

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

A) Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore gynekológia a pôrodnictvo

1. Poskytovateľ:

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

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

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

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

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

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

| Spôsob úhrady | Výška úhrady v € |
|---------------|------------------|
| kapitácia | 1,21 |

3. Kapitácia podľa bodu 2 tejto časti prílohy zahŕňa všetky náklady okrem:

a) nákladov na lieky uvedené v Zozname kategorizovaných liekov, uverejňovanom Ministerstvom zdravotníctva Slovenskej republiky na svojom webovom sídle, označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom A a AS,

b) nákladov na vykonané zdravotné výkony preventívnych prehliadok

| Spôsob úhrady | Špecifikácia podmienok úhrady | Výška úhrady v € | Dohodnutý rozsah úhrady |
|---------------|--|------------------|--|
| cena bodu | za vykonané zdravotné výkony preventívnych prehliadok hrazených z verejného zdravotného poistenia uvedených nižšie | 0,0350 | súčin ceny bodu a počtu bodov uvedených v prílohe nariadenia vlády SR č. 226/2005 Z.z., pod názvom „Zoznam zdravotných výkonov a ich bodové hodnoty“ (ďalej len „zoznam výkonov“), za každý medicínsky indikovaný, správne vykázaný a uznaný zdravotný výkon |

uhrádzajú sa tieto zdravotné výkony preventívnych prehliadok:

| Kód výkonu | Obsah zdravotného výkonu a preventívnych vyšetrení | Vek / frekvencia | Vykazovanie |
|------------|--|---|---|
| 100 | rady tehotnej žene v rámci starostlivosti o matku | | vykazuje sa s kódom choroby Z340 alebo Z348 podľa MKCH-10-SK-2013, môže sa vykázat, ak nie je súčasťou iného výkonu |
| 102 | prvé vyšetrenie v rámci predpôrodnej starostlivosti o tehotné s určením termínu pôrodu vrátane zisťovania anamnézy a vystavenia materského preukazu, ako aj rád tehotnej o starostlivosti v gravidite vrátane vyšetrenia TK, pulzu, hmotnosti a výkonu 101 | vykazuje sa po potvrdení gravidity pri prvej návšteve | pri fyziologickom tehotenstve sa vykazuje s kódom choroby Z340 alebo Z348 podľa MKCH-10-SK-2013 a pri patologickom tehotenstve s kódom choroby Z352 podľa MKCH-10-SK-2013 |

24

| | | | |
|------------------|--|---|---|
| 103 ⁴ | vyšetrenie a rady v priebehu gravidity s vyhodnotením výsledkov laboratórnych vyšetrení so zreteľom na riziká gravidity | vykazuje sa od druhej návštevy / raz za 28 dní | pri fyziologickom tehotenstve sa vykazuje s kódom choroby Z340 alebo Z348 podľa MKCH-10-SK-2013 a pri patologickom tehotenstve s kódom choroby Z352 podľa MKCH-10-SK-2013 |
| 105 | vyšetrenie a rady šestonedielke v 6. až 8. týždni po pôrode | vykazuje sa iba raz v súvislosti so šestonedelím | vykazuje sa s kódom choroby Z014 podľa MKCH-10-SK-2013 |
| 157 | preventívna gynekologická prehliadka je komplexné gynekologické vyšetrenie zamerané na vyhľadávanie a včasnú diagnostiku organických a funkčných porúch ženských pohlavných orgánov | ženy vo veku od 18 rokov veku alebo od prvého tehotenstva / raz za kalendárny rok | vykazuje sa s kódom choroby Z014 podľa MKCH-10-SK-2013 |
| 167 | odobratie a fixácia steroidného materiálu na cytologické vyšetrenie z porcia a z cervixu vrátane nákladov. Cytologické stery z krčka maternice vyhodnocujú certifikované cytologické laboratória | skrining rakoviny krčka maternice pre ženy vo veku od 18 do 64 rokov, prvé dva odbery cytológie v ročnom intervale. V prípade negativity týchto dvoch cytologických výsledkov pokračovať v 3-ročnom intervale do veku 64 rokov. Uvedená periodicita platí aj pre poistenku, u ktorej sa začal skrining aj neskôr ako v 23. roku života. Skrining sa ukončí vo veku 64 rokov, ak budú posledné 3 cytologické nálezy negatívne. | vykazuje sa s kódom choroby Z014 podľa MKCH-10-SK-2013 |

c) nákladov na výkony spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek (ďalej len „SVLZ“),

| Spôsob úhrady | Špecifikácia podmienok úhrady | Výška úhrady v € | Dohodnutý rozsah úhrady |
|---------------|---|------------------|---|
| cena bodu | výkon SVLZ prístrojový preventívny – 108, 118, 5303, 5305 | 0,0266 | súčin ceny bodu a počtu bodov uvedených v zozname výkonov za každý medicínsky indikovaný, správne vykázaný a uznaný zdravotný výkon |
| cena bodu | výkon SVLZ prístrojový preventívny – 5308 (mamológia a mamodiagnostika) | 0,0076 | súčin ceny bodu a počtu bodov uvedených v zozname výkonov za každý medicínsky indikovaný, správne vykázaný a uznaný zdravotný výkon |
| cena bodu | výkon SVLZ, vrátane SVLZ prístrojový | 0,0073 | súčin ceny bodu a počtu bodov uvedených v zozname výkonov za každý medicínsky indikovaný správne vykázaný a uznaný zdravotný výkon |

ca) uhrádza sa u poskytovateľa, ktorý spĺňa odborné predpoklady na vyhodnocovanie príslušných vyšetrení (špecializácia alebo certifikát), vlastní alebo má prenajatý príslušný prístroj a zdravotná poisťovňa súhlasila s uhrádzaním výkonov uvedených v prílohe k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti,

cb) výkon 108 sa akceptuje ako preventívny výkon najviac tri razy počas tehotenstva a vykazuje sa pri fyziologickom tehotenstve súčasne s kódom choroby Z340 alebo Z348 podľa MKCH-10-SK-2013 a pri patologickom tehotenstve súčasne s kódom choroby Z352 podľa MKCH-10-SK-2013; u kapitovanej poistenky,

cc) výkon 118 sa akceptuje ako preventívny výkon raz týždenne počas obdobia posledných štyroch týždňov gravidity (maximálne 6x), vykazuje sa súčasne s výkonom 103 a s kódom choroby Z340, Z348 alebo Z352 podľa MKCH-10-SK-2013 u kapitovanej poistenky. Úhrada a frekvencia výkonu 103 je uvedená v tabuľke v písm. b) tohto bodu,

cd) výkony 5303 a 5305 sa akceptujú ako preventívne výkony raz za dvanásť mesiacov, vykazujú sa v návaznosti na výkon 157 a s kódom choroby Z014 podľa MKCH-10-SK-2013 u kapitovanej poistenky, výkony 5303 a 5305 sa nevykazujú naraz v rámci vykonania jednej preventívnej prehliadky (výkon 157),

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

⁴ pri rizikovom tehotenstve sa vykazuje uvedená prehliadka pod kódom zdravotného výkonu č. 63; zdravotný výkon č. 63 sa neuhrádza ako preventívna prehliadka nad rámec kapitácie podľa bodu 3 písm. b) tejto časti prílohy

cf) výkon 5308 sa akceptuje ako preventívny výkon raz za dva roky v intervaloch a vekovom rozmedzí stanovených v skriningu, vykazuje sa súčasne s výkonom 157 a kódom choroby Z014 podľa MKCH-10-SK-2013 u kapitovanej poistenky,

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

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

4. Náklady za zdravotné výkony pri poskytnutí neodkladnej zdravotnej starostlivosti poistencovi zdravotnej poisťovne sa uhrádzajú takto

| Spôsob úhrady | Špecifikácia podmienok úhrady | Výška úhrady v € | Dohodnutý rozsah úhrady |
|---------------|--|------------------|---|
| cena bodu | zdravotné výkony pri poskytnutí neodkladnej zdravotnej starostlivosti poistencovi zdravotnej poisťovne | 0,0166 | súčin ceny bodu a počtu bodov uvedených v zozname výkonov za každý medicínsky indikovaný, správne vykázaný a uznaný zdravotný výkon |

SVLZ výkony sa uhrádzajú cenou bodu vo výške 0,0073 €.

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

1. Zdravotné výkony poskytovanej zdravotnej starostlivosti sa uhrádzajú takto:

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

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

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

d) do rozsahu podľa písm. b) tohto bodu sa nezapočítavajú náklady na lieky uvedené v Zozname kategorizovaných liekov, uverejňovanom Ministerstvom zdravotníctva Slovenskej republiky na svojom webovom sídle, označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom A a AS.

2. Úhrada zdravotných výkonov špecializovanej zdravotnej starostlivosti s výnimkou zdravotnej starostlivosti uvedenej v bode 3 tejto časti prílohy

| Spôsob úhrady | Špecifikácia podmienok úhrady | Výška úhrady v € |
|---------------|---|------------------|
| cena bodu | zdravotné výkony pri poskytnutí špecializovanej zdravotnej starostlivosti | 0,0193 |

3. Osobitne sa uhrádzajú náklady za výkony spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek (ďalej len „SVLZ“)

| Spôsob úhrady | Špecifikácia podmienok úhrady | Výška úhrady v € | Dohodnutý rozsah úhrady |
|---------------|---|------------------|---|
| cena bodu | výkon SVLZ prístrojový preventívny – 108, 118, 5303, 5305 | 0,0266 | súčin ceny bodu a počtu bodov uvedených v zozname výkonov za každý medicínsky indikovaný, správne vykázaný a uznaný zdravotný výkon |
| cena bodu | výkon SVLZ prístrojový preventívny - 5308 (mamológia a mamodiagnostika) | 0,0076 | súčin ceny bodu a počtu bodov uvedených v zozname výkonov za každý medicínsky indikovaný, správne vykázaný a uznaný zdravotný výkon |
| cena bodu | výkon SVLZ, vrátane SVLZ prístrojový | 0,0073 | súčin ceny bodu a počtu bodov uvedených v zozname výkonov za každý medicínsky indikovaný správne vykázaný a uznaný zdravotný výkon |

a) uhrádza sa u poskytovateľa, ktorý spĺňa odborné predpoklady na vyhodnocovanie príslušných vyšetrení (špecializácia alebo certifikát), vlastní alebo má prenajatý príslušný prístroj a zdravotná poisťovňa súhlasila s uhrádzaním výkonov uvedených v prílohe k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti,

21

- b) výkon 108 sa akceptuje ako preventívny výkon najviac tri razy počas tehotenstva a vykazuje sa pri fyziologickom tehotenstve súčasne s kódom choroby Z340 alebo Z348 podľa MKCH-10-SK-2013 a pri patologickom tehotenstve súčasne s kódom choroby Z352 podľa MKCH-10-SK-2013; u kapitovanej poistenky,
- c) výkon 118 sa akceptuje ako preventívny výkon raz týždenne počas obdobia posledných štyroch týždňov gravidity (maximálne 6x), vykazuje sa súčasne s výkonom 103 a s kódom choroby Z 340, Z348 alebo Z352 podľa MKCH-10-SK-2013,
- d) výkony 5303 a 5305 sa akceptujú ako preventívne výkony raz za dvanásť mesiacov, vykazujú sa v nadväznosti na výkon 157 a s kódom choroby Z014 podľa MKCH-10-SK-2013, výkony 5303 a 5305 sa nevykazujú naraz v rámci vykonania jednej preventívnej prehliadky (výkon 157),
- e) výkon 5308 sa akceptuje ako preventívny výkon raz za dva roky v intervaloch a vekovom rozmedzí stanovených v skríningu, vykazuje sa súčasne s výkonom 157 a kódom choroby Z014 podľa MKCH-10-SK-2013,
- f) výkony 5303 a 5305 sa akceptujú k úhrade aj bez naviazania na vykonanie preventívnej prehliadky (výkon 157), v takomto prípade sa uhrádzajú cenou bodu vo výške **0,0073 €**.

IV. Špecializovaná ambulantná starostlivosť – v kategórii zubný lekár

Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore stomatológia/zubné lekárstvo, detská stomatológia, čelustná ortopédia, maxilofaciálna chirurgia a v certifikovanej pracovnej činnosti dentoalveolárna chirurgia, choroby slizníc ústnej dutiny, implantológia a mukogingiválna chirurgia (ďalej len „kategória zubný lekár“)

1. Zdravotné výkony poskytovanej zdravotnej starostlivosti sa uhrádzajú takto

- a) zdravotné výkony poskytovanej zdravotnej starostlivosti vykázané poskytovateľom v súlade s nariadením vlády SR č. 776/2004 Z. z., ktorým sa vydáva Katalóg zdravotných výkonov v znení neskorších predpisov sa ohodnocujú počtom bodov uvedených v prílohe nariadenia vlády SR č. 226/2005 Z.z., o výške úhrady za zdravotnú starostlivosť, ktorú uhrádza zdravotná poisťovňa poskytovateľovi lekárskej služby prvej pomoci, pod názvom „Zoznam zdravotných výkonov a ich bodové hodnoty“ (ďalej len „zoznam výkonov“),
- b) rozsah úhrady, ktorý uhradí zdravotná poisťovňa poskytovateľovi, predstavuje súčin počtu bodov za zdravotný výkon podľa písm. a) tohto bodu a dohodnutej ceny bodu uvedenej v bode 2 a 3 tejto časti prílohy za všetky medicínsky indikované zdravotné výkony, vykázané zdravotnej poisťovni a zdravotnou poisťovňou uznané,
- c) zdravotný výkon, ktorý nemá v zozname výkonov určenú bodovú hodnotu môže zdravotná poisťovňa uhradiť poskytovateľovi len s predchádzajúcim písomným súhlasom zdravotnej poisťovne a to najviac vo výške preukázateľných nákladov spojených s jeho poskytnutím,
- d) do rozsahu podľa písm. b) a c) tohto bodu sa nezapočítavajú náklady na lieky uvedené v Zozname kategorizovaných liekov, uverejňovanom Ministerstvom zdravotníctva Slovenskej republiky na svojom webovom sídle, označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom A a AS,
- e) do finančného rozsahu podľa písm. b) a c) tohto bodu sa nezapočítavajú náklady na zdravotnícke pomôcky skupiny Z uvedené v Zozname zdravotníckych pomôcok na mieru; ktorý vydáva Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej Republiky opatrením,

2. Úhrada zdravotných výkonov špecializovanej zdravotnej starostlivosti s výnimkou zdravotnej starostlivosti uvedenej v bodoch 3 až 4 tejto časti prílohy je nasledovná

a)

| Spôsob úhrady | Špecifikácia podmienok úhrady | Výška úhrady v € |
|---------------|---|------------------|
| cena bodu | zdravotné výkony pri poskytnutí špecializovanej zdravotnej starostlivosti v kategórii zubný lekár | 0,072483 |

b) pre náročnosť ošetrovania poistencov s vrodenou vývojovou chybou čelustí a tváre sa hodnota výkonu O06 do dosiahnutia šiesteho roku veku a výkonov O21 až O37 bez obmedzenia veku násobí koeficientom H 1,3.

3. Osobitne sa uhrádzajú náklady za vykonané zdravotné výkony preventívnych prehliadok

| Spôsob úhrady | Špecifikácia podmienok úhrady | Výška úhrady v € |
|---------------|---|------------------|
| cena bodu | za vykonané zdravotné výkony preventívnych prehliadok hrazených z verejného zdravotného poistenia (D01, D02, D02a, D05 a D06), vykazujú sa s kódom choroby Z012 podľa MKCH-10-SK-2013 | 0,072483 |

4. Osobitne sa uhrádza materiál pri výkone RTG snímok

| Spôsob úhrady | Špecifikácia podmienok úhrady / vykazovanie | Výška úhrady v € | Dohodnutý rozsah úhrady |
|---------------|---|------------------|--------------------------------------|
| pevná cena | materiál RTG snímky k výkonu D 52 | 0,27 | uhrádza sa za každú správne vykázanú |

| | | | |
|-------------------|--|-------------|--|
| | pod kódom RTGIO* | | a uznanú RTG snímku |
| pevná cena | materiál RTG snímky k výkonu D 54 pod kódom OPG* | 0,50 | uhrádza sa za každú správne vykázanú a uznanú RTG snímku |

*výkon RTG snímok sa uhrádza u poskytovateľa, ktorý spĺňa odborné predpoklady na vykonávanie a vyhodnocovanie príslušných vyšetrení (špecializácia alebo certifikát) a vlastní alebo má prenajatý príslušný prístroj

V. Úhrada za výkon expektácie pacienta

| Kód výkonu | Názov výkonu | Výška úhrady za výkon | Popis, podmienky a rozsah úhrady výkonu | Poznámka |
|------------|---|-----------------------|---|---|
| Y0027 | Expektácia pacienta na pracovisku v odbornosti urgentná medicína s kódom P40707184801 P40707184802 P40707184803 | 180,- € | Poskytnutie zdravotnej starostlivosti na lôžku príslušného pracoviska, ktoré trvá minimálne 4 hodiny a neprekročí 24 hodín. Úhrada za výkon zahŕňa všetky náklady na potrebné diagnostické, terapeutické a ošetrovateľské výkony poskytnuté pacientovi vrátane konziliárnych vyšetrení, spotrebovaných liekov a zdravotníckych pomôcok. | V prípade pokračovania liečby pacienta formou ústavnej zdravotnej starostlivosti poskytovateľ nemá nárok na úhradu výkonu expektácie, ale na úhradu hospitalizácie podľa príslušnej prílohy tejto zmluvy. |

VI. Stacionár

1. V stacionári sa výkony poskytnutej zdravotnej starostlivosti poistencovi uhrádzajú poskytovateľovi cenou ošetrovacieho dňa takto:

| Druh zdravotníckeho zariadenia | Výška úhrady v € | Rozsah zdravotnej starostlivosti |
|--|------------------|---|
| Stacionár opakovaná denná ambulantná starostlivosť | 13,80 | každý medicínsky indikovaný, správne vykázaný a uznaný ošetrovací deň |

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

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

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

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

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

VII. Zariadenia spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek

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

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

3. Finančný rozsah, ktorý uhradí zdravotná poisťovňa poskytovateľovi poskytujúcemu zdravotnú starostlivosť v zariadení spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek (ďalej len „SVLZ“), s výnimkou špecializačných odborov

ba'

uvedených v častiach A), B) alebo C) tejto časti prílohy, predstavuje súčin počtu bodov za zdravotný výkon podľa Zoznamu výkonov a ceny bodu vo výške **0,007303 €** za všetky medicínsky indikované, zdravotnej poisťovni správne vykázané a zdravotnou poisťovňou uznané zdravotné výkony.

4. Do finančného rozsahu sa nezapočítavajú náklady na lieky uvedené v Zozname kategorizovaných liekov, uvádzaných Ministerstvom zdravotníctva Slovenskej republiky na svojom webovom sídle, označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom A a AS, ani náklady na ďalšie pripočítateľné položky k zdravotným výkonom vykázané v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi.

A) Laboratórne vyšetrovacie metódy

- Zmluvné strany sa dohodli, že poskytovateľ poskytujúci zdravotnú starostlivosť v zariadení SVLZ v špecializačných odboroch laboratórnej medicíny
 - vybrané zdravotné výkony Zoznamu výkonov vykazuje pod novými kódmi a za podmienok uvedených v dokumente „**Usmernenie k vykazovaniu výkonov podobných vyšetrení**“, zverejnenom na webovej stránke zdravotnej poisťovne, www.union.sk,
 - zdravotné výkony podľa Zoznamu výkonov vykazuje pri rešpektovaní podmienok uvedených v dokumente „**Usmernenie k vykazovaniu laboratórnych výkonov**“, zverejnenom na webovej stránke zdravotnej poisťovne, www.union.sk,
 - pri vyšetrení onkomarkerov vykazuje len laboratórne zdravotné výkony, ktoré boli indikované za podmienok uvedených v dokumente „**Onkomarkery**“, zverejnenom na webovej stránke zdravotnej poisťovne, www.union.sk,
- Dokumenty podľa bodu 1 tejto časti prílohy zverejnené na webovej stránke zdravotnej poisťovne, www.union.sk tvoria neoddeliteľnú súčasť tejto prílohy. V prípade ich zmeny zdravotná poisťovňa informuje poskytovateľa 21 dní pred plánovaným dňom účinnosti takejto zmeny.
- Finančný rozsah, ktorý uhradí zdravotná poisťovňa poskytovateľovi poskytujúcemu zdravotnú starostlivosť v zariadení SVLZ v špecializačných odboroch laboratórnej medicíny, predstavuje súčin počtu bodov za zdravotný výkon podľa Zoznamu výkonov a ceny bodu vo výške v rozmedzí od **0,006307 €** do **0,007303 €** za všetky medicínsky indikované, zdravotnej poisťovni správne vykázané a zdravotnou poisťovňou uznané zdravotné výkony; výška ceny bodu závisí od splnenia motivačných kritérií uvedených nižšie:
 - základná cena bodu **0,006307 €** (podmienkou je interný a externý systém kontroly kvality) sa navýši o **0,000332 €** za splnenia každého z nasledovných motivačných kritérií (ďalej aj „MK“)

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

4. Poskytovateľ poskytujúci zdravotnú starostlivosť v zariadení SVLZ v špecializačnom odbore patologická anatomia vykazuje výkony súvisiace s histologickou diagnostikou pri rešpektovaní podmienok uvedených v tabuľke tohto bodu. Maximálny počet je viazaný na materiál odobratý a vyšetrený počas jedného zákroku na jedného pacienta.

| Kód | max počet | poznámka |
|--|-----------|---|
| BIOPSIA, IMUNOHISTOCHÉMIA, IMUNOFLUORESCENCIA, ENZÝMOVÁ HISTOCHÉMIA | | |
| 4900 | 10x | v prípade vykázaní viac ako 10x doloženie kópie kompletného histologického výsledku |
| 4902 | 10x | v prípade vykázaní viac ako 10x doloženie kópie kompletného histologického výsledku |
| 4919 | | vykazuje sa spolu s kódom 4900 alebo 4902; identické počty s kódom 4900 alebo 4902 |
| 4920 | | vykazuje sa spolu s kódom 4902; identické počty s kódom 4902 |
| 4907 | 8x | špeciálne histochemické metódy na dôkaz glycidov, bielkovín, lipidov |
| 4905 | 8x | špeciálne histochemické metódy |
| 4914 - 4917 | 10x | enzýmová histochemia – počet v závislosti od vyšetrovaného materiálu |
| 4921 | 5x | príplatok-dekalcifikácia |
| 4922 - 4923 | 8x | imunofluorescenčné vyšetrenie |
| 4931 | 1x | úhrada je podmienená dokladom o vykonanom konzultačnom vyšetrení |
| 4957 | 1x | úhrada je podmienená dokladom o vykonanom konzultačnom vyšetrení, nutné uviesť dg |
| 3510 | x | nehradené |
| 3517 | x | nehradené |
| 3512 | 1x | hlásenie peroperačnej biopsie a/alebo konzultácie s klinikmi |
| 3518 | 1x | 1x za deň na jedno laboratórne pracovisko |
| 3621 | 1x | 1x na jedného pacienta |
| 3622 | 1x | 1x na jedného pacienta |

| | | |
|----------------------------|-----|--|
| 3601 | 1x | 1x na jedného pacienta |
| IMUNOHISTOCHEMIA | | |
| 4919b | 10x | v prípade vykázania viac ako 10x doloženie kópie kompletného histologického výsledku |
| 4926 | 10x | v prípade vykázania viac ako 10x doloženie kópie kompletného histologického výsledku |
| 4918 | | vykazuje sa spolu s kódmi 4919b a 4926; počet musí byť identický s počtom kódov 4919b a 4926 |
| PEROPERACNÁ BIOPSIA | | |
| 4906 | 5x | v prípade vykázania viac ako 5x doloženie kópie kompletného histologického výsledku |
| 4919 | | vykazuje sa spolu s kódom 4906; identické počty s kódom 4906 |
| 3512 | 1x | vykazuje sa spolu s kódmi 4906 a 4919; 1x ku kódom 4906 a 4919 |

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

| Kód výkonu | Názov výkonu | Počet bodov | Podmienky vykazovania |
|--|--|-------------|---|
| 9 980 | Skriningové cytologické vyšetrenie steru z krčka maternice realizované konvenčnou metódou | 1 000 | Vykazuje sa s kódmi choroby podľa MKCH 10 -SK-2013 - Z014, Z124, N72, N86, N870, N871, N872, N879, N889, C530, C531, C538, C539, C541, C55, C809, D069. Maximálne 1 x za rok na 1 rodné číslo. |
| 9980a | Cytologické vyšetrenie steru z krčka maternice realizované konvenčnou metódou /vek poistenky do 23 rokov a nad 64 rokov/ | 1 000 | Vykazuje sa s kódmi choroby podľa MKCH 10 -SK-2013 - Z014, Z124, N72, N86, N870, N871, N872, N879, N889, C530, C531, C538, C539, C541, C55, C809, D069. Maximálne 2 x za rok na 1 rodné číslo. |
| 9980b | Cytologické vyšetrenie steru z krčka maternice realizované konvenčnou metódou /kontrolné cytologické vyšetrenie/ | 1 000 | Vykazuje sa s kódmi choroby podľa MKCH 10 -SK-2013 - N72, N86, N870, N871, N872, N879, N889, C530, C531, C538, C539, C541, C55, C809, D069. Maximálne 2 x za rok na 1 rodné číslo. |
| Pozn.: Kódy choroby sú priradené ku kódu výkonu podľa výsledku cytologického vyšetrenia nasledovne: negatívny nález: kódy choroby podľa MKCH 10 -SK-2013: Z014; Z124 pozitívny nález: kódy choroby podľa MKCH 10 -SK-2013 adekvátne výsledku cytologického vyšetrenia: N879 - ASC- US, AGC - NOS ; N 870 – LSIL; N871 a N 872 – HSIL, AGC - FN; C530; C531; C538 ; C539 ; C541; C55; C809; D069. Vykazovaná je konečná diagnóza, ktorú stanoví lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore patologická anatómia. Výkony s kódmi 9980a a 9980b sa vykazujú s kódmi choroby podľa MKCH 10 -SK-2013, ktoré sú adekvátne aktuálnemu výsledku cytologického vyšetrenia. | | | |

6. Revíznym lekárom zdravotnej poisťovne týmto udeľuje predchádzajúci súhlas podľa § 42 ods. 5 a 6 zákona č. 577/2004 Z.z. v znení neskorších predpisov s úhradou výkonov uvedených v bode 1 písm. a) a v bode 5 v zmluvne dohodnutej cene za splnenia podmienky, že poskytovateľ nebude túto zdravotnú starostlivosť účtovať poisťencovi, ktorému bol výkon poskytnutý. Tento súhlas revízneho lekára zdravotnej poisťovne je záväzný od nadobudnutia účinnosti zmluvy a platí po dobu platnosti zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti uzatvorenej medzi zdravotnou poisťovňou a poskytovateľom. Zdravotná poisťovňa si vyhradzuje tento súhlas kedykoľvek odvolať aj pred uplynutím uvedenej doby, a to písomným odvolaním súhlasu revízneho lekára. Odvolanie súhlasu nadobudne účinnosť ku dňu uvedenému v odvolaní.
7. Poskytovateľ je povinný predkladať zdravotnej poisťovni raz ročne v kópii výsledky externej kontroly kvality vo forme ako ich dostáva od spoločnosti, s ktorou má uzatvorenú zmluvu o vykonávaní externej kontroly kvality (doklad o zaradení do systému externej kontroly kvality a prehľad získaných certifikátov); táto povinnosť sa vzťahuje na poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, ktorý poskytuje zdravotnú starostlivosť v zariadeniach spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek v odboroch klinická biochémia, patologická anatómia, hematológia a transfuziológia, klinická mikrobiológia, klinická imunológia a alergológia, nukleárna medicína, lekárska genetika alebo laboratórna medicína.

B) Zobrazovacie vyšetrovacie metódy

1. Finančný rozsah, ktorý uhradí zdravotná poisťovňa poskytovateľovi poskytujúcemu zdravotnú starostlivosť v zariadení SVLZ špecializačnom odbore **rádiológia**, predstavuje súčin počtu bodov za zdravotný výkon podľa Zoznamu výkonov a ceny bodu vo výške v rozmedzí od **0,004979 €** do **0,007303 €** za všetky medicínsky indikované, zdravotnej poisťovni správne vykázané a zdravotnou poisťovňou uznané zdravotné výkony. Výška ceny bodu závisí od technických parametrov prístrojového vybavenia pracoviska a od splnenia kritérií uvedených v tabuľke tohto bodu:

| Zobrazovacia modalita | Kritérium | Cenové úrovne podľa splnenia kritérií v € | Zmluvná cena bodu v € |
|-----------------------|-----------|---|-----------------------|
|-----------------------|-----------|---|-----------------------|

22

| | | | |
|-----------------------|---|----------|----------|
| konvenčné rtg | - | 0,007303 | 0,007303 |
| ultrasonografia | - | 0,007303 | 0,007303 |
| mamografia | Poskytovateľ, ktorý poskytuje menej ako 3.000 vyšetrení za jeden rok | 0,006971 | 0,007303 |
| | Poskytovateľ, ktorý poskytuje minimálne 3.000 vyšetrení za jeden rok | 0,007303 | |
| počítačová tomografia | CT prístroj do 16 MSCT | 0,005975 | 0,006141 |
| | CT prístroj do 16 MSCT – 24 hodinová prevádzka | 0,006141 | |
| | CT prístroj 20 - 40 MSCT | 0,006307 | |
| | CT prístroj 20 - 40 MSCT – 24 hodinová prevádzka | 0,006473 | |
| | CT prístroj 64 MSCT a viac | 0,006639 | |
| | CT prístroj 64 MSCT a viac – 24 hodinová prevádzka | 0,006805 | |
| magnetická rezonancia | MR prístroj 0,2 T až 0,25 T pre vyšetrenie jedného orgánového systému - kĺbov | 0,004979 | 0,006639 |
| | MR prístroj 0,25 T pre viac orgánovú diagnostiku | 0,005990 | |
| | MR prístroj 0,3 T - 1,0 T | 0,006307 | |
| | MR prístroj od 1,5 T vyššie | 0,006639 | |

- Do finančného rozsahu podľa predchádzajúceho bodu sa nezapočítavajú náklady na pripočítateľné položky k zdravotným výkonom - jednorazové zdravotnícke pomôcky. Zoznam jednorazových zdravotníckych pomôcok, ktoré je poskytovateľ poskytujúci zdravotnú starostlivosť v zariadení SVLZ špecializačnom odbore rádiológia oprávnený vykazovať zdravotnej poisťovni k úhrade spolu s podmienkami ich vykazovania, je zverejnený a priebežne aktualizovaný na webovej stránke zdravotnej poisťovne www.union.sk v dokumente pod názvom „Jednorazové zdravotnícke pomôcky v rádiológii“; tento dokument tvorí neoddeliteľnú súčasť tejto časti prílohy. Poskytovateľ poskytujúci zdravotnú starostlivosť v zariadení SVLZ špecializačnom odbore rádiológia je na vyžiadanie zdravotnej poisťovne povinný predložiť fotokópiu nadobúdacieho dokladu vykazanej jednorazovej zdravotníckej pomôcky.
- Poskytovateľ poskytujúci zdravotnú starostlivosť v zariadení SVLZ špecializačnom odbore rádiológia vykáže k úhrade zdravotnej poisťovni použitý filmový materiál k poskytnutému zdravotnému výkonu s označením podľa formátu použitého filmového materiálu (FOTO1 – FOTO18) v nákupnej cene, najviac však v maximálnej cene uvedenej v tabuľke tohto bodu:

| Označenie filmu | Formát | Max. cena v € | Označenie PACS | Max. cena v € |
|-----------------|------------------------|---------------|----------------|---------------|
| FOTO01 | 3 x 4 | 0,33 | PACS01 | 0,33 |
| FOTO02 | 15 x 30 | 0,50 | PACS02 | 0,50 |
| FOTO03 | 18 x 24 | 0,40 | PACS03 | 0,40 |
| FOTO04 | 24 x 30 | 0,66 | PACS04 | 0,66 |
| FOTO05 | 35 x 35 | 1,49 | PACS05 | 1,49 |
| FOTO06 | 30 x 40 | 1,16 | PACS06 | 1,16 |
| FOTO07 | 35 x 43 | 1,39 | PACS07 | 1,39 |
| FOTO08 | 24 x 30 pre mamografie | 1,84 | PACS08 | 1,84 |
| FOTO09 | 18 x 24 pre mamografie | 1,15 | PACS09 | 1,15 |
| FOTO10 | A4 | 2,12 | PACS10 | 2,12 |
| FOTO11 | 14 x 17 inch laser | 5,81 | PACS11 | 5,81 |
| FOTO12 | 8 x 10 inch laser | 1,94 | PACS12 | 1,94 |
| FOTO13 | A3 | 4,17 | PACS13 | 4,17 |
| FOTO14 | 13 x 18 | 0,33 | PACS14 | 0,33 |
| FOTO15 | 15 x 40 | 0,76 | PACS15 | 0,76 |
| FOTO16 | 5 x 7 | 0,27 | PACS16 | 0,27 |
| FOTO17 | 18 x 43 | 0,86 | PACS17 | 0,86 |
| FOTO18 | 20 x 40 | 0,93 | PACS18 | 0,93 |

- V prípade, že poskytovateľ poskytujúci zdravotnú starostlivosť v zariadení SVLZ špecializačnom odbore rádiológia dokumentuje a archivuje poskytnuté vyšetrenia v systéme PACS (čo preukáže zdravotnej poisťovni dokumentmi podľa tabuľky technických požiadaviek na prevádzku PACS uvedenej v dokumente pod názvom „Technické požiadavky na prevádzku PACS“, zverejnenom na webovej stránke zdravotnej poisťovne www.union.sk; tento dokument tvorí neoddeliteľnú súčasť tejto časti prílohy), vykáže k úhrade zdravotnej poisťovni dokumentáciu a archiváciu poskytnutého zdravotného výkonu označením PACS1 – PACS18 v takom počte, ktoré zodpovedá počtu

filmového materiálu, ktorý by bol použitý pri štandardnej dokumentácii a archivácii. Zdravotná poisťovňa uhradí za dokumentáciu a archiváciu poskytnutého zdravotného výkonu v systéme PACS pri zdravotných výkonoch s kódmi číslo 5000–5095 (vrátane) 100% cenu filmového materiálu a pri zdravotných výkonoch s kódmi č. 5101–5613 (vrátane) 80% ceny filmového materiálu, ktorý by bol použitý pri štandardnej dokumentácii a archivácii.

C) Fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia

1. Finančný rozsah, ktorý uhradí zdravotná poisťovňa poskytovateľovi poskytujúcemu zdravotnú starostlivosť v zariadení SVLZ v špecializačných odboroch fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia a fyzioterapia predstavuje súčin počtu bodov za zdravotný výkon podľa Zoznamu výkonov okrem výkonov s kódmi 509a, 512, 513, 514a, 516, 518, 522, 523a, 530, 531, 532, 533a, 540, 541, 542 a ceny bodu vo výške **0,007303 €** za všetky zdravotné výkony indikované lekárom v špecializačnom odbore fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia, ktoré sú zdravotnej poisťovni správne vykázané a zdravotnou poisťovňou uznané.
2. Finančný rozsah, ktorý uhradí zdravotná poisťovňa poskytovateľovi poskytujúcemu zdravotnú starostlivosť v zariadení SVLZ v špecializačných odboroch fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia a fyzioterapia predstavuje súčin počtu bodov za zdravotný výkon podľa Zoznamu výkonov u výkonov s kódmi 509a, 512, 513, 514a, 516, 518, 522, 523a, 530, 531, 532, 533a, 540, 541, 542 a ceny bodu vo výške **0,010954 €** za všetky zdravotné výkony indikované lekárom v špecializačnom odbore fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia, ktoré sú zdravotnej poisťovni správne vykázané a zdravotnou poisťovňou uznané.

VIII. Priamo hradené výkony

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

| Kód výkonu | Názov výkonu | Výška úhrady výkonu v € | Podmienky vykazovania |
|------------|---|-------------------------|---|
| Y0013 | Komplexná polysomnografia | 300,- | V cene zdravotného výkonu sú zahrnuté všetky náklady na zdravotnú starostlivosť v súvislosti s pobytom poistenca v centre spánkovej medicíny. Poskytovateľ nevykazuje poskytnutie zdravotnej starostlivosti poistencovi, ktorá je súčasťou tohto výkonu, iným spôsobom. Poskytovateľ vykazuje výkon za podmienok uvedených v dokumente „Komplexná polysomnografia - podmienky úhrady“, zverejnenom na webovej stránke zdravotnej poisťovne, www.union.sk. |
| 9650 | Kapsulová enteroskopia vrátane nákladov na kapsulu | 829,85 | Zdravotnou indikáciou úhrady tohto výkonu z verejného zdravotného poistenia je krvácanie z tráviaceho traktu z neznámeho zdroja: a) hemodynamicky významné - pri negativite gastrofibroskopie a kolonoskopie a s nutnosťou pobytu na JIS a podávaním transfúzií, b) hemodynamicky nevýznamné - opakovaná anemizácia s nutnosťou jej liečby bez zistenia zdroja krvácania dostupnými vyšetrovacími postupmi. Poznámka: vyšetrenie možno vykonať u detí vo veku od 10 rokov, výnimočne aj u mladších. Výkon podlieha schvaľovaniu zdravotnej poisťovne na základe predloženého protokolu vypracovaného odbornou spoločnosťou a zdravotnými poisťovňami. |
| 9505 | Detekcia vysokorizikových papilomavírusov - HPV DNA analýza | 43,- | Vyšetrenie je indikované na základe predchádzajúceho cytologického vyšetrenia s nálezom ASC-US (atypical squamous cells of undetermined significance) a po konizačných a ablačných výkonoch na cervixe, ktoré boli vykonané z dôvodov liečby dysplázie alebo mikroinvazívneho karcinómu cervixu - vyšetrenie sa realizuje 6 mesiacov po chirurgickom výkone a v iných prípadoch podľa indikácie lekára so špecializáciou onkológia v gynekológii Vykazuje sa s kódmi choroby Z12.5,N87.9, N88.9, N87.0, N87.1, N87.2,N87.9 podľa MKCH-10-SK-2013. |

IX. Výkony asistovanej reprodukcie

1. Zdravotné výkony asistovanej reprodukcie sa uhrádzajú poistenkám zdravotnej poisťovne do 39. roku života.
2. Zdravotné výkony asistovanej reprodukcie vykázané poskytovateľom v súlade s nariadením vlády SR č. 776/2004 Z.z., ktorým sa vydáva Katalóg zdravotných výkonov v znení neskorších predpisov sa ohodnocujú počtom bodov podľa „Zoznamu zdravotných výkonov a ich bodových hodnôt“ (ďalej len „zoznam výkonov“), ktorý tvorí prílohu nariadenia vlády SR č. 226/2005 Z.z. o výške úhrady za zdravotnú starostlivosť, ktorú uhrádza zdravotná poisťovňa poskytovateľovi lekárskej služby prvej pomoci,
3. Cena zdravotných výkonov asistovanej reprodukcie, ktoré uhradí zdravotná poisťovňa poskytovateľovi v rámci asistovanej reprodukcie predstavuje:
 - a) súčin počtu bodov za zdravotný výkon asistovanej reprodukcie podľa bodu 2 tejto časti prílohy a dohodnutej **základnej ceny bodu** podľa bodu 4 tejto časti prílohy alebo,
 - b) súčin počtu bodov za zdravotný výkon asistovanej reprodukcie podľa bodu 2 tejto časti prílohy a **výslednej ceny bodu** podľa bodu 4 tejto časti prílohy, predpokladom ktorej je splnenie podmienok uvedených v bode 5 tejto časti prílohy.
4. Zdravotné výkony asistovanej reprodukcie sa uhrádzajú vo výške základnej ceny bodu alebo vo výške výslednej ceny bodu nasledovne:

| Spôsob úhrady | Kód výkonu | Základná cena bodu v € | Výsledná cena bodu v € pri preukázateľnom splnení podmienok uvedených v bode 5 tejto časti prílohy |
|---------------|------------|------------------------|--|
| cena bodu | 1192a | 0,0150 | 0,0170 |
| cena bodu | 1192b | 0,0150 | 0,0170 |
| cena bodu | 1192c | 0,0150 | 0,0170 |

5. Základná cena bodu zdravotných výkonov asistovanej reprodukcie uvedených v bode 4 tejto časti prílohy sa upravuje smerom nahor pri preukázanom splnení v tabuľke uvedených podmienok nasledovne:

| Podmienka | Zvýšenie základnej ceny bodu + / € | Poznámka |
|---|------------------------------------|---|
| a) poskytovateľ vykonáva in vitro maturáciu | +0,0003 | poskytovateľ oznamuje zdravotnej poisťovni písomne čestným vyhlásením |
| b) poskytovateľ vykonáva predimplantačnú genetickú diagnostiku | +0,0003 | na základe indikácie klinického genetika |
| c) poskytovateľ vykonáva viac ako 200 cyklov za kalendárny rok | +0,0007 | poskytovateľ oznamuje zdravotnej poisťovni písomne čestným vyhlásením najneskôr 30 dní pred ukončením platnosti uzatvorenej zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti za obdobie kalendárneho roka v ktorom boli výkony poskytnuté |
| d) poskytovateľ prenáša jedno, najviac dve embryá počas výkonu asistovanej reprodukcie u poistienky | +0,0007 | hodnotí poskytovateľ v polročných intervaloch za všetky pacientky a údaje písomne oznamuje zdravotnej poisťovni |
| Splnenie všetkých podmienok | +0,0020 | maximálne zvýšenie základnej ceny bodu |

6. Pri výkonoch asistovanej reprodukcie si poskytovateľ v jednom cykle môže uplatniť cenu len jedného z výkonov uvedených v bode 4 tejto časti prílohy.
7. Na uhradenie výkonu asistovanej reprodukcie u poistienky sa vyžaduje predchádzajúci písomný súhlas zdravotnej poisťovne na tlačive žiadosti na úhradu výkonu asistovanej reprodukcie zo zdravotných dôvodov podľa vzoru uvedeného v prílohe k tejto časti prílohy.
8. Na uhradenie výkonu asistovanej reprodukcie u poistienky sa vyžaduje čestné vyhlásenie poistienky na tlačive žiadosti o schválenie úhrady výkonu asistovanej reprodukcie zo zdravotných dôvodov podľa vzoru uvedeného v prílohe k tejto časti prílohy.
9. Do finančného rozsahu podľa tejto časti prílohy sa nezapočítavajú náklady na lieky uvedené v Zozname kategorizovaných liekov, uverejňovanom Ministerstvom zdravotníctva Slovenskej republiky na svojom webovom sídle označené v stĺpci spôsob úhrady písmenom A a AS.

Príloha č. 6b
k Zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

Dohodnutá výška úhrady za poskytnutú ústavnú zdravotnú starostlivosť a finančný rozsah

I. Ústavná zdravotná starostlivosť

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

a) cenou za ukončenú hospitalizáciu

| kód - | odbornosť | výška úhrady v € | Podmienky úhrady za hospitalizáciu poistenca |
|---------|---|------------------|---|
| 001 | vnútorné lekárstvo | 801 | |
| 002 | infektológia | 1.076 | |
| 003 | pneumológia a ftizeológia | 1.249 | |
| 003-104 | cystická fibróza dospelí | 2.229 | hospitalizovaný poistenec s chorobou Cystická fibróza (E840 až, E849) a Stav po transplantácii pľúc (Z942) podľa MKCH-10-SK-2013 |
| 004 | neuroológia | 1.101 | |
| 005 | psychiatria | 1.232 | |
| 007 | pediatria | 742 | |
| 009 | gynekológia a pôrodnictvo | 739 | |
| 010 | chirurgia | 1.180 | |
| 011 | ortopédia | 1.290 | |
| 012 | urológia | 1.057 | |
| 013 | úrazová chirurgia | 1.268 | |
| 014 | otorinolaryngológia | 1.178 | |
| 015 | oftalmológia | 923 | |
| 018 | dermatovenerológia | 635 | |
| 019 | klinická onkológia | 2.117 | |
| 025 | anestéziológia a intenzívna medicína | 6.926 | hospitalizovaný poistenec spĺňa indikácie na hospitalizáciu podľa Koncepcie zdravotnej starostlivosti v odbore anestéziológia a intenzívna medicína v platnom znení a TISS (Therapeutic Intervention Scoring System) poistenca je viac ako 25 bodov alebo, pri poruchách vedomia poistenca je GCS (Glasgow Coma Scale) menej ako 10 bodov |
| 027 | fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia | 756 | |
| 031 | hematológia a transfuziológia | 5.619 | hospitalizovaný poistenec s onkologickou chorobou podľa MKCH-10-SK-2013, ktorému je poskytovaná cytostatická alebo rádioterapeutická liečba |
| 037 | neurochirurgia | 2.416 | |
| 038 | plastická chirurgia | 1.073 | |
| 038-102 | mikrochirurgické a replantačné centrum | 4.985 | |
| 044 | foniatria | 1.178 | |
| 047 | nukleárna medicína | 4.298 | |
| 048 | gastroenterológia | 1.115 | |
| 051 | neonatólogia | 643 | |
| 051-103 | odd. patologických novorodencov | 2.710 | |
| 203-303 | JRSN – jednotka resuscitačnej starostlivosti o novorodencov | 3.986 | hospitalizovaný poistenec spĺňa indikácie na hospitalizáciu podľa Koncepcie zdravotnej starostlivosti v odbore neonatólogia |
| 060 | geriatria | 1.057 | hospitalizovaný poistenec v čase prijatia na hospitalizáciu už dovŕšil 65. rok veku |
| 068 | cievna chirurgia | 1.268 | 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 |
| 070 | maxilofaciálna chirurgia | 1.120 | |
| 074 | gerontopsychiatria | 1.232 | |

24

| | | | |
|-----------|--|--------|--------------------------------------|
| 106 | hrudníková chirurgia | 1.890 | |
| 156-101 | pediatrická pneumológia a ftizeológia | 1.213 | |
| 156-102 | cystická fibróza deti | 1.825 | |
| 191 | popáleninové | 4.919 | |
| 192 | doliečovacie | 651 | |
| 205 | dlhodobo chorých | 1.745 | hospitalizácia trvá minimálne 21 dní |
| 206 | chirurgia ruky | 1.272 | |
| 207 | transplantačné | 1.220 | |
| 278 | arytmia a koronárna jednotka | 2.116 | |
| 306 | klinické pracovné lekárstvo a klinická toxikológia | 625 | |
| 331 | Pediatrická infektológia | 1.035 | |
| 599 | spondylochirurgia | 10.421 | |
| 098 | JIS geriatrická | 1.057 | |
| 196 | JIS interná | 801 | |
| 196-305 | JIS gastroenterologická | 1.115 | |
| 198 | JIS metabolická | 801 | |
| 199 | JIS pediatrická | 742 | |
| 200 | JIS pneumologická a ftizeologická | 1.249 | |
| 201 | JIS neurologická | 1.101 | |
| 202 | JIS chirurgická | 1.180 | |
| 202-303 | JIS hrudníková chirurgia | 1.890 | |
| 203-302,5 | JIS novorodenecká | 643 | |
| 602 | JIS infekčná | 1.076 | |
| 604 | JIS otorinolaryngologická | 1.178 | |
| 609 | JIS gynekologická | 739 | |
| 611 | JIS ortopedická | 1.290 | |
| 612 | JIS urologická | 1.057 | |
| 613 | JIS úrazová | 1.268 | |
| 631 | JIS hematologická | 5.619 | |
| 637 | JIS neurochirurgická | 2.416 | |
| 668 | JIS cievnej chirurgie | 1.268 | |
| 691 | JIS popáleninová | 4.919 | |
| 709 | JIS psychiatrická | 1.232 | |

b) cenou mesačného paušálu za hospitalizáciu dlhodobo ventilovaného poistenca

| kód - odbornosť | výška úhrady v € | Podmienky úhrady za hospitalizáciu poistenca |
|---------------------------------------|------------------|--|
| 025-104 Dlhodobo ventilovaní pacienti | 1.750 | vyžaduje sa predchádzajúci písomný súhlas zdravotnej poisťovne |

2. Za ukončenú hospitalizáciu sa považuje pobyt poistenca na lôžku u poskytovateľa v trvaní dlhšom ako 24 hodín.
3. Za ukončenú hospitalizáciu sa považuje aj pobyt poistenca na lôžku oddelenia:
 - a) anestéziológie a intenzívnej medicíny v trvaní kratšom ako 24 hodín
 - b) gynekológie a pôrodnictva v trvaní kratšom ako 24 hodín, ak v deň pôrodu svojvoľne opustila zdravotnícke zariadenie
 - c) ktorejkoľvek odbornosti ak hospitalizácia nebola dlhšia ako 24 hodín v dôsledku úmrtia poistenca

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

Pobyt poistenca zdravotnej poisťovne na lôžku v trvaní kratšom ako 24 hodín, ktorý nespĺňa podmienky uvedené v písmenách a) až c) tohto bodu poskytovateľ zdravotnej poisťovni vykazuje a účtuje ako výkony špecializovanej ambulantnej starostlivosti.
4. Cena za ukončenú hospitalizáciu zahŕňa všetky náklady, ktoré súvisia s poskytnutím zdravotnej starostlivosti hospitalizovanému poistencovi poisťovne u poskytovateľa vrátane pobytu sprievodcu poistenca, okrem nákladov na:
 - a) zdravotnícke pomôcky poskytované v rámci ústavnej zdravotnej starostlivosti uvedené ďalej v tejto prílohe
 - b) výkony finančne náročnej zdravotnej starostlivosti uvedené ďalej v tejto prílohe
 - c) transfúzne lieky, tkanivá a bunky poskytované pri transplantáciách, materské mlieko a iné zdravotné výkony, lieky a zdravotnícke pomôcky, pokiaľ to vyplýva z rozhodnutia Ministerstva zdravotníctva SR o regulácii cien výrobkov, služieb a výkonov v oblasti zdravotníctva.

5. Mesačným paušálom sa uhrádza hospitalizácia dlhodobu ventilovaného poistenca na oddeleniach uvedených v bode 1 v písmene b) tejto časti prílohy. Dlhodobu ventilovaný poistenec je poistenec, ktorý je napojený na umelú ventiláciu pľúc prístrojom v minimálnom trvaní šesť týždňov a počas ktorých je poistencom zdravotnej poisťovne.
6. Cena mesačného paušálu zahŕňa všetky náklady, ktoré súvisia s poskytnutím zdravotnej starostlivosti hospitalizovanému dlhodobu ventilovanému poistencovi u poskytovateľa. Úhrada cenou mesačného paušálu za dlhodobú ventiláciu poistenca sa začína prvým dňom kalendárneho mesiaca, v ktorom uplynulo prvých šesť týždňov dlhodobej ventilácie poistenca, poskytovateľ teda prvý raz fakturuje zdravotnú starostlivosť poskytnutú dlhodobu ventilovanému poistencovi po ukončení celého kalendárneho mesiaca, v ktorom uplynulo prvých šesť týždňov dlhodobej ventilácie. Za obdobie pre uplatnenie tohto spôsobu úhrady zdravotnej starostlivosti sa považuje celý ukončený kalendárny mesiac. Poskytovateľ zdravotnú starostlivosť poskytnutú dlhodobu ventilovanému poistencovi zdravotnej poisťovni vykazuje samostatnou dávkou a fakturuje samostatnou faktúrou.
7. Zdravotná poisťovňa uhradí poskytovateľovi mimoriadne finančne náročnú zdravotnú starostlivosť, ak liečba predstavuje jedinou terapeutickú alternatívu a priame náklady na poistenca, t. z. náklady na lieky a zdravotnícke pomôcky, ktoré poskytovateľ zdravotnej starostlivosti použil pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti (s výnimkou nákladov na lieky a zdravotnícke pomôcky, ktoré sú zakalkulované v cene za ukončenú hospitalizáciu) prekročia dohodnutú cenu za ukončenú hospitalizáciu. Poskytovateľ predloží zdravotnej poisťovni po poskytnutí zdravotnej starostlivosti na schválenie individuálnu kalkuláciu ekonomicky oprávnených a preukázateľných nákladov na lieky a zdravotnícke pomôcky (aktuálne nadobúdacie doklady liekov a zdravotníckych pomôcok od veľkodistribútora). V prípade schválenia mimoriadne finančne náročnej zdravotnej starostlivosti, t. z. nákladov na lieky a zdravotnícke pomôcky, zdravotná poisťovňa uhradí tieto náklady určené nadobúdacou cenou liekov a zdravotníckych pomôcok a zmluvne dohodnutú cenu za ukončenú hospitalizáciu poistenca na príslušnom oddelení. V prípade neschválenia tejto mimoriadne finančne náročnej zdravotnej starostlivosti zdravotnou poisťovňou, zdravotná poisťovňa uhradza len cenu za ukončenú hospitalizáciu poistenca na príslušnom oddelení.
8. Zdravotná poisťovňa pri preklade jej poistenca z jedného oddelenia na druhé oddelenie poskytovateľa uhradí zmluvne dohodnutú cenu za ukončenú hospitalizáciu na každom oddelení len v medicínsky odôvodnených prípadoch; pri preklade sa deň ukončenia hospitalizácie na jednom oddelení rovná dňu začiatku hospitalizácie poistenca na ďalšom oddelení poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. V prípade, že je poistenec počas jedného pobytu u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti viackrát hospitalizovaný na oddelení v tom istom špecializačnom odbore, zdravotná poisťovňa uhradí zmluvne dohodnutú cenu za ukončenú hospitalizáciu na oddelení v príslušnom špecializačnom odbore len raz.
9. Poskytovateľ môže odoslať poistenca na poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti k inému poskytovateľovi len v prípade, ak materiálno-technické alebo personálne vybavenie poskytovateľa neumožňuje poskytnúť poistencovi potrebnú zdravotnú starostlivosť. Odoslanie poistenca na ďalšie poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti podrobne odôvodní v zdravotnej dokumentácii a v prepúšťacej správe, ktorá je podpísaná vedúcim oddelenia, na ktorom bol poistenec hospitalizovaný.
10. Poskytovateľ je oprávnený odmietnuť poistencovi zdravotnej poisťovne poskytnutie ústavnej zdravotnej starostlivosti iba v prípade ak:
 - a) materiálno-technické alebo personálne vybavenie poskytovateľa neumožňuje poskytnúť poistencovi potrebnú zdravotnú starostlivosť
 - b) poskytovateľ nedisponuje dostatočnou lôžkovou kapacitou pre poskytnutie ústavnej zdravotnej starostlivosti
 - c) zdravotný stav poistenca poisťovne nevyžaduje pobyt poistenca na lôžku v trvaní dlhšom ako 24 hodín
11. Zdravotná poisťovňa neuhradí za svojho poistenca počas hospitalizácie výkony špecializovanej ambulantnej starostlivosti a výkony spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek v tom istom špecializačnom odbore, ako je špecializačný odbor oddelenia, na ktorom je poistenec hospitalizovaný ani výkony funkčnej diagnostiky prislúchajúce odbornosti lôžkového oddelenia.
12. Ak je poistenec hospitalizovaný za účelom plánovaného poskytnutia operačného výkonu a tento nie je z akýchkoľvek dôvodov vykonaný, zdravotná poisťovňa neuhradí cenu ukončenej hospitalizácie. Poskytovateľ je oprávnený vykázat' v dávke ambulantnej starostlivosti rovnakej odbornosti poskytnutie výkonu s kódom 60a.
13. Ak hospitalizácia poistenca na oddelení dlhodobu chorých trvá kratšie ako 21 dní, takýto prípad poskytovateľ vykazuje samostatnou dávkou a fakturuje samostatnou faktúrou označenou textom „Osobitná úhrada 50“. Zdravotná poisťovňa túto poskytnutú zdravotnú starostlivosť uhradí vo výške 50 % z ceny za ukončenú hospitalizáciu na príslušnom oddelení.
14. V prípade hospitalizácie poistenca na jednotke intenzívnej starostlivosti, pokiaľ tejto zdravotnej starostlivosti predchádzala hospitalizácia na základnom oddelení poskytovateľa alebo po hospitalizácii na jednotke intenzívnej starostlivosti pokračuje hospitalizácia na základnom oddelení poskytovateľa, patrí poskytovateľovi úhrada za hospitalizáciu na základnom oddelení poskytovateľa uvedená v bode 1 tejto časti prílohy. Pokiaľ bol poistenec hospitalizovaný len na jednotke intenzívnej starostlivosti, patrí poskytovateľovi úhrada pre príslušnú jednotku intenzívnej starostlivosti vo výške uvedenej v bode 1 tejto časti prílohy.
15. Zdravotná poisťovňa uhradí poskytovateľovi hospitalizáciu na lôžku oddelenia anestéziológie a intenzívnej medicíny v prípade pobytu poistenca na lôžku supľujúceho starostlivosť jednotky intenzívnej starostlivosti vo výške 6% z ceny na oddelení anestéziológie a intenzívnej medicíny. Takéto prípady poskytovateľ vykazuje samostatnou dávkou, ku ktorej pripája zoznam poistencov, ktorým bola poskytnutá zdravotná starostlivosť vrátane ich rodných čísiel a fakturuje ich samostatnou faktúrou označenou textom „Osobitná úhrada OAIM“.
16. Zdravotná poisťovňa nehradí poskytovateľovi pobyt na lôžku oddelenia anestéziológie a intenzívnej medicíny v prípade prijatia kontinuálne kardiopulmonálne a cerebrálne resuscitovaného poistenca, ktorý do hodiny od momentu prijatia zomrie; poskytovateľ v takomto prípade vykáže výkony poskytnuté počas resuscitácie spolu s pripočítateľnými položkami v dávkach ambulantnej starostlivosti.
17. Zdravotná poisťovňa uhradí poskytovateľovi príplatok k ukončenej hospitalizácii na lôžku oddelenia v odbornosti anestéziológie a intenzívna medicína vo výške 2.000,-€ v prípade trvania hospitalizácie minimálne 10 dní za

dy

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

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

18. Zdravotná poisťovňa uhradí poskytovateľovi príplatok k ukončenej hospitalizácii na lôžku oddelenia vo vybraných odbornostiach (kódy 009, 010, 011, 012, 013, 014, 015, 037, 038, 068, 070, 106, 107, 108, 109, 114, 206, 229, 319, 336) vrátane príslušných odborností JIS vo výške 200,-€ za súčasného splnenia nasledovných podmienok:

- dĺžka hospitalizácie vrátane pobytu na JIS bola minimálne 3 dni
- poistencovi poisťovne bol poskytnutý operačný výkon, ktorý nie je osobitne hrađeným výkonom uvedeným ďalej v tejto prílohe a ani výkonom jednodňovej zdravotnej starostlivosti uvedeným v Odbornom usmernení MZ SR č. 12225/2009-OZS zo dňa 18.8.2009
- pri operačnom výkone bola poďaná celková alebo regionálna anestézia lekárom so špecializáciou anestéziológia a intenzívna medicína (podanie anestézie sa vykazuje ako pripočítateľná položka uvedená v platnom Metodickom usmernení ÚDZS pod kódom ANST12, ANST13, ANST01, ANST02 a ANST03 s nulovou cenou)

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

II. Úhrada zdravotníckych pomôcok poskytovaných v rámci ústavnej zdravotnej starostlivosti

1. Zdravotná poisťovňa uhradí náklady na zdravotnícke pomôcky poskytované v rámci ústavnej zdravotnej starostlivosti len za toho poistenca, ktorý je v čase ich poskytnutia jej poistencom. Použitie zdravotníckej pomôcky poskytovateľ písomne odôvodňuje v zdravotnej dokumentácii poistenca.
2. Zdravotnícke pomôcky poskytované v rámci ústavnej zdravotnej starostlivosti uvedené v Zozname kategorizovaných špeciálnych zdravotníckych materiálov v zmysle Zákona 363/2011 Z.z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia (ďalej len „Zoznam ŠZM“), ktoré sú poskytnuté v súlade s preskripčnými obmedzeniami, indikačnými obmedzeniami, množstvovými limitmi a obmedzeniami úhrady zdravotnej poisťovne na jej predchádzajúci súhlas, zdravotná poisťovňa uhradí vo výške, ktorá zodpovedá skutočným nákladom na zakúpenie zdravotníckej pomôcky, najviac však do výšky maximálnej úhrady uvedenej v Zozname ŠZM platnom v čase ich použitia.
3. Zdravotnícke pomôcky poskytované v rámci ústavnej zdravotnej starostlivosti uvedené v tabuľke nižšie ako Zoznam zdravotníckych materiálov (ďalej len „Zoznam ZM“), ktoré sú poskytnuté v súlade s preskