografia) u dieťaťa	RD004	26,56		
5090	3 000	Kontrastné vyšetrenie maternice alebo vajcovodov (hysterosalpingografia) vrátane skiaskopie	RD004	26,56		
5092	1 500	Mamografia bilaterálna (štandardná mamografia - v dvoch projekciách každý prsník aj so zobrazením axily)				
5092a	800	Mamografia unilaterálna - v dvoch projekciách so zobrazením axily				
5092b	500	Doplnkové mamografické projekcie				
5092c	1 500	Mamografia - vrátane lokalizácie patologického procesu pred operáciou				
5093	2 200	Duktografia	RD004	26,56		
5095	1 800	Röntgenové vyšetrenie systémov, ktoré vznikli prirodzene alebo následkom choroby, vyšetrenie dutín, fistúl (napríklad sialografia, kavernografia, vezikulografia, retrográdna urografia)	RD004	26,56		
cievy						
5100	24 000	AG mozgových ciev Seldingerovou technikou (ST)	RD005	473,01		
5101	22 000	AG aorty alebo pľúcnice, alebo dolnej dutej žily	RD006	297,09		
5102	22 000	AG niektorej z tepien odstupujúcich z aorty	RD007	325,30		
5103	20 000	Aortoarteriografia končatín Seldingerovou technikou	RD008	382,73		
5104	25 000	AG a odber venózneho krvi z nadobličiek alebo obličiek alebo z dolných petróznych sínusov alebo peripankreatických žíl transhepatálnym prístupom	RD008	382,73		
5106	18 000	Perkutánná AG dolnej končatiny	RD009	93,61		
5108	2 900	Flebografia vén horných alebo dolných končatín alebo hornej dutej žily	RD010	11,95		
5110	22 000	Angiokardiografia, jedna séria	RD011	220,08		
5111	25 000	Angiokardiografia, dve série	RD012	265,55		
5112	27 000	Angiokardiografia, viac ako	RD013	298,75		

		dve série				
5120	20 000	Koronarografia, jedna série	RD014	265,55		
5121	25 000	Koronarografia, dve série	RD015	298,75		
5122	27 000	Koronarografia, viac ako dve série	RD016	331,94		
5130	4 000	Lymfografia	RD017	89,62		
Intervenčná rádiológia						
5131a	32 000	Perkutánna transluminálna angioplastika (PTA) periférnych tepien a tepien panvy	RD018	1 700		
5131b	32 000	Perkutánna transluminálna angioplastika (PTA) tepien oblúka aorty	RD019	1 417		
5131c	32 000	Perkutánna transluminálna angioplastika (PTA) karotickej alebo vertebrálnej tepny	RD020	3 153		
5131d	32 000	Perkutánna transluminálna angioplastika renálnych tepien (PTRA)	RD021	3 054		
5131e	32 000	Perkutánna transluminálna angioplastika (PTA) celiakálnej alebo mezenterickej tepny	RD021	3 054		
5131f	40 000	PTA a implantácia stentu do periférnych tepien končatin a tepien pánvy	RD022	4 714	120221	1 659
5131g	40 000	PTA a implantácia stentu do tepien aortálneho oblúka	RD023	4 714	120221	1 659
5131h	40 000	PTA a implantácia stentu do karotickej alebo vertebrálnej tepny	RD024	4 780	120221	1 659
5131i	40 000	PTRA a implantácia stentu do renálnej tepny	RD025	4 647	120221	1 659
5131j	40 000	PTA a implantácia stentu do celiakálnej alebo mezenterickej tepny	RD025	4 647	120221	1 659
5131k	42 000	Implantácia stent - graftu do periférnej alebo intrakraniálnej tepny	RD026	6 639	120223	5 050
5134	50 000	Perkutánna terapia aneuryzmy aorty stent-graftom	RD027	9 958	120224	7 302
5135a	32 000	PTA v oblasti hornej alebo dolnej dutej žily, v. brachiocephalica, prípadne inej venóznej štruktúry	RD028	1 560		
5135b	40 000	PTA a implantácia stentu v oblasti hornej, dolnej dutej žily, v. brachiocephalica, prípadne inej venóznej štruktúry	RD029	4 780	120221	1 659
5136a	30 000	PTA pri stenóze artériovenózneho fistuly u hemodialyzovaných pacientov	RD030	1 461		
5136b	40 000	PTA a implantácia stentu pri stenóze artériovenózneho fistuly u hemodialyzovaných pacientov	RD031	3 120	120221	1 659
5137	30 000	Trombolýza cievneho uzáveru alebo hydrolýza cievneho uzáveru	RD032	1 826		

5138	10 000	Aspirácia trombotického materiálu (výkon je možné vykázat iba k výkonom angiologickej intervenčnej rádiológie)	RD034	1 095		
5139	35 000	Perkutánnu nukleotómia	RD035	1 992		
5139a	15 000	Diskografia	RD036	100		
5139b	50 000	Rádiofrekvenčná ablácia	RD037	1 925		
5139c	45 000	LITT (laserovo indukovaná termografia)	RD038	6 572		
5139d	40 000	Kryodeštrukcia	RD039	4 282		
5139e	30 000	Rekanalizácia vajcovodov pod skiaskopickou kontrolou	RD040	1 228		
5139f	45 000	Vertebroplastika	RD041	1 958		
5139h	10 000	Rektálny nálev pri poruche vyprázdňovania mekonia	RD042	17		
5139g	15 000	Dezinaginácia v oblasti GIT u detí	RD043	17		
5140	30 000	Aterektómia perkutánnu	RD044	1 394		
5140a	40 000	Perkutánnu transluminálnu angioplastiku koronárnych artérií	RD045	1 660		
5140b	42 000	PTCA a implantácia stentu do koronárnych artérií	RD046	3 319	120221	1 659
5140c	35 000	Valvuloplastika	RD047	1 660		
5140d	35 000	Uzáver ductus arteriosus persistens	RD048	5 477		
5140e	35 000	Uzáver defektu septa	RD049	6 307		
5141a	30 000	Implantácia filtra do dolnej dutej žily	RD050	1 826		
5142	30 000	Implantácia stentu do trachey, prípadne do bronchov	RD051	2 490	120225	1 490
5143	15 000	Lumbálnu sympatektómia	RD052	100		
5143a	15 000	Thorakálnu sympatektómia	RD052	100		
5143b	20 000	Coeliakálnu sympatektómia	RD052	100		
5144	10 000	PRT (Periradikulárna terapia)	RD053	7		
5145a	55 000	Embolizácia intrakraniálnej aneuryzmy	RD054	13 278		
5145b	55 000	Embolizácia intrakraniálnej A-V malformácie	RD055	8 298		
5145c	60 000	Embolizácia intrakraniálneho vaskularizovaného nádoru	RD056	4 647		
5145d	50 000	Embolizácia karoticko-kavernózneho fistuly	RD057	11 286		
5146	49 000	Embolizácia vaskularizovaného procesu na krku a tvári	RD058	6 639		
5146a	30 000	Okluzívny test a. carotis interna (Man...)	RD059	1 228		
5147a	50 000	Embolizácia v oblasti hrudníka	RD060	3 718		
5147b	40 000	Embolizácia v oblasti abdomenu	RD060	3 718		
5147c	40 000	Embolizácia v oblasti malej pánvy	RD060	3 718		
5147d	35 000	Embolizácia v oblasti muskuloskeletálneho systému (panva, končatiny)	RD060	3 718		

5147e	40 000	Embolizácia v oblasti chrbtice, spinálneho kanála, miešnych štruktúr	RD061	4 979		
5147f	20 000	Embolizácia prípadne sklerotizácia varikokély	RD062	2 324		
5148a	13 000	PTC - perkutánná transhepatálna cholangiografia	RD063	100		
5148b	20 000	PTC a PTD (perkutánná transhepatálna drenáž)	RD064	1 328		
5148c	30 000	PTC, PTD a implantácia stentu	RD065	5 311		
5148d	25 000	Perkutánná gastrostómia	RD066	697		
5148e	30 000	Perkutánná gastroduodenojejunostómia	RD067	763		
5148f	25 000	Perkutánná cholecystostómia	RD068	365		
5148g	70 000	TIPS (transjugulárny intrahepatický portosystémový skrat)	RD069	6 971		
5149	15 000	Endoskopická retrográdna cholangiopankreatikografia (výkon môže vykazovať gastroenterológ v spolupráci s lekárom rádiológom)	RD070	232		
5149a	16 000	Endoskopická retrográdna cholangiopankreatikografia a papilotómia (výkon môže vykazovať gastroenterológ v spolupráci s lekárom rádiológom)	RD071	1 228		
5149b	20 000	Endoskopická retrográdna cholangiopankreatikografia a implantácia stentu (výkon môže vykazovať gastroenterológ v spolupráci s lekárom rádiológom)	RD072	4 149	120226	2 600
5150	13 000	Embolizácia, prípadne sklerotizácia varikokély vrátane predchádzajúceho kontrastného zobrazenia	RD073	2 324		
5150a	10 000	Sklerotizácia cysty pečene, obličky a pod.	RD052	100		
5151	6 400	Punkcia alebo biopsia pod skiaskopickou kontrolou	RD052	100		
5151a	8 000	Drenáž pod skiaskopickou kontrolou	RD074	315		
5152a	10 000	Punkcia alebo biopsia pod CT kontrolou	RD052	100		
5152b	10 000	Punkcia alebo biopsia pod MR kontrolou	RD075	166		
5152c	10 000	Drenáž pod CT kontrolou	RD076	564		
5152d	12 000	Drenáž pod MR kontrolou	RD077	664		
5152e	10 000	Fixácia zlomenín pod CT kontrolou	RD078	2 324		
5153a	5 000	Punkcia alebo biopsia pod USG kontrolou	RD052	100		
5153b	4 000	Drenáž pod USG kontrolou	RD079	425		
5154	15 000	Baloniková dilatácia v oblasti ezofágu alebo iného úseku gastrointestinálneho traktu	RD080	996		

5154a	25 000	Implantácia stentu do ezofágu alebo do inej časti gastrointestinálneho traktu	RD081	2 490	120227	1 493
5155	15 000	Chemoembolizácia	RD082	5 510		
5156	6 400	Stereobiopsia prsníka	RD083	100		
5156a	25 000	Vákuová mamotómia	RD084	996		
Výkon pod kódmi 5156a sa vykazuje po predchádzajúcom súhlase zdravotnej poisťovne						
5157	25 000	Litotripsia perkutánná	RD085	332		
5157a	20 000	Litotripsia extrakorporálna (ESWL)	RD086	126		
5158	25 000	Implantácia double pigtailu do močových ciest	RD087	325		
5158a	25 000	Implantácia stentu do močových ciest	RD088	2 124	120228	1 161
5158b	20 000	Nefrostómia	RD089	631		
5158c	20 000	Balóniková dilatácia stenózy ureteru alebo uretry	RD090	1 095		
Počítačová tomografia						
5200	15 000	CT v oblasti hlavy	RD091	61,74		
5201	14 000	CT v oblasti krku	RD091	61,74		
5202	18 000	CT v oblasti hrudníka	RD091	61,74		
5203	18 000	CT v oblasti brucha	RD091	61,74		
5204	16 000	CT v oblasti malej panvy	RD091	61,74		
5204a	36 000	CT v oblasti hrudníka, brucha (v jednom sedení)	RD091	61,74		
5204b	54 000	CT v oblasti hrudníka, brucha a panvy (v jednom sedení)	RD091	61,74		
5204c	40 000	CT u polytraumatického pacienta alebo pri stagingu nádorových ochorení (hlava, chrbtica, hrudník, brucho a panva)	RD091	61,74		
5204d	10 000	CT v oblasti muskuloskeletálneho systému	RD091	61,74		
5204e	13 000	CT medzistavcových priestorov (do troch priestorov)	RD091	61,74		
5205	3 500	Trojrovinňové a volumetrická rekonštrukcia (možno vykázat k výkonom pod kódmi 5200 až 5204e)				
5206	20 000	CT angiografia	RD091	61,74		
5206a	7 000	CT denzitometria	RD000			
5206b	15 000	CT artrografia (vykonáva sa po predchádzajúcom vyšetrení CT skeletu v oblasti záujmu)	RD092	49,79		
5207	8 000	HRCT pľúc	RD000			
5207a	12 000	Kvantitatívna histogramová analýza pľúc. Vykonáva sa pre potreby dôkazu pneumokoniózu pre posudzovanie validity.	RD091	61,74		
5208	15 000	CT stereotaxia mozgu	RD091	61,74		
5209	30 000	Kardio CT výkon sa vykonáva na prístrojoch od 16 MFCT	RD091	61,74		

5210	8 000	CT vyšetrenie na kvantifikáciu množstva kalcia (calcium scoring). Výkon sa vykazuje zdravotnej poisťovni so súhlasom revízneho lekára.				
5211	20 000	Virtuálna bronchoskopia	RD000			
5212	20 000	Virtuálna kolonoskopia	RD092	49,79		
5212a	20 000	Virtuálne CT iných orgánov	RD091	61,74		
Magnetická rezonancia						
5600	30 000	MR v oblasti hlavy	RD091	61,74		
5605	30 000	MR v oblasti krku alebo krčnej chrbtice	RD091	61,74		
5605a	30 000	MR v oblasti chrbtice - hrudnej alebo lumbálnej	RD091	61,74		
5610	30 000	Magnetická rezonancia v oblasti hrudníka, mediastína, srdca	RD091	61,74		
5611	30 000	Magnetická rezonancia v oblasti krku alebo brucha, alebo steny hrudného koša, alebo mediastína, alebo malej panvy	RD091	61,74		
5611a	30 000	MR v oblasti brucha	RD091	61,74		
5611b	30 000	MR v oblasti malej panvy	RD091	61,74		
5611c	50 000	MR v oblasti dvoch alebo viacerých anatomických systémov pri jednom vyšetrení	RD091	61,74		
5612	25 000	Magnetická rezonancia prsníkov	RD091	61,74		
5612a	20 000	Magnetická rezonancia muskuloskeletálneho systému	RD091	61,74		
5612b	15 000	MR angiografia ako príplatok k MR vyšetreniam v rôznych anatomických lokalizáciách	RD091	61,74		
5612c	30 000	MR cholangiopankreatikografia	RD091	61,74		
5612d	25 000	MR urografia	RD091	61,74		
5612e	20 000	MR artrografia	RD091	61,74		
5613	17 000	Magnetická rezonancia muskuloskeletálneho systému na špeciálnych MR prístrojoch určených cielene pre diagnostiku ochorení kĺbov.				

b) Maximálne ceny pripočítateľných položiek - filmov a PACS archivácie pri výkonoch RTG (typ ZS 400)

Filmové materiály

Kódové označenie tradičných filmových materiálov			Maximálna cena 1 snímku s DPH v €
FOTO01	Snímok rozmer 3 x 4	(stomatologický)	0,37
FOTO02	Snímok rozmer 15 x 30	(stomatologický)	0,66
FOTO03	Snímok rozmer 18 x 24		0,50
FOTO04	Snímok rozmer 24 x 30		0,83

FOTO05	Snímok rozmer 35 x 35	1,43
FOTO06	Snímok rozmer 30 x 40	1,33
FOTO07	Snímok rozmer 35 x 43	1,73
FOTO08	Snímok rozmer 24 x 30 (pre mamografiu)	1,83
FOTO09	Snímok rozmer 18 x 24 (pre mamografiu)	1,10
FOTO10	Snímok rozmer A4	0,76
FOTO11	Snímok rozmer 14 x 17 inch laser	5,97
FOTO12	Snímok rozmer 8 x 10 inch laser	1,53
FOTO13	Snímok rozmer A3	2,82
FOTO14	Snímok rozmer 13 x 18	0,33
FOTO15	Snímok rozmer 15 x 40	0,76
FOTO16	Snímok rozmer 5 x 7 (axiálna projekcia)	2,32
FOTO17	Snímok rozmer 18 x 43	0,86
FOTO18	Snímok rozmer 20 x 40	0,93

Poskytovateľ vykáže k jednotlivým výkonom rádiológie reálny počet snímok a kódové označenie použitých snímok, ktoré použil pri výkone.

PACS archivácia

Úhrada PACS archivácie pri výkonoch v rádiológii vykazovanej v zmysle platného dátového rozhrania je ocenená paušálnou cenou 0,93 € pri každom realizovanom výkone.

6. Priamo hradené výkony

(typ zdravotnej starostlivosti 400)

9950	EGFR molekulárna genetika	500,00 €
9972	BRAF molekulárna genetika	200,00 €
9970	RET (7 exónov) molekulárna genetika	900,00 €
9970a	RET (1 exón) molekulárna genetika	150,00 €
9951	Elektrónová mikroskopia	350,00 €
9952	Liquid based cytology	15,00 €

B. Ústavná zdravotná starostlivosť

Cena za ukončenú hospitalizáciu (UH):

Odbornosť oddelenia	Názov oddelenia	Cena za UH v €	Priplatok k cene UH	Úhrada spolu
001	vnútorné lekárstvo	614,00	90,00	704,00
002	infektológia	658,00	90,00	748,00
003	pneumológia a ftizeológia	675,00	90,00	765,00
004	neuroológia	672,00	90,00	762,00
005	psychiatria	1 074,00	90,00	1 164,00
007	pediatria	662,00	90,00	752,00
009	gynekológia a pôrodnictvo	606,00	90,00	696,00
010	chirurgia	906,00	90,00	996,00
011	ortopédia	809,00	90,00	899,00
012	urológia	715,00	90,00	805,00
013	úrazová chirurgia	989,00	90,00	1 079,00

014	otorinolaryngológia	611,00	90,00	701,00
018	dermatovenerológia	544,00	90,00	634,00
019	klinická onkológia	1 500,00	90,00	1 590,00
025	anestéziológia a intenzívna medicína	5 369,00	90,00	5 459,00
027	fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia	601,00	90,00	691,00
031	hematológia a transfuziológia	1 632,00	90,00	1 722,00
037	neurochirurgia	1 203,00	90,00	1 293,00
038	plastická chirurgia	548,00	90,00	638,00
047	nukleárna medicína	2 304,00	90,00	2 394,00
049	kardiológia	969,00	90,00	1 059,00
051	neonatológia	547,00	90,00	637,00
068	cievna chirurgia	1 056,00	90,00	1 146,00
070	maxilofaciálna chirurgia (+JZS)	763,00	90,00	853,00
106	hrudníková chirurgia	1 258,00	90,00	1 348,00
107	detská chirurgia	682,00	90,00	772,00
196	JIS -jednotka intenzívnej starostlivosti -	921,00	90,00	1 011,00
201	JIS neurologická	1 008,00	90,00	1 098,00
202	JIS chirurgická	1 360,00	90,00	1 450,00
278	arytmia a koronárna jednotka	1 530,00	90,00	1 620,00
306	klinické pracovné lekárstvo a klinická	534,00	90,00	624,00
323	pediatrická anestéziológia	6 868,00	90,00	6 958,00
332	pediatrická intenzívna medicína	1 834,00	90,00	1 924,00
602	JIS infekčná	986,00	90,00	1 076,00
613	JIS úrazová	1 483,00	90,00	1 573,00
637	JIS neurochirurgická	1 805,00	90,00	1 895,00
668	JIS cievnej chirurgie	1 584,00	90,00	1 674,00
706	JIS hrudníková chirurgia	1 887,00	90,00	1 977,00

Dlhodobá hospitalizácia – cena za ošetrovací deň (OD) :

50,00 €

Cena za ukončenú hospitalizáciu, ošetrovací deň v ústavnej zdravotnej starostlivosti

1. UZS je poskytovaná poistencovi, ktorého zdravotný stav vyžaduje nepretržité poskytovanie zdravotnej starostlivosti dlhšie ako 24 hodín. Neodkladná UZS je poskytovaná aj bez odporúčania iného ošetrojúceho lekára. Odkladná (plánovaná) UZS je poskytovaná na základe odporúčania ošetrojúceho lekára poistenca, odôvodnenia prijatia do UZS,
2. Poistovňa uhradí za hospitalizáciu dlhšiu ako 24 hodín cenu za ukončenú hospitalizáciu alebo cenu za ošetrovaní deň, to neplatí v prípade výkonov hrazených osobitným spôsobom. Cena za ukončenú hospitalizáciu sa uhrádza za oddelenie, na ktorom bola poistencovi poskytovaná zdravotná starostlivosť dlhšie ako 24 hodín..
3. Cena za ukončenú hospitalizáciu a cena za ošetrovací deň zahŕňa všetky náklady a úhradu za komplexnú poskytnutú starostlivosť pokiaľ ďalej nie je uvedené inak.
4. Ak bol poistenec prijatý na lôžkové oddelenie na poskytovanie UZS, hospitalizácia však nebola dlhšia ako 24 hodín, je poskytovateľ oprávnený vykázat' poistovni všetky výkony, ktoré boli poskytnuté poistencovi formou ambulantných výkonov.
5. Ak bol poistenec prijatý na lôžkové oddelenie na poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti, hospitalizácia však nebola dlhšia ako 24 hodín v dôsledku úmrtia poistenca, je poskytovateľ oprávnený vykázat' poistovni hospitalizáciu a pripočítateľné položky, ktoré boli poskytnuté poistencovi počas poskytovania ústavnej zdravotnej starostlivosti v dávke ústavnej starostlivosti vo výške 50% ceny za ukončenú hospitalizáciu.
6. Ak bol poistenec prijatý na lôžkové oddelenie na poskytovanie UZS, hospitalizácia však nebola dlhšia ako 1 hodinu v dôsledku úmrtia poistenca, je poskytovateľ oprávnený vykázat' výkony poskytnuté počas resuscitácie spolu s pripočítateľnými položkami, ktoré sú vykazované v dávkach ambulantnej starostlivosti.
7. Hospitalizácie na oddelení anestéziológie a intenzívnej medicíny budú posudzované vždy individuálne, na základe dokumentovaného zdravotného stavu poistenca, poskytnutej zdravotnej starostlivosti. Pri

- posudzovaní odôvodnenosti hospitalizácie poistenca bude poisťovňa uplatňovať ako pomocné kritérium TISS skórovací systém (Therapeutic Intervention Scoring Systém). Hospitalizácia bude považovaná za odôvodnenú, ak zdravotný stav poistenca vyžadoval podporu základných životných funkcií prístrojom a dosiahne 25 – 30 bodov počas prvých 24 hodín hospitalizácie na oddelení. Za prístrojové udržiavanie životných funkcií sa nepovažuje krátkodobé ventilovanie poistencov po anestézii.
8. Na JIS jednotlivých oddelení je poskytovaná intenzívna starostlivosť nižšieho a stredného stupňa pri hroziacej poruche niektorej životnej funkcie, pri TISS skóre 15 bodov a viac, s trvalým neinvazívnym monitorovaním najmenej jednej životnej funkcie, s vnútrožilovou infúznou liečbou, nepretržitým sledovaním zdravotného stavu poistenca, bilanciou príjmu a výdaja tekutín a zavedenou osobitnou dokumentáciou (dokumentácia musí obsahovať písomné zdôvodnenie indikácie intenzívnej starostlivosti lekárom, ktorý žiada prijatie na JIS). Po preklade na základné oddelenie, ku ktorému JIS prináleží, resp. pri preklade z oddelenia na JIS, alebo pri opakovanom preklade z oddelenia na JIS a z JIS späť na oddelenie, bude uhradená len cena jednej hospitalizácie (cena hospitalizácie JIS).
 9. Ak je poistenec hospitalizovaný za účelom plánovaného poskytnutia operačného výkonu a tento nie je z akýchkoľvek dôvodov vykonaný, poisťovňa neuhradí cenu ukončenej hospitalizácie. Poskytovateľ je oprávnený vykázať v dávke ambulantnej starostlivosti rovnakej odbornosti poskytnutie výkonu s kódom 60a.
 10. Poskytovateľ môže prijať na geriatrické oddelenie poistenca, ktorý v čase začatia hospitalizácie dovŕšil 65-ty rok života. Na oddelenie dlhodobo chorých alebo do liečebne dlhodobo chorých možno prijať poistenca, ktorého zdravotný stav predpokladá trvanie hospitalizácie dlhšie ako 21 kalendárnych dní.
 11. Hospitalizácia na oddeleniach cievnej chirurgie bude poisťovňou posudzovaná ako odôvodnená a bude uhrádzaná vtedy, ak u poistenca bude vykonaný operačný výkon na magistralných cievach: operačné výkony na karotických artériách, hrudnej a brušnej aorte, hornej a dolnej dutej žile, by-passové operácie na periférnych vetvách artériového cievneho riečiska, tromboektómie a embolektómie.
 12. Podmienkou akceptovania hospitalizácie na oddeleniach, kde je poskytovaná liečba cytostatickými a imunomodulačnými liekmi (napr. onkológia, hematológia, urológia, pneumológia, atď.) a jej úhrady je, že lieky podávané počas hospitalizácie neboli predpísané na lekárske predpis.
 13. Na oddeleniach paliatívnej starostlivosti, jednotkách paliatívnej medicíny a hospicioch je poskytovaná paliatívna starostlivosť poistencom s chronickou nevyhnutnou, pokročilou a aktívne progredujúcou chorobou s časovo obmedzeným prežívaním a terminálna starostlivosť zomierajúcim poistencom.
 14. Vysoko špecializované ústavy môžu prijímať poistencov len s ochoreniami na ktoré je ústav špecializovaný
 15. Poskytovateľ môže poistenca, ktorému poskytuje UZS, preložiť na iné oddelenie toho istého zdravotníckeho zariadenia len v prípade, ak zdravotný stav poistenca nevyhnutne vyžaduje hospitalizáciu na inom oddelení. Opakovaná hospitalizácia na rovnakom oddelení počas jedného súvislého poskytovania UZS v jednom zdravotníckom zariadení sa považuje za jednu pokračujúcu hospitalizáciu na príslušnom oddelení. Preklad z oddelenia na oddelenia z dôvodu poskytnutia výkonu, vyšetrenia, ošetrovania, ktoré hospitalizáciu na ďalšom oddelení nevyžaduje, nebude poisťovňou akceptovaný a uhradený.
 16. Poskytovateľ môže odoslať poistenca na poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti k inému poskytovateľovi po vzájomnej dohode len v prípade, ak to nevyhnutne vyžaduje zdravotný stav poistenca. Odoslanie poistenca na ďalšie poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti podľa predchádzajúcej vety musí byť podrobne odôvodnené v zdravotnej dokumentácii a v prepúšťacej správe a musí byť podpísané primárom oddelenia, resp. primárom alebo prednostom kliniky, v ktorej bol poistenec hospitalizovaný.
 17. Hospitalizácia poistenca, ktorá nadväzuje na hospitalizáciu na oddelení iného zdravotníckeho zariadenia, a ktorá nesplňa podmienky odôvodnenia pokračovania poskytovania UZS podľa predchádzajúceho bodu, nebude poisťovňou akceptovaná a uhradená.
 18. Poisťovňa neuhradí v priebehu hospitalizácie ambulantné výkony poskytnuté v špecializovanej ambulantnej starostlivosti okrem prvého a posledného dňa hospitalizácie.
 19. Poisťovňa počas hospitalizácie poistenca neuhradí osobitne SVLZ výkony rovnakej odbornosti ako je odbornosť oddelenia, na ktorom je poistenec hospitalizovaný (napr. radiačná onkológia, fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia, výkony funkčnej diagnostiky prislúchajúce odbornosti lôžkového oddelenia).
 20. Poskytovateľ v súvislosti s poskytovaním ústavnej zdravotnej starostlivosti používa špeciálny zdravotnícky materiál, uvedený v Zozname kategorizovaných špeciálnych zdravotníckych materiálov (ďalej len „Zoznam kategorizovaných ŠZM“). Poisťovňa uhradí poskytovateľovi cenu za použitý kategorizovaný ŠZM vo výške skutočných nadobúdacích nákladov, maximálne vo výške určenej v Zozname kategorizovaných ŠZM ako „maximálna výška úhrady zdravotnou poisťovňou“ a do výšky zmluvne dohodnutého rozsahu zdravotnej starostlivosti. Poskytovateľ vykazuje kategorizovaný ŠZM s kódom uvedeným v Zozname kategorizovaných ŠZM pod názvom „kód MZ SR“. Ak je v Zozname kategorizovaného ŠZM uvedená podmienka súhlasu poisťovne, poskytovateľ vyplní a zašle poisťovní na schválenie žiadosť uverejnenú na webovej stránke poisťovne pod názvom „Žiadosť o úhradu špeciálneho zdravotníckeho materiálu“.
 21. Ak poskytovateľ používa nekategorizovaný špeciálny zdravotnícky materiál, ktorý je uvedený v tabuľke pod názvom „Maximálne úhrady nekategorizovaných špeciálnych zdravotníckych materiálov“ (ďalej len „maximálne úhrady nekategorizovaných ŠZM“), poisťovňa uhradí poskytovateľovi sumu vo výške skutočných nadobúdacích nákladov, maximálne vo výške určenej v tabuľke „maximálne úhrady nekategorizovaných ŠZM“ a do výšky zmluvne dohodnutého rozsahu zdravotnej starostlivosti, v súlade s indikačnými kritériami uvedenými na webovej stránke poisťovne. Ak je v tabuľke „Maximálne úhrady nekategorizovaných ŠZM“ uvedená skratka R alebo RR, je potrebný súhlas poisťovne pred použitím nekategorizovaným ŠZM. Poskytovateľ vyplní a zašle poisťovní na schválenie žiadosť uverejnenú na webovej stránke poisťovne pod názvom „Žiadosť o úhradu špeciálneho zdravotníckeho materiálu“. Poskytovateľ vykazuje nekategorizovaný ŠZM s kódom uvedeným v tabuľke „maximálne úhrady nekategorizovaných ŠZM“.

22. V prípade, že sa špeciálny zdravotnícky materiál stane na základe kategorizácie súčasťou Zoznamu kategorizovaných ŠZM, bude hrazený podľa bodu 20".
23. Priepustky počas hospitalizácie sú akceptované výlučne na psychiatrickom oddelení psychiatrickej nemocnice, psychiatrickej liečebne alebo centra pre liečbu drogovo závislých, v ktorých je poskytovanie zdravotnej starostlivosti uhrádzané formou dohodnutej ceny za ošetrovací deň. Dni, počas ktorých je poistenec na priepustke, sú zdravotníckemu zariadeniu uhrádzané v dĺžke najviac 3 dni vo výške 30% ceny ošetrovacieho dňa, pričom celkový stanovený zmluvný rozsah výkonov sa musí dodržať.
24. Po ukončení hospitalizácie je poskytovateľ povinný vyhotoviť prepúšťaciu správu (táto zásada platí aj pri preklade pacienta na iné oddelenie), ktorá okrem komplexného zhodnotenia zdravotného stavu poistenca a súhrnu výkonov poskytnutej zdravotnej starostlivosti musí obsahovať aj:
 - a) zoznam liekov, ktoré poskytovateľ podal poistencovi počas hospitalizácie,
 - b) zoznam liekov a zdravotníckych pomôcok, ktoré poskytovateľ odporúča predpisovať poistencovi po ukončení hospitalizácie,
 - c) mená a kódy lekárov - špecialistov, ktorí odporúčali predpísanie liekov za podmienky dodržania preskripčných a indikačných obmedzení,
 - d) medicínske zdôvodnenie prekladu na iné oddelenie, resp. do iného zdravotníckeho zariadenia.
 - e) dátum a čas začiatku a ukončenia hospitalizácie
25. Poskytovateľ je povinný na žiadosť poisťovne umožniť nahliadnutie do evidencie nozokomiálnych nákaz na jednotlivých oddeleniach v zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti, prehľadov sledovania rezistencie jednotlivých mikrobiálnych kmeňov, ústavných liekových formulárov, spotreby antibiotík resp. iných liekov, zaradenia poistencov do klinického výskumu.
26. Zabezpečovanie, schvaľovanie a vykazovanie osobitne uhrádzaných ZP:
 - a. Zdravotnícke zariadenie je povinné použiť ekonomicky a kvalitatívne najvýhodnejší druh ZP a na požiadanie poisťovne dokladovať účelnosť a efektívnosť vynaloženia prostriedkov verejného zdravotného poistenia pri nákupe ZP.
 - b. Zmluvné zdravotnícke zariadenie pri plánovanom poskytnutí ZP, ktorej úhrada vyžaduje schválenie poskytnutia vopred, podá Žiadosť o schválenie poskytnutia a úhrady ZP (ďalej len „žiadosť“) v dvoch vyhotoveniach zmluvnej pobočke (schvaľovanie označené symbolom „R“) resp. Odboru zdravotnému a revíznemu generálneho riaditeľstva poisťovne (schvaľovanie ZP označené symbolom „RR“). Vzor žiadosti je uverejnený na internetovej stránke poisťovne
27. Vyhodnotenie liečby po implantácii ZP:
 - a. Pooperačný výsledok vyhodnotí lekár pracoviska, ktoré poskytlo osobitne uhrádzanú ZP po troch mesiacoch od operácie. Vyhodnotenie zaznamená v Protokole o výsledku implantácie osobitne uhrádzanej ZP (ďalej len „protokol“), ktorý je uverejnený na internetovej stránke poisťovne.
 - b. Protokol je vypracovaný v dvoch vyhotoveniach; jedno vyhotovenie protokolu o efektívnosti a výsledku vykonanej operácie si ponechá pracovisko ako súčasť zdravotnej dokumentácie poistenca a druhé vyhotovenie zašle pobočke poisťovne.
 - c. Protokol o výsledku implantácie sa vyhotovuje pri implantácii ZP s kódmi: 110001 – 110002; 120010 – 120012; 120016 – 120017; 130004 – 130005; 130007 – 130008; 150001 – 150002 a 110014 – 110015.
28. Postup pri schvaľovaní a uhrádzaní finančne nákladných liekov v UZZ
 - a. Poisťovňa považuje za finančne náročnú liečbu podanie lieku ako jedinej terapeutickej alternatívy, ktorá bola použitá v súlade s SPC a súčasne s indikačnými a preskripčnými obmedzeniami podľa aktuálneho Opatrenia MZ SR, ktorým sa vydáva Zoznam liekov a liečiv. Poskytovateľ môže požiadať o úhradu finančne náročnej liečby, ak náklady na podanie jedného lieku alebo skupiny liekov prevýšia cenu ukončenej hospitalizácie. Ak je pri poskytovaní ústavnej zdravotnej starostlivosti pacient hospitalizovaný na viacerých oddeleniach, uvedený postup sa vzťahuje na oddelenie, ktoré liečbu indikovalo. Požiadavku na úhradu si môže uplatniť poskytovateľ až po ukončení hospitalizácie.
 - b. Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti zasiela žiadosť o úhradu finančne náročnej liečby Generálnemu riaditeľstvu poisťovne - Sekcii nákupu zdravotnej starostlivosti na osobitnom tlačive uverejnenom na internetovej stránke poisťovne, ktorá je potvrdená podpisom a odtlačkom pečiatky vedúceho lekára lôžkového zariadenia a odtlačkom pečiatky a podpisom riaditeľa UZZ. Neoddeliteľnou súčasťou žiadosti sú:
 - prepúšťacia lekárska správa,
 - medicínske zdôvodnenie podania finančne náročných liekov,
 - vyčíslenie nákladov podľa jednotlivých položiek,
 - povolenie na použitie lieku vydané MZ SR, ak ide o liek, u ktorého sa vyžaduje povolenie MZ SR na použitie podľa zákona č.140/ 1998 Z.z. v znení neskorších predpisov,
 - kópia dokladu o nadobudnutí lieku (faktúra od dodávateľa),
 - kópie žiadaniek z ústavnej lekárne s vyznačením mena a rodného čísla poistenca.
29. Výkony finančne náročnej zdravotnej starostlivosti sú hrazené ako pripočítateľná položka k cene za ukončenú hospitalizáciu ak nie je v Zmluve uvedené inak.

Osobitne hradený výkon v intervenčnej rádiológii.

kód výkonu	názov výkonu	max. cena v €	Priplatok	Uhrada spolu
H5555	osobitne hradený diagnosticko-terapeutický výkon	750,00	10	760

Pod osobitne hradeným diagnosticko-terapeutickým výkonom sa rozumie poskytnutie ústavnej zdravotnej starostlivosti, trvajúcej menej ako 96 hodín, ktorá je spravidla potrebná a bezprostredne súvisí s poskytovaním diagnostických-terapeutických výkonov v kardiológii pri kardioverzii a pri výkonoch č. 5110, 5111, 5112, 5120, 5121, 5122, 5140a, a 5140b.

Poskytovateľ vykazuje výkony hradené osobitným spôsobom v dátovom rozhraní pre ambulantnú starostlivosť.

Akceptácia úhrady za výkony hradené osobitným spôsobom nie je podmienená pobytom na lôžku viac ako 24 hodín (t.j. poistenec môže byť prepustený aj pred uplynutím 24 hod. od prijatia do UZZ)

Súčasťou výkonov hradených osobitným spôsobom je:

- l) komplexné vyšetrenie pacienta lekárom, ktorý poskytne osobitne hradený výkon,
- m) poskytnutie osobitne hradeného výkonu podľa zdravotnej indikácie,
- n) poskytnutie anestézie počas osobitne hradených výkonov,
- o) použitie zdravotníckych pomôcok (ďalej len „ZP“), ak nie je v zmluve uvedené inak,
- p) následné zabezpečenie potrebnej zdravotnej starostlivosti anestéziológom po anestézii,
- q) odoslanie odobratého biologického materiálu na histologické vyšetrenie,
- r) záznam o výsledku histologického vyšetrenia v zdravotnej dokumentácii,
- s) manažment pacienta v prípade pozitívneho histologického vyšetrenia,
- t) zdravotná starostlivosť súvisiaca s osobitným výkonom v pooperačnom období,
- u) rady a poučenia pacienta pred jeho prepustením do domácej starostlivosti,
- v) iné náklady súvisiace s poskytnutím osobitných výkonov.

K osobitne hradeným výkonom sa neuhrádzajú ZP nad rámec výkonu.

Osobitne hradené výkony je možné preklasifikovať na úhradu za ukončenú hospitalizáciu, ak u poistenca vznikli komplikácie, ktoré vyžadujú:

- d) hospitalizáciu dlhšiu ako 96 hodín,
- e) pobyt na OAIM alebo JIS dlhší ako 24 hodín,
- f) každé preklasifikovanie osobitného výkonu na hospitalizáciu musí mať podrobné odôvodnenie v zdravotnej dokumentácii.

V prípade ak poskytovateľ vykáže k úhrade pri jednom operačnom zákroku viac ako jeden osobitne hradený výkon, revízný lekár takéto vykázanie posúdi a v prípade akceptovania uhradí v cene ukončenej hospitalizácie na príslušnom oddelení.

a) Maximálne úhrady nekategorizovaných špeciálnych zdravotníckych materiálov

Kód nekategoriz. ŠZM	schvaľovanie	Názov nekategorizovaného špeciálneho zdravotníckeho materiálu	Maximálna úhrada nekategoriz. ŠZM v €
120003		Kardiostimulátor jednodutinový bez frekvenčnej adaptácie	1 435
120004		Kardiostimulátor jednodutinový s frekvenčnou adaptáciou	2 224
120005		Kardiostimulátor dvoj dutinový bez frekvenčnej adaptácie	3 817
120006		Kardiostimulátor dvoj dutinový s frekvenčnou adaptáciou	5 739
120007		Kardiostimulátor dvoj dutinový jedoelektrodový bez frekvenčnej adaptácie	3 444
120008		Kardiostimulátor dvoj dutinový jedoelektrodový s frekvenčnou adaptáciou	5 165
120009		Kardiostimulátor dvojkomorový (biventrikulárny)	6 600
120013		Elektroda jednodutinová komorová (pre stimuláciu pravej komory)	531
120014		Elektroda jednodutinová predsieňová	574
120015		Elektroda dvoj dutinová	717
120024	**	Cievna protéza (lineárna, bifurkačná)	861
120025	**	Cievne shuntý	430
120026	**	Lokálne hemostiptické prostriedky	172
120027		Set kontrapulzačný	1 148

120028		Set autotransfúzny	402
120029	**	Set Stapler (Aortálny spojovací systém ACS)	631
120030		Set extrakčný	2 870
120033	**	Katéter embolektomický a trombektomický	103
120046		Záplata (karotická, perikardiálna)	517
120047		Externá bipolárna elektróda	195
120048		Adaptér ku kardiostimulačnej elektróde	316
120160		Pediatrický senzor k INVOS	143
120161		dospelý senzor k INVOS	187
160001	RR	Umelý zvierač močového mechúra AMS 800	7 250
160002		Suburetrálna páska na liečbu stresovej inkontinencie	719
160003		Laserové vlákno pre edoskopickú fotoselektívnu vaporizáciu BHP	1 208
160004		bulbouretrálny sling z autológneho, alebo heterológneho materiálu	1 148
170001	•	Kruhový stapler	574
170002	•	Rotikulačný stapler (rotikulátor)	544
170003	•	Endostapler	544
170004	• **	Náplň do endostaplera	302
170005	•	Lineárny stapler	408
170006	• **	Náplň do lineárneho staplera	196
170007	•	Nožnice k harmonickému skalpelu	550
170008	•	Stapler na hemoroidy	471
170025		Autológny transfúzny systém CellTrans, pre 600 ml krvi	151
170026		Transfúzny filter Pall pre ďalších 600 ml krvi	56
190001		Tracheotomická kanyla plastová dvojplášťová	60
190002		Tracheotomická kanyla fonačná kovová	302
190003		Tracheotomická kanyla fonačná plastická	151
200001		Prsníkové implantáty, prsníkové expandéry	504
201003		Expanzný plyn	21
201004		Silikónový olej	106
201005		Tekutý perfluorokarbon	136
201006		Serklážny prúžok	45
201007		Plomba	57
201009	•	Vnútroočná šošovka Artisan so zachytením na dúhovku	483
201015	•	Jednorázová laserová sonda 20G	142
201016	•	Jednorázová laserová sonda 23G	190
201017	•	Jednorázový vitrektóm 20G	214
201018	•	Jednorázový vitrektóm 23G	205
201019	•	Jednorázový svetlovod 20G	65
201020	•	Jednorázový svetlovod 23G	107
205006		sieťka na rekonštrukciu panvového dna predný prolaps	650
205007		sieťka na rekonštrukciu panvového dna zadný prolaps	650
205008		sieťka na rekonštrukciu panvového dna predný aj zadný prolaps	1000
Vysvetlivky:			
R	schvaľuje revízny lekár pobočky		
RR	schvaľuje revízny lekár generálneho riaditeľstva		
•	ZP nie je schvaľovaná vopred, RL pobočky vykoná kontrolu vykázaných ZP na konci kalendárneho štvrt'roka		
**	možné použiť viac kusov pre jedného pacienta		
x	súčasťou úhrady je aj koštný cement použitý pri implantácii cementovanej TEP		

ZP použité pre hojenie rán podtlakovou terapiou

kód	názov ZP	max. cena k úhrade
204060	zberná nádoba s gelom a filtrom do 300 ml	200
204061	zberná nádoba s gelom a filtrom do 500 ml	220
204062	zberná nádoba s gelom a filtrom do 800 ml	240
204063	príslušenstvo k systému (konektory, hadičky, pásy)	150
204064	penové krytie malé do 20 x 15 cm	180
204065	penové krytie stredné do 30 x 15 cm	190
204066	penové krytie veľké do 60 x 30 cm	300
204067	penové krytie brušné	900
204070	gázové krytie malé do 20 x 15 cm	130
204071	gázové krytie stredné do 30x15 cm	150
204072	gázové krytie veľké do 60 x 30 cm	180

Transfúzne lieky

Transfúzne lieky sa vykazujú a uhrádzajú pod kódmi a v cenách v súlade s platným cenovým opatrením MZ SR.

Maximálne úhrady úhrada tkanív a buniek poskytovaných pri transplantáciach:

Kód	Názov transplantátu	Jednotka	Úhrada v €
100 309	Kostný alotransplantát mrazený (hlava femuru)	1 kus (maximálne 150 g)	145,96
100 310	Kostný alogénny kortikálny transplantát mrazený	1 kus (maximálne 150 g)	597,49
100 311	Kostný alogénny kortiko spongiózny transplantát mrazený	1 kus (maximálne 150 g)	597,49
100 312	Šľachový transplantát BTB (kosť-šľacha-kosť) (jedna polovica z pozdĺžne rozdeleného ligamentum patelle s dvoma kostenými blokmi z tibie a pately)	1 kus	828,62
100 313	Chondrocyty kultivované autológne (10×10^6)	1 ml	340,21
100 316	Autológne osteoblasty kultivované (10×10^6)	1 balenie (1ml)	1 293,07

Úhrady výkonov finančne náročnej zdravotnej starostlivosti (transplantácie, odbery orgánov na transplantácie):

Kód	Názov výkonu	Úhrada v €
	Transplantácia krvotvorných buniek:	
90001	Autológna, u dospelých a mladistvých od 15–18 r. veku s dg leukémia, so spracovaním štepu na kolóne	29 874,53
90002	Autológna, u dospelých a mladistvých od 15–18 r. veku s dg leukémia, bez spracovania štepu na kolóne	19 086,50
90003	Autológna, u dospelých a mladistvých od 15–18 r. veku s dg lymfóm, solidné tumory, aplastické anémie, so spracovaním štepu na kolóne	25 393,35
90004	Autológna, u dospelých a mladistvých od 15–18 r. veku s dg lymfóm, solidné tumory, aplastické anémie, bez spracovania štepu na kolóne	14 605,32
90101	Transplantácia obličiek	4 481,18
90601	Transplantácia rohovky – náklady súvisiace s odberom rohovky	647,28

	Odber orgánov:	0,00
100101	Oblička z multiorgánového odberu	1 002,46
100102	Pečeň z multiorgánového odberu	1 447,25
100103	Pankreas (s odberom pečene) z multiorgánového odberu	511,19
100104	Pankreas (bez odberu pečene) z multiorgánového odberu	1 955,12
100105	Srdce z multiorgánového odberu	634,00
100106	Oblička z izolovaného odberu - kadaverózneho	1 284,60
100107	Oblička z izolovaného odberu - príbuzenského	1 726,08

C. Dopravná služba (DS), - služba súvisiaca s poskytovaním zdravotnej starostlivosti

Cena za 1 kilometer podľa typu prevozu :

Typ prevozu	stav pacienta	cena za 1km
LIEK		0,50 €
INF	chodiaci	0,43 €
	sediaci/ležiaci	0,43 €
DZS	chodiaci/sediaci/ležiaci	0,40 €
DIAL	chodiaci/sediaci/ležiaci	0,40 €
DZSD	chodiaci	0,46 €
	sediaci/ležiaci	0,50 €
DZSP	chodiaci/sediaci/ležiaci	0,76 €
DZSZ		0,60 €
LSPP – tento typ prevozu u dopravcu (DS) je možné zazmluvniť len v prípade písomnej dohody dopravcu s PZS zabezpečujúcim LSPP		0,50 €

Chodiaci pacient – mobilný pacient, ktorý k sanitke príde samostatne, prípadne chodí pomocou barly, alebo s oporou.

Sediaci pacient - pacient, ktorý je k sanitke privezený na vozíku alebo na nosidlách a pri prevoze je schopný v sanitke sedieť, ale pri sedení resp. pri prevoze v sedacej polohe vyžaduje väčší priestor alebo špeciálne upravené sedadlo (napríklad polohovaná noha počas prevozu).

Ležiaci pacient – pacient, ktorý musí pri prevoze ležať.

Cena dopravy za 1 km jazdy vozidlom dopravnej služby zahŕňa všetky náklady súvisiace s poskytnutím dopravy do zdravotníckeho zariadenia, zo zdravotníckeho zariadenia a medzi zdravotníckymi zariadeniami.

Typ prevozu DZSD (dopravná služba diaľková) je hradený len v prípade, ak je prevoz realizovaný mimo vymedzeného spádového územia a súčasne je vzdialenosť z miesta východiskovej stanice do cieľovej stanice väčšia ako 60 km.

- Dopravca zabezpečuje dopravu prostredníctvom dispečingu, ktorý dopravu organizuje a vykonáva spojovacie činnosti medzi žiadateľom a dispečingom, dispečingom a vodičmi, zostavuje a aktualizuje plán jednotlivých jász a kontroluje plnenie príkazov na jazdu. Dispečerom môže byť iba kvalifikovaný zdravotnícky pracovník zvládajúci manažment nepretržitej prevádzky a mimoriadnych situácií.
- Vodič vozidla dopravnej služby musí byť absolvent kurzu prvej pomoci; ak dopravca preukáže, že vodič je absolventom niekoľkohodinového kurzu prvej pomoci, je potrebné kurz obnovovať každé tri roky. Ak vodič absolvoval jednoročné štúdium na Strednej zdravotnej škole, alebo v inom inštitúte, kurz prvej pomoci je potrebné obnovovať každých päť rokov.
- Priestory dispečingu musia vyhovovať pre zabezpečenie 24 hodinovej služby zdravotníckeho pracovníka, musia byť vybavené spojovacou technikou s prepojením na integrovaný záchranný systém a vlastné vozidlá. Dispečing je ďalej vybavený výpočtovou technikou na spracovanie dát, šatňou, miestnosťou pre nepretržitú prevádzku.
- Dopravca musí mať k dispozícii aj priestory pre dezinfekciu a údržbu vozového parku a parkovisko.
- Motorové vozidlá na poskytovanie dopravy sú vozidlá s uzatvorenou karosériou, ktoré spĺňajú podmienky prevádzky motorových vozidiel na pozemných komunikáciách podľa všeobecne záväzných právnych predpisov a sú vybavené:
 - rádiodokomunikačným zariadením, alebo mobilným telefónom,
 - pevne zabudovanou jednotkou GPS
 - strednou priečkou medzi kabinou vodiča a priestorom pre prepravovaných s posuvným okienkom,

- protišmykovou podlahou,
 - nádobou na zdravotnícky odpad,
 - hasiacim prístrojom (min. 2kg),
 - bočnými nástupnými dverami,
 - zadnými dverami na nakladanie nosidiel,
 - nosidlami s nosným zariadením zakotveným v podlahe a s možnosťou polohovania do polosedu,
 - transportným kreslom.
- Motorové vozidlá, ktoré nespĺňajú podmienky môžu byť využívané len na prevoz transfúzných prípravkov, ľudských tkanív a orgánov, na prevoz osôb môžu byť využívané len vo výnimočných prípadoch, a to len pre chodiace osoby.

Nad rámec ceny za kilometer sa uhrádza :

V rámci DZSZ – doprava do a zo zahraničia na schválenú liečbu v cudzine sú nad rámec úhrady za 1 km jazdy vozidlom hradené pripočítateľné položky:

- diaľničný poplatok
- poplatky za prejazd tunelom

Zmluvné strany sa dohodli , že Príloha č. 1 Zmluvy Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti bude počas trvania zmluvy predmetom ďalších rokovaní.

Príloha č. 2
k Zmluve č. NFAL000112

Rozsah zdravotnej starostlivosti

Rozsah zdravotnej starostlivosti - je vecný rozsah a rozsah úhrady poskytovanej zdravotnej starostlivosti, plne alebo čiastočne hradenej na základe verejného zdravotného poistenia.

I. VECNÝ ROZSAH PREDMETU ZMLUVY

Vecný rozsah predmetu zmluvy je určený druhom poskytovanej zdravotnej starostlivosti v tom špecializačnom odbore, v ktorom je poskytovateľ oprávnený poskytovať zdravotnú starostlivosť na základe platného rozhodnutia príslušného orgánu, a na ktorom sa zmluvné strany dohodli nasledovne:

Druh zdravotníckeho zariadenia:		všeobecná nemocnica		
Miesto prevádzky: 036 59 Martin, ul. Kollárova 2				
Druh a forma zdravotnej starostlivost' podľa Čl. 2 Zmluvy "Predmet zmluvy"				
1. ambulantná zdravotná starostlivost'				
		druh	odbornost' ambulancií	typ ZS
		špecializovaná zubno-lekárska	016;019;070	205
			001; 002; 003; 004; 005; 007; 009; 010; 011; 012; 013; 014; 015; 017; 018; 025; 027; 031; 037; 038; 040; 043; 044; 045; 046; 047; 048; 049; 050; 051; 060; 063; 064; 065; 068; 075; 104; 105; 106; 107; 108; 109; 114; 116; 140; 144; 145; 153; 154; 155; 156; 163; 216; 306; 323; 329; 336; 367	200
		špecializovaná		
		Špecializovaná onkologická	019;229;319;591	210
		Dialýza	208	220
		UPS - ústavná pohotovostná služba	001; 002; 003; 004; 005; 007; 009; 010; 012; 013; 014; 015; 018; 037; 070	302
	ZZS – záchranná zdravotná služba	RZP – rýchla zdravotná pomoc	180 – Martin 2	301
		MIJ – rýchla lekárska pomoc s vybavením mobilnej intenzívnej jednotky	238 – Martin 1	301
	jednodňová zdravotná starostlivost'		009; 010; 011; 012; 013; 014; 015; 016; 038; 048; 070	222
	stacionár		005	604
	SVLZ – spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky	zobrazovacie	007; 012; 023; 043; 047; 108; 247; 593	400
		CT – počítačová tomografia	576	420
		MR – magnetická rezonancia	228	421
		Funkčná diagnostika	187; 588	400
		FBLR	027	400
		laboratórne	024; 029; 031; 034; 040; 062	400
2. ústavná zdravotná starostlivost'				
			odbornost' oddelení	typ ZS
	nemocnica všeobecná		001; 002; 003; 004; 005; 007; 009; 010; 011; 012; 013; 014; 018; 019; 025; 027; 031; 037; 038; 047; 049; 051; 068; 070; 106; 107; 196; 201; 202; 278; 306; 323; 332; 602; 613; 637 668; 706	601
	liečebňa detská		007 – dlhodobí pacienti	602

3. služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti			
			typ ZS
Doprava	spádová oblasť – okres Martin, Turčianske Teplice	183; 650	800

II. MAXIMÁLNY ROZSAH ÚHRADY ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Maximálny rozsah úhrady je určený výškou alebo spôsobom výpočtu úhrady za zdravotnú starostlivosť poskytnutú v zúčtovacom období, ktorým je kalendárny mesiac.

V nadväznosti na nadobudnutie účinnosti novely zákona č. 580/2004 Z. z., o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, na základe ktorej sa zvýši sadzba poistného pre štát podľa § 12 ods. 1 písm. f) od 1.7.2012 do 31.12.2012, sa zmluvné strany dohodli na znení časti II – Maximálny rozsah úhrady zdravotnej starostlivosti na obdobie od 1.7.2012 do 31.12.2012 nasledovne:

1. Špecializovaná ambulantná starostlivosť

Typ ZS	zdravotná starostlivosť	mesačný zmluvný rozsah v €
200, 205, 210, 302	špecializovaná ambulantná starostlivosť (vrátane onkologickej, ÚPS a stomatoprotetiky)	111 646,00

2. Ambulantná starostlivosť

Typ ZS	zdravotná starostlivosť	mesačný zmluvný rozsah v €
222	JZS vrátane výkonov hrađených osobitným spôsobom (OHV)	143 315,00
604	stacionár - ošetrovacie dni	2 103,00

3. Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky

Typ ZS	zdravotná starostlivosť	mesačný zmluvný rozsah v €
400	zobrazovacie, laboratórne okrem CT,MR	279 238,00
400	intervenčná radiológia	186 116,00
400	invazívna a intervenčná kardiológia - výkony č. : 5101, 5110, 5120, 5122, 5140a, 5140b 6014,6016, 6011	280 463,00
420	CT – počítačová tomografia	49 089,00
421	MR – magnetická rezonancia	32 826,00

4. Ústavná zdravotná starostlivosť

Typ ZS	zdravotná starostlivosť	mesačný zmluvný rozsah v €
601	ukončené hospitalizácie vrátane výkonov hrađených osobitným spôsobom	1 534 011,00
601	zdravotnícke pomôcky osobitne uhrádzané okrem ICD a V.A.C.	140 606,00
601	zdravotnícke pomôcky osobitne uhrádzané - vákuový systém na hojenie rán(V.A.C.)	9 000,00
602	dĺhodobo hospitalizovaní – 2 pacienti	3 100,00

5. Služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti

Typ ZS	zdravotná starostlivosť	mesačný zmluvný rozsah
800	dopravná služba	5 975,00 €

Zmluvné strany sa dohodli, že bod II. MAXIMÁLNY ROZSAH ÚHRADY ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI bude počas trvania zmluvy predmetom ďalších rokovaní.

III. ÚHRADA NAD „MAXIMÁLNY ROZSAH ÚHRADY ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI“

1. Preventívne zdravotné výkony a zdravotné výkony, ktoré sú súčasťou preventívnej prehliadky v špecializovanej ambulantnej starostlivosti uvedené v Prílohe č. 1 k zmluve „Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti“.
2. Zdravotná starostlivosť v odbore čelustná ortopédia poskytovaná poistencom s rázštepom pery a rázštepom podnebia. Podmienkou uznania výkonov je predloženie potvrdenia o evidencii poistenca v príslušnom špecializovanom pracovisku.
3. Výkony dialýz; odporúčaný maximálny počet chronických dialýz poskytovaných jednému poistencovi zaradenému do dlhodobého dialyzačného programu (v súlade s koncepciou odboru) sú tri dialýzy týždenne, prekročenie uvedeného počtu musí byť osobitne zdôvodnené v zdravotnej dokumentácii.
4. Výkony LSPP, prevoz typu LSPP, LSPR, RLP, RZP, MIJ, LPP, LPS . DZSZ
5. Lieky, okrem liekov pri mimotelovej eliminačnej liečbe a liekov podávaných v stacionároch s výnimkou psychiatrického stacionára, so symbolom úhrady „A“ zaradené do zoznamu liekov podľa osobitného predpisu, pokiaľ tieto budú preukázateľne nadobudnuté v súlade so všeobecne záväznými predpismi, v súlade so zákonom č. 140/1998 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach, zákonom č. 147/2001 Z. z. o reklame, zákonom č. 18/1996 Z. z. o cenách, zákonom č. 431/2002 Z. z. o účtovníctve a súvisiacich predpisoch a vykázané v súlade s platným Metodickým usmernením Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou lieky so symbolom úhrady „A“ zaradené do zoznamu liekov podľa osobitného predpisu.
6. Transfúzne lieky pacientom.
7. Liek Zevalin (kit 1x3,2 mg, ATC V10XX02, kód 40792) ako pripočítateľná položka k ukončenej hospitalizácii, liek Ytracis (inj. sus. 1x2 ml, kód 40909, ATC V10X) ako pripočítateľná položka k ukončenej hospitalizácii.

Hradená liečba sa môže indikovať u pacientov s CD20+ folikulárnym non-hodgkinovým lymfómom B-bunkového typu (C82), ktorý relapsoval alebo nereagoval na liečbu rituximabom.

Hradená liečba sa môže podávať:

na klinike nukleárnej medicíny Univerzitej nemocnice Martin,

Liečba ibritumomabtiuxetanom sa môže indikovať len v súlade § 6 ods. 12 nariadenia vlády Slovenskej republiky č. 340/2006 Z.z. o ochrane zdravia osôb pred nepriaznivými účinkami ionizujúceho žiarenia pri lekárskom ožiarení. Hradená liečba podlieha predchádzajúcemu schváleniu revíznym lekárom generálneho riaditeľstva VŠZP. Na indikáciu hradenej liečby je potrebný súhlas lekára, ktorý poskytuje zdravotnú starostlivosť v špecializačnom odbore nukleárna medicína,
8. Výkony zdravotnej starostlivosti poskytované poistencom členských štátov EÚ, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu a Švajčiarska cudzincom zo štátov, s ktorými má SR uzavreté medzištátne dohody, bezdomovcom a poistencom podľa § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov, uhrádzané formou platby za výkon.
9. Náklady na tkanivá a bunky na účely transplantácie, ktoré poisťovňa hradí v cene, dohodnutej v prílohe č. 1 zmluvy,
10. Zdravotné výkony v stomatológii č. D01 a D05.

Príloha č. 3
k Zmluve č. 62NFAL000112

Kritéria na uzatváranie zmlúv

Všeobecná zdravotná poisťovňa, a. s., v súlade s § 7 ods. 4 písm. a) zákona NR SR č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov stanovuje nasledovné kritériá na uzatváranie zmlúv :

Poradové číslo	Názov kritéria	Váha kritéria v %
1	Dostupnosť zdravotnej starostlivosti najmenej v rozsahu verejnej minimálnej siete poskytovateľov zdravotnej starostlivosti podľa platného Nariadenia vlády SR č. 640/2008 Z. z.	20
2	Personálne zabezpečenie Poskytovanie zdravotnej starostlivosti osobami, ktoré spĺňajú podmienky na výkon zdravotníckeho povolania alebo samostatnej zdravotníckej praxe v príslušnom odbore v počte najmenej na úrovni predpísaného minimálneho personálneho zabezpečenia zdravotníckeho zariadenia podľa všeobecne záväzných právnych predpisov stanovujúcich personálne zabezpečenie.	20
3	Materiálno – technické vybavenie Materiálno-technické vybavenie pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti najmenej na úrovni predpísaného minimálneho materiálno-technického vybavenia zdravotníckeho zariadenia podľa všeobecne záväzných právnych predpisov stanovujúcich materiálno – technické vybavenie.	20
4	Indikátory kvality Indikátory kvality podľa ustanovenia § 7 ods. 4 písm. a), bod 2 a nasl. zákona NR SR č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v platnom znení, ich spracovanie a doručenie poisťovní	20
5	Cena za poskytovanú zdravotnú starostlivosť V súlade s ustanoveniami § 7 zákona č. 581/2004 Z. z. je každý zmluvný partner VŠZP oprávnený do 30 dní odo dňa uverejnenia nižšej ceny podať návrh zdravotnej poisťovni na novú výšku úhrady za zdravotnú starostlivosť, ktorá je nižšia ako nižšia cena. Zmluvní poskytovatelia zdravotnej starostlivosti môžu podať návrh na príslušnej krajskej pobočke VŠZP, a to podľa miesta výkonu poskytovania zdravotnej starostlivosti	15
6	Prevoz materiálu BIO Zabezpečenie prevozu biologického materiálu určeného na diagnostiku (pre pracoviská SVLZ)	5

VŠEOBECNÉ ZMLUVNÉ PODMIENKY

Čl. 1

Úvodné ustanovenia

1. Všeobecné zmluvné podmienky (ďalej len „VZP“) upravujú niektoré práva a povinnosti medzi Všeobecnou zdravotnou poisťovňou, a.s. so sídlom Mamatyova 17, 850 05 Bratislava, IČO 35937874, zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I., oddiel Sa, vložka číslo: 3602/B (ďalej len „poisťovňa“) a poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, poskytovateľom lekárenskej starostlivosti a poskytovateľom služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti (ďalej len „poskytovateľ“) vyplývajúce zo zmluvy o poskytovaní a úhrade zdravotnej starostlivosti, lekárenskej starostlivosti a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti.
2. Zmluvu o poskytovaní a úhrade zdravotnej starostlivosti, lekárenskej starostlivosti a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti (ďalej len „zdravotná starostlivosť“) uzatvára poisťovňa s poskytovateľom v zmysle § 7 zákona č. 581/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov (ďalej len „Zmluva“). Zmluva je dvojstranný právny úkon, ktorý uzatvára poisťovňa s poskytovateľom a jej predmetom je zabezpečovanie poskytovania a úhrada zdravotnej starostlivosti, ktorá je plne alebo čiastočne hradená na základe verejného zdravotného poistenia, a to v cene, rozsahu a za podmienok dohodnutých v Zmluve.
3. Zmluva sa riadi príslušnými ustanoveniami všeobecne záväzných právnych predpisov uvedenými v Čl. 1 Zmluvy, zmluvne dohodnutými podmienkami vrátane všetkých jej príloh. Všetky súčasti zmluvy sú pre zmluvné strany záväzné.

Čl. 2

Povinnosti pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti

1. Poskytovateľ je povinný:
 - a) pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti plniť všetky povinnosti uložené všeobecne záväznými právnymi predpismi, odbornými usmerneniami Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky (ďalej len „MZ SR“), metodickými usmerneniami a odporúčaniami Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej len „Úrad“), Zmluvou, VZP a platnou legislatívou EÚ upravujúcou poskytovanie a úhradu zdravotnej starostlivosti,
 - b) poskytovať zdravotnú starostlivosť tak, aby prostriedky verejného zdravotného poistenia boli vynakladané účelne, efektívne, hospodárne a správne,
 - c) predložiť poisťovni rozhodnutie príslušného orgánu, na základe ktorého je oprávnený poskytovať zdravotnú starostlivosť, lekárenskú starostlivosť alebo služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a oznamovať poisťovni písomne a bez zbytočného odkladu rozhodnutie o dočasnom pozastavení povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia, rozhodnutie o zrušení povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia, najneskôr však do 7 dní od nadobudnutia právoplatnosti rozhodnutia o pozastavení alebo zrušení povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia,
 - d) oznamovať poisťovni všetky zmeny v materiálo-technickom vybavení zdravotníckeho zariadenia zdravotníckou technikou používanou pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, pokiaľ sú poskytované výkony zdravotnej starostlivosti vykazované k úhrade poisťovni,
 - e) oznamovať poisťovni kódy lekárov, iných zdravotníckych pracovníkov, výšku úväzku, kódy poskytovateľa a každú ich zmenu. Oznámenie nového kódu poskytovateľa nie je dôvodom na rozšírenie predmetu Zmluvy,
 - f) oznamovať poisťovni akékoľvek ďalšie zmeny týkajúce sa zmluvného vzťahu medzi poskytovateľom a poisťovňou,
 - g) overiť pred poskytnutím zdravotnej starostlivosti pri priamom kontakte s poistencom poistný vzťah poistenca k poisťovni z preukazu poistenca. Pokiaľ poistenec preukaz poistenca nemá alebo pokiaľ má poskytovateľ dôvodnú pochybnosť o pravosti predloženého preukazu poistenca, je oprávnený overiť si poistný vzťah na internetovej stránke poisťovne alebo telefonicky prostredníctvom call centra poisťovne, č. t. 0850 003 003,
 - h) poskytovať zdravotnú starostlivosť osobne, alebo prostredníctvom osôb, ktoré spĺňajú podmienky na výkon zdravotníckeho povolania v príslušnom odbore,
 - i) oznamovať poisťovni k poslednému dňu v kalendárnom mesiaci na tlačive predpísanom Úradom každé poskytnutie zdravotnej starostlivosti osobe v dôsledku preukázaného porušenia liečebného režimu, užívania alkoholu alebo inej návykovej látky, ako aj úraz alebo iné poškodenie zdravia, v súvislosti s ktorým poskytol osobe zdravotnú starostlivosť, pri dôvodnom podozrení, že k úrazu alebo inému poškodeniu zdravia došlo zavineným protiprávnym konaním tretej osoby; smrteľné úrazy, ťažké úrazy, hromadné úrazy a choroby z povolania je poskytovateľ povinný oznamovať všetky bez výnimky,
 - j) zabezpečiť zastupovanie v rozsahu povolenia počas svojej dočasnej neprítomnosti a súčasne na viditeľnom mieste označiť poskytovateľa, ktorý ho bude zastupovať. Ak dočasná neplánovaná neprítomnosť

- poskytovateľa trvá dlhšie ako 3 pracovné dni a poskytovateľ nemá zabezpečené zastupovanie, uvedenú skutočnosť oznámi poskytovateľ poisťovni bezodkladne,
- k) poskytnúť preventívnu prehliadku, resp. zabezpečiť poskytnutie všetkých výkonov v rozsahu stanovenom všeobecne záväzným právnym predpisom. V prípade, ak nemá poskytovateľ potrebné materiálne-technické vybavenie v ambulancii, odošle poistenca k inému poskytovateľovi na poskytnutie zdravotnej starostlivosti súvisiacej s náplňou preventívnej prehliadky, v žiadosti uvedie aké výkony majú byť poskytnuté a skutočnosť, že ide o preventívnu prehliadku. Poskytnutie preventívnej prehliadky, rozsah výkonov a závery vyplývajúce z preventívnej prehliadky zaznamená poskytovateľ v zdravotnej dokumentácii. Poskytnutie preventívnej prehliadky potvrdí v zdravotnej dokumentácii svojím podpisom poistenec alebo jeho zákonný zástupca,
 - l) viesť zdravotnú dokumentáciu v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi tak, aby údaje v zdravotnej dokumentácii poskytovateli pravdivý a komplexný prehľad o zdravotnom stave poistenca a zdravotnej starostlivosti poskytnutej poistencovi. V prípade odoslania poistenca na ďalšie poskytovanie zdravotnej starostlivosti je povinný vyhotoviť výpis zo zdravotnej dokumentácie s uvedením výsledkov všetkých vykonaných vyšetrení. Po poskytnutí zdravotnej starostlivosti je poskytovateľ povinný zaznamenať všetky výkony a vyšetrenia v zdravotnej dokumentácii tak, aby mohli byť poskytnuté ostatným poskytovateľom (najmä poskytovateľovi, na odporúčanie ktorého bola poskytnutá zdravotná starostlivosť a poskytovateľovi všeobecnej ambulantnej starostlivosti, s ktorým má poistenec uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti),
 - m) postupovať v súlade s platným odborným usmernením MZ SR pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v oblasti poskytovania a úhrady vecných dávok podľa platnej legislatívy EÚ pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti poistencom EÚ v SR,
 - n) pri predpisovaní a odporúčaní liekov, zdravotníckych pomôcok, dietetických potravín postupovať podľa súčasných poznatkov farmakoterapie účelne a hospodárne, dodržiavať všetky indikačné obmedzenia, preskripčné obmedzenia, množstvé, finančné a časové limity stanovené v záväzných opatreniach MZ SR; pri poskytovaní liekov dodržiavať terapeutické indikácie vrátane ostatných klinických informácií, ktoré vyplývajú zo súhrnu charakteristických vlastností lieku schváleného pri registrácii, pri poskytovaní zdravotníckych pomôcok dodržiavať účel ich použitia schválený pri posudzovaní zhody. Predpísanie liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín je poskytovateľ povinný zaznamenať v zdravotnej dokumentácii,
 - o) pri predpisovaní liekov, zdravotníckych pomôcok, dietetických potravín používať len tlačivá lekárskeho predpisu a lekárskeho poukazu vyhotovených v súlade so všeobecne záväzným právnym predpisom. Poskytovateľ je povinný na lekárskom predpise a lekárskom poukaze vyplniť všetky náležitosti v súlade so zákonom č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov a Odborným usmernením Úradu o spracovaní a vykazovaní lekárskeho predpisu a lekárskeho poukazu,
 - p) požiadať poisťovňu o dodanie liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín, pri ktorých poisťovňa vopred v písomnej alebo elektronickej forme oznámi poskytovateľovi, že ich zabezpečuje pre poskytovateľov od ich výrobcu, alebo veľkodistribútora.
2. Poskytovateľ zodpovedá za účelnosť, efektívnosť a hospodárnosť indikovania zdravotnej starostlivosti, lekárenskej starostlivosti a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti.
 3. Poskytovateľ zodpovedá za to, že navrhne zabezpečenie poskytnutia plánovanej zdravotnej starostlivosti poistencom poisťovne v krajinách EÚ iba za podmienok stanovených v § 10 zákona č. 580/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov. Postup a príslušné tlačivá sú uverejnené na internetovej stránke poisťovne.
 4. Poskytovateľ všeobecnej ambulantnej starostlivosti, ktorý predpisuje lieky, zdravotnícke pomôcky alebo dietetické potraviny na základe odporúčania odborného lekára zmluvného poskytovateľa, uvedie na druhej strane lekárskeho predpisu (poukazu) poznámku: „na odporúčanie odborného lekára“ s uvedením mena a priezviska odporúčajúceho odborného lekára, jeho kódu lekára, názvu pracoviska, kódu poskytovateľa odporúčajúceho lekára a dátumu lekárskej správy, v ktorej odporúčal predpísanie lieku, zdravotníckej pomôcky, dietetickej potraviny. Odporúčanie odborného lekára nesmie byť staršie ako 6 mesiacov.
 5. Podanie vzorky lieku (§ 8 ods. 19 zákona č. 147/2001 Z. z. o reklame v znení neskorších predpisov), ktorú poskytovateľovi doručí zástupca výrobcu alebo veľkodistribútora, musí byť zaznamenané v zdravotnej dokumentácii poistenca.
 6. Poskytovateľ môže poistencovi predpísať individuálne zhotovovanú zdravotnícku pomôcku len vtedy, pokiaľ použitie sériovo vyrábanej zdravotníckej pomôcky je pre poistenca nevhodné. Poskytovateľ je povinný v zdravotnej dokumentácii medicínsky odôvodniť nevhodnosť použitia sériovo vyrábanej zdravotníckej pomôcky a nevyhnutnosť predpisania individuálne zhotovovanej zdravotníckej pomôcky.
 7. Ak poskytovateľ plánuje predpísať alebo poskytnúť poistencovi liek, zdravotnícku pomôcku alebo dietetickú potravinu, ktorých úhrada vyžaduje v súlade s platnými právnymi predpismi a Zmluvou vydanie súhlasu revízneho lekára zdravotnej poisťovne, požiada o vydanie súhlasu s úhradou na tlačive, ktoré je zverejnené na internetovej stránke poisťovne. Vyplnené tlačivo poskytovateľ doručí poisťovni pred poskytnutím lieku, zdravotníckej pomôcky, dietetickej potraviny. Poisťovňa po skompletizovaní žiadosti vydá stanovisko k úhrade lieku, zdravotníckej pomôcky, dietetickej potraviny a doručí ho poskytovateľovi.
 8. Poskytovateľ v prípade súhlasného stanoviska s úhradou podľa bodu 7 vypíše samostatný lekársky predpis, resp. poukaz a uvedie evidenčné číslo vydaného súhlasu, dátum vydania súhlasu s úhradou, dobu trvania vydaného súhlasu, eventuálne množstvo bal./ks, na ktorý je vydaný súhlas s úhradou, meno a priezvisko revízneho lekára, ktorý súhlas vydal a výšku úhrady zdravotnou poisťovňou.
 9. Poskytovateľ všeobecnej ambulantnej starostlivosti alebo iný ošetrojúci lekár, ktorý navrhol alebo schválil poskytovanie domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ďalej len „DOS“), zabezpečí potrebné lieky, zdravotnícke pomôcky a dietetické potraviny predpisom na lekársky predpis, alebo lekársky poukaz. Lieky so symbolom

úhrady „A“ zaradené do Zoznamu liečiv a liekov plne uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia zabezpečiť a podáva lekár všeobecnej ambulantnej starostlivosti v rámci návštevnej služby alebo ambulantne.

Poskytovateľ všeobecnej ambulantnej starostlivosti alebo iný ošetrojúci lekár:

- a) spolupracuje pri poskytovaní DOS s agentúrami domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ďalej len „ADOS“), ktoré sú v zmluvnom vzťahu s poisťovňou,
 - b) navrhuje poskytovanie DOS poisťencom, s ktorými má uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti,
 - c) poskytovateľom ADOS schvaľuje plán ošetrovateľskej starostlivosti a rozsah poskytovania DOS.
- Návrh na poskytovanie DOS, ktorého vzor je zverejnený na internetovej stránke poisťovne, potvrdí svojim podpisom a odtlačkom pečiatky. Do zdravotnej dokumentácie poistenca zaznamená údaj o potvrdení návrhu na poskytovanie DOS a rozsah navrhnutého DOS. V zdravotnej dokumentácii osobitne zdôvodní návrh na poskytnutie jednorazových výkonov prostredníctvom agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti, ako je podanie očkovacej látky, vykonanie odoberov, kontrola tlaku krvi u imobilných hypertonikov a pod.
10. Poskytovateľ všeobecnej ambulantnej starostlivosti alebo iný ošetrojúci lekár poskytuje v prípade potreby pracovníkom ADOS konzultácie týkajúce sa u neho kapitovaných poisťencov. Poskytovateľ všeobecnej ambulantnej starostlivosti, ktorý navrhol dlhodobé poskytovanie DOS, vykoná u poistenca minimálne raz mesačne návštevu a do zdravotnej dokumentácie uvedie epikrízu o rozsahu a efektívnosti poskytovanej domácej ošetrovateľskej starostlivosti, zdôvodní ďalšie poskytovanie DOS, prípadne upraví rozsah výkonov DOS podľa aktuálneho stavu poistenca.
 11. Poskytovateľ indikuje vykonanie výkonov spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek (ďalej len „SVLZ“) uhrádzaných z verejného zdravotného poistenia len ak ich poskytnutie je nevyhnutné zo zdravotných dôvodov. Poskytovateľ môže indikovať len tie SVLZ výkony, ktoré sú nevyhnutné pre ním poskytovaných zdravotnú starostlivosť. Poskytovateľ môže o poskytnutie výkonov SVLZ požiadať len poskytovateľa prevádzkujúceho zariadenie SVLZ (ďalej len „poskytovateľ SVLZ“), s ktorým má poisťovňa uzatvorenú zmluvu o poskytovaní a úhrade zdravotnej starostlivosti. Súčasne platí, že poskytovateľ SVLZ nemôže poisťovní vykázať k úhrade výkony SVLZ indikované poskytovateľom, ktorý nemá s poisťovňou uzatvorenú zmluvu o poskytovaní a úhrade zdravotnej starostlivosti alebo výkony, pri ktorých bola na žiadanke uvedená informácia, že ide o výkon nehradený na základe verejného zdravotného poistenia.
 12. Poskytovateľ, ktorý indikuje výkony SVLZ, na žiadanke o vykonanie výkonov SVLZ uvedie:
 - a) meno, priezvisko, rodné číslo poistenca (resp. evidenčné číslo poistenca),
 - b) kód poisťovne poistenca,
 - c) diagnózu ochorenia poistenca podľa MKCH 10,
 - d) druh a počet požadovaných vyšetrení,
 - e) kód odosielajúceho lekára,
 - f) v osobitných prípadoch (podľa charakteru výkonu) aj dátum a čas odberu biologického materiálu, epikrízu ochorenia, dôležité údaje pre správnu a efektívnu realizáciu výkonu,
 - g) ak ide o výkon nehradený na základe verejného zdravotného poistenia, uvedie túto informáciu zreteľne na žiadanke.
 13. Záznam o indikovaných SVLZ vyšetreniach a ich výsledky musia byť súčasťou zdravotnej dokumentácie pacienta.
 14. Poskytovateľ SVLZ zodpovedá za správnosť výsledkov vykonaných vyšetrení vrátane ich popisu.
 15. Poskytovateľ, ktorý indikuje SVLZ vyšetrenia musí dbať na ich účelnosť a to najmä:
 - a) zdravotné výkony uvedené v Katalógu výkonov v kapitole Genetika môže indikovať len lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore lekárska genetika alebo hematológia a transfuziológia,
 - b) lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore všeobecné lekárstvo pre dospelých a všeobecný lekár pre deti a dorast nemôže indikovať vyšetrenia onkomarkerov, vyšetrenia amplifikačnými metódami, stanovenie špecifického IFN-gama, výkony CT a MR diagnostiky,
 - c) poskytovateľ indikuje vyšetrenia SVLZ spravidla u jedného poskytovateľa SVLZ. To neplatí v prípade, ak poskytovateľ SVLZ nemôže vzhľadom na materiálno-technické vybavenie a personálne zabezpečenie takéto vyšetrenia realizovať.
 16. Poskytovateľ môže v priamej súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti poisťencovi objednať u poskytovateľa, ktorý má uzatvorenú s poisťovňou zmluvu o doprave ako službe súvisiacej s poskytovaním zdravotnej starostlivosti dopravu z miesta bydliska poistenca do miesta poskytovania zdravotnej starostlivosti poisťencovi a späť alebo medzi dvomi miestami poskytovania zdravotnej starostlivosti.
 17. Poskytovateľ je povinný v zdravotnej dokumentácii odôvodniť objednanie dopravy. Dopravu poskytovateľ objednáva na tlačive „Príkaz na dopravu zo zdravotných dôvodov“, ktorého vzor je uvedený na internetovej stránke. Za objednanie dopravy je zodpovedný objednávajúci lekár, ktorý môže dopravu objednať iba za účelom prevozu:
 - a) poistenca do zdravotníckeho zariadenia alebo zo zdravotníckeho zariadenia v cudzine alebo štátoch EÚ na vopred schválenú liečbu príslušnou pobočkou poisťovne,
 - b) poistenca na vyššie odborné alebo špecializované pracovisko ako pokračovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti,
 - c) poistenca, ak jeho zdravotný stav vyžaduje počas prepravy protiepidemický režim, ktorý sa nedá zabezpečiť iným spôsobom prepravy,
 - d) poistenca, ktorý je zaradený do dlhodobého dialyzačného programu alebo do transplantáčného programu (pred transplantáciou) a preprava sa týka zdravotnej starostlivosti poskytovanej v súvislosti s týmito programami,
 - e) poistenca, ktorému je poskytovaná ambulantná chemoterapia, aktinoterapia alebo dispenzárna kontrola u

onkológa, ak vzhľadom na zdravotný stav nie je schopný samostatného pohybu a dopravy prostriedkami verejnej dopravy,

- f) poistenca, ktorý nie je schopný samostatného pohybu a dopravy prostriedkami verejnej dopravy,
- g) poistenca na kúpeľnú starostlivosť, ktorá bezprostredne nadväzuje na ústavnú starostlivosť osoby, ktorej preprava vzhľadom na jej zdravotný stav nie je možná prostriedkami verejnej hromadnej dopravy alebo iným spôsobom,
- h) lekára návštevných lekárskej služby prvej pomoci na výkon neodkladnej návštevy v mieste bydliska poistenca,
- i) transfúzných prípravkov a liekov v osobitne naliehavých prípadoch.

Čl. 3

Vykazovanie poskytnutej zdravotnej starostlivosti

1. Poskytovateľ vykazuje poskytnutú zdravotnú starostlivosť a uplatňuje si úhradu od poisťovne za zúčtovacie obdobie, ktorým je jeden kalendárny mesiac.
2. Poskytovateľ je povinný pri vykazovaní zdravotnej starostlivosti používať kódy lekárov a iných zdravotníckych pracovníkov a kódy poskytovateľa pridelené Úradom.
3. Poskytovateľ je oprávnený vykázať zdravotnú starostlivosť poskytnutú pomocou zdravotníckej techniky, ktorá netvorí povinné materiálno-technické vybavenie len v prípade, ak s jej použitím poisťovňa súhlasila.
4. Poskytnutú zdravotnú starostlivosť vykazuje poskytovateľ zúčtovacími dokladmi. Zúčtovacím dokladom sú súbory v elektronickej forme obsahujúce zoznam poskytnutej zdravotnej starostlivosti, ktorú poskytovateľ poskytol počas zúčtovacieho obdobia a zoznam, prírastky a úbytky kapitovaných poistencov (ďalej len „dávka“). Poskytovateľ je povinný vykazovať poskytnutú zdravotnú starostlivosť v súlade s platným Metodickým usmernením Úradu o spracovaní a vykazovaní zdravotných výkonov poskytovateľov zdravotnej starostlivosti elektronickou formou a usmernením Úradu o spracovaní a vykazovaní lekárskeho predpisov a lekárskeho poukazov elektronickou formou (ďalej len „dátové rozhranie“). Pokiaľ Úrad rozhodne o zmene dátového rozhrania, poskytovateľ bude odo dňa účinnosti zmeny vykazovať poskytnutú zdravotnú starostlivosť podľa zmeneného dátového rozhrania.
5. Zdravotnú starostlivosť poskytnutú osobám z členských štátov EÚ, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu a Švajčiarska vykazuje poskytovateľ poisťovni v súlade s platným Odborným usmernením MZ SR pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v oblasti poskytovania a úhrady vecných dávok podľa platnej legislatívy EÚ.
6. Zdravotnú starostlivosť poskytnutú cudzincom tých štátov, s ktorými má Slovenská republika uzatvorené dohody o poskytnutí zdravotnej starostlivosti z prostriedkov štátneho rozpočtu na základe medzinárodných zmlúv a bezdomovcom (okrem členských štátov EÚ, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu a Švajčiarska) zdržujúcim sa na území SR, ak nemôžu preukázať poistný vzťah preukazom poistenca, vykazuje poskytovateľ osobitne na samostatných zúčtovacích dokladoch podľa platného metodického usmernenia Úradu.

Čl. 4

Platobné podmienky

1. Poskytovateľ je oprávnený vykázať poskytnutú zdravotnú starostlivosť a fakturovať ju najskôr po uplynutí zúčtovacieho obdobia. Poskytovateľ doručí poisťovni faktúru s prílohami najneskôr do 10 dní po uplynutí zúčtovacieho obdobia. V prípade doručenia faktúry pred uplynutím zúčtovacieho obdobia začína plynúť lehota splatnosti podľa bodu 7 tohto článku, a to prvým dňom nasledujúceho mesiaca.
2. Povinnou prílohou faktúry za poskytnutú zdravotnú starostlivosť sú:
 - a) dávky vykázané podľa platného dátového rozhrania,
 - b) pri lekárenskej starostlivosti poskytovateľ zasiela samostatnú dávku za každý zväzok podľa písm. c)
 - c) originály riadne vyplnených, otaxovaných lekárskeho predpisov, výpisov z lekárskeho predpisov a lekárskeho poukazov rozdelené v zmysle tohto bodu písm. ca) až ce) a rozdelené do zväzkov maximálne po 200 ks. V rámci každého zväzku budú lekárske predpisy, výpisy z lekárskeho predpisov a lekárske poukazy označené poradovými číslami. Na jednotlivých zväzkoch bude uvedené číslo faktúry, poradové číslo zväzku, počet lekárskeho predpisov, výpisov z lekárskeho predpisov, počet lekárskeho poukazov v ňom a zodpovedajúca suma zväzku. Zväzok bude tiež označený názvom poskytovateľa, lekárske predpisy a výpisy z lekárskeho predpisov budú triedené nasledovne:
 - ca) lekárske predpisy na omamné látky,
 - cb) lekárske predpisy a výpisy na lieky vydané na základe súhlasu revízného lekára,
 - cc) lekárske predpisy a výpisy, na základe ktorých bol realizovaný výdaj dôležitého lieku,
 - cd) lekárske predpisy a výpisy ostatné,
 - ce) lekárske poukazy,
 - d) podpísaná a opečiatkovaná sumarizácia k faktúre vecne príslušných zväzkov lekárskeho predpisov, výpisov z lekárskeho predpisov a lekárskeho poukazov. Poradové čísla predložených zväzkov lekárskeho predpisov, výpisov z lekárskeho predpisov a lekárskeho poukazov musia súhlasiť s údajmi na tejto sumarizácii zväzkov danej faktúry,
 - e) podpísaná a opečiatkovaná sumarizácia zväzkov lekárskeho poukazov. Pri vydaní zdravotníckej pomôcky, ktorá je majetkom poisťovne, k danému lekárskeho poukazu bude priložená v jednom vyhotovení dohoda

- o výpožičke medzi poisťovňou a poisťovnícou, v ktorej poskytovateľ vyznačí výrobné číslo vydanej ZP a výšku úhrady poisťovnícou a poisťovňou. Poradové čísla zväzkov lekárskeho poukazov musia súhlasiť s údajmi na sumarizácii zväzkov danej faktúry.
3. Poisťovňa vykoná kontrolu formálnej správnosti doručenej faktúry a ak zistí, že faktúra nie je formálne správna, vráti ju poskytovateľovi najneskôr do 5 pracovných dní odo dňa jej doručenia do poisťovne na jej doplnenie alebo opravu spolu s uvedením dôvodu vrátenia. Lehota stanovená na vecnú kontrolu uvedená v bode 5 tohto článku a lehota splatnosti dohodnutá v bode 7 tohto článku plynú odo dňa doručenia formálne správnej faktúry do poisťovne.
 4. Poisťovňa u formálnej správnej faktúry vykoná vecnú kontrolu vykázaných zdravotnej starostlivosti, zameranú najmä na správnosť a úplnosť vykázaných údajov s prihliadnutím na účelnosť, efektívne a hospodárne vynakladanie prostriedkov z verejného zdravotného poistenia.
 5. Ak poisťovňa pri vecnej kontrole zistí výkony fakturované v rozpore so všeobecne záväznými právnymi predpismi alebo v rozpore so Zmluvou a VZP, spracuje tieto zistenia do chybových protokolov, v ktorých budú uvedené neakceptované výkony s uvedením dôvodu ich zamietnutia. Tieto doklady budú odoslané poskytovateľovi najneskôr do 25 dní odo dňa doručenia formálne správnej faktúry spolu so "Žiadosťou o vystavenie opravného dokladu k faktúre". Poskytovateľ vystaví opravný doklad k predloženej faktúre a to vo výške uvedenej v doklade "Žiadosť o vystavenie opravného dokladu k faktúre". Doručením opravného dokladu zodpovedajúceho sume uvedenej na doklade "Žiadosť o vystavenie opravného dokladu k faktúre" sa považuje faktúra za vecne správnu. Vystavenie opravného dokladu nevylučuje postup podľa ods. 6 tohto článku.
 6. Ak poskytovateľ nesúhlasí so skutočnosťami uvedenými v chybovom protokole, doručí poisťovní námiety voči skutočnostiam uvedeným v chybovom protokole do 10 dní odo dňa doručenia chybového protokolu. Námiety poisťovňa posúdi do 25 dní odo dňa ich doručenia. Uvedené ustanovenie sa netýka opravných a aditívnych dávok predkladaných poskytovateľom za predchádzajúce obdobie z titulu opomenutia fakturácie výkonov skutočne poskytnutých v predchádzajúcom období, resp. po odstránení formálnych nedostatkov, na základe ktorých poskytovateľovi nebola uznaná poskytnutá zdravotná starostlivosť (napr. nesprávne uvedené rodné číslo, nesprávne vykázaný kód výkonu.) Opakované námiety v tej istej veci budú Zmluvné strany riešiť dohodovacím konaním. Výzva na dohodovacie konanie musí byť písomná.
 7. Splatnosť formálnej a vecne správnej faktúry je 30 dní odo dňa jej doručenia do poisťovne. V prípade predloženia vecne nesprávnej faktúry, t.j. v prípade potreby vystavenia opravného dokladu k pôvodne predloženej faktúre v zmysle bodu 5 tohto článku, je splatnosť takto opravenej faktúry 5 pracovných dní odo dňa doručenia opravného dokladu, najmenej však 30 dní odo dňa doručenia pôvodnej, formálne správnej faktúry.
 8. K splneniu záväzku poisťovne dôjde dňom pripísania finančných prostriedkov za poskytnutú zdravotnú starostlivosť na účet poskytovateľa.
 9. Poskytovateľ alebo poverená osoba poskytovateľa môže uzatvoriť s poisťovňou samostatnú zmluvu o využívaní elektronickej služby "Poskytovateľ ZS kontakt", ktorej predmetom je využívanie elektronickej podateľne a zasielanie zúčtovacích dokladov a faktúr elektronicou formou prostredníctvom internetu. Pri zasielaní dokladov v elektronickej forme nie sú zmluvné strany povinné zasielať doklady písomne. Obe formy zasielania dokladov t.j. elektronickej a písomnej sú si rovnocenné.

Čl. 5 Kontrolná činnosť

1. Poisťovňa v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi, Zmluvou a VZP vykonáva kontrolnú činnosť u poskytovateľa zameranú na účelnosť, efektívnosť a hospodárnosť vynakladania prostriedkov verejného zdravotného poistenia, na rozsah a kvalitu vykázaných zdravotnej starostlivosti, na dodržiavanie všeobecne záväzných právnych predpisov, Zmluvy a VZP. Zamestnanci poisťovne (kontrolná skupina) sú povinní preukázať sa pri kontrole služobným preukazom a písomným poverením na výkon kontroly. Kontrolná činnosť sa vykonáva za prítomnosti poskytovateľa, alebo ním poverenej osoby tak, aby nebola závažne narušená prevádzka zdravotníckeho zariadenia.
2. Poisťovňa vykonáva kontrolu aj na základe informácií, podkladov, dokumentov, ktoré poskytol poskytovateľ poisťovní a údajov obsiahnutých v informačnom systéme poisťovne.
3. Poskytovateľ, alebo osoba ním poverená, je pri výkone kontroly povinný najmä:
 - a) umožniť vykonanie kontroly, umožniť vstup do objektov, zariadení a prevádzok, na pozemky a do iných priestorov kontrolovaného poskytovateľa ak bezprostredne súvisia s predmetom kontroly, poskytnúť súčinnosť a požadované informácie a vysvetlenia pri výkone kontroly,
 - b) poskytnúť účtovné a iné doklady a dokumenty, vrátane technických nosičov údajov, ktoré súvisia s nákladmi uhrádzanými z verejného zdravotného poistenia za účelom kontroly účelnosti, efektívnosti a hospodárnosti vynakladania prostriedkov z verejného zdravotného poistenia,
 - c) vyhotoviť alebo umožniť vyhotovenie výpisu, alebo kópie kontrolovaných dokumentov,
 - d) predložiť na vyžiadanie zdravotnej poisťovni dokumenty, na základe ktorých poskytol zdravotnú starostlivosť (najmä žiadanky na vykonanie SVLZ výkonov, príkazy na dopravu, odporúčajúce listky).
4. Kontrolu u poskytovateľa vykonáva kontrolná skupina, ktorá o výsledku kontroly vypracuje:
 - a) "Záznam o kontrole", ak sa nezistí porušenie všeobecne záväzných právnych predpisov alebo porušenie podmienok Zmluvy; podpísaním záznamu poskytovateľom a vedúcim kontrolnej skupiny je kontrola uzavretá,
 - b) "Protokol o kontrole", ak sa kontrolou zistí porušenie všeobecne záväzných právnych predpisov alebo porušenie podmienok dohodnutých v Zmluve,

- c) „Chybový protokol“, ak sa pri kontrole zistia porušenia Zmluvy resp. príslušných právnych predpisov a to v prípade kontroly vykonávanej u poskytovateľa počas lehoty na kontrolu vecnej správnosti faktúry v súlade s Čl. 4 bodom 6 VZP. V tomto prípade sa záznam resp. protokol o kontrole nevystavuje.
5. Protokol alebo záznam o kontrole zašle poisťovňa poskytovateľovi najneskôr do 15 dní od ukončenia kontroly. Ukončenie kontroly je vykonanie všetkých úkonov potrebných na posúdenie kontrolovaných skutočností.
 6. Poskytovateľ má právo podať písomné námietky proti opodstatnenosti a preukázateľnosti kontrolných zistení a záverov uvedených v protokole do 15 dní od doručenia protokolu. Pokiaľ poskytovateľ v stanovenej lehote nepodá námietky k protokolu o kontrole, kontrola sa považuje za uzavretú dňom nasledujúcim po uplynutí lehoty na podanie námietok.
 7. Pokiaľ poskytovateľ v stanovenej lehote podá námietky k protokolu o kontrole, zmluvné strany prerokujú námietky k protokolu do 30 dní odo dňa ich doručenia poisťovni. Poisťovňa vyhotoví zápisnicu o prerokovaní námietok k protokolu, ktorú podpíše vedúci kontrolnej skupiny a zodpovedný zástupca poskytovateľa.
 8. Kontrola je uzavretá v deň prerokovania protokolu a podpísania zápisnice o prerokovaní protokolu, resp. dňom odmietnutia podpísania zápisnice o prerokovaní protokolu.

Čl. 6

Následky porušenia povinností

1. Za porušenie zmluvných podmienok má poisťovňa právo uplatniť si u poskytovateľa zmluvnú pokutu:
 - a) vo výške dvojnásobku úhrady vykazanej zdravotnej starostlivosti, ktorú poskytovateľ vykázal, ale preukázateľne neposkytol,
 - b) vo výške 50 EUR za každý prípad, ak poskytovateľ poruší oznamovaciu povinnosť podľa Čl. 2 bodu 1 písm. i) VZP a tým znemožní poisťovni uplatniť si právo na vymáhanie náhrady vynaložených nákladov za poskytnutú zdravotnú starostlivosť,
 - c) vo výške 25% priemernej mesačnej úhrady za zdravotnú starostlivosť za posledné 3 mesiace, maximálne však do výšky 5000 EUR za každý prípad, pokiaľ poskytovateľ zmarí výkon kontroly, alebo opakovaně poruší Zmluvu alebo VZP. Za opakované porušenie sa považuje také porušenie Zmluvy alebo VZP, na ktoré už bol poskytovateľ písomne upozornený.
2. Poskytovateľ si môže uplatniť úrok z omeškania vo výške 0,01% za každý deň omeškania poisťovne s úhradou faktúry.
3. Uplatnením zmluvnej pokuty v zmysle bodu 1 a úroku z omeškania v zmysle bodu 2 tohto článku nie je dotknuté právo poškodenej strany na náhradu škody.

Čl. 7

Záverečné ustanovenia

1. Poisťovňa je povinná:
 - a) dodržiavať Zmluvu, VZP a všeobecne záväzné právne predpisy,
 - b) uhrádzať poskytovateľovi zdravotnú starostlivosť hradenú na základe verejného zdravotného poistenia v cene, rozsahu a v lehotách dohodnutých v Zmluve a VZP.
2. Jednotlivé ustanovenia VZP sú záväzné pre poskytovateľa, ak sa vzťahujú na ten druh zdravotnej starostlivosti, ktorý je predmetom Zmluvy.
3. Všeobecné zmluvné podmienky nadobúdajú účinnosť 1.1.2012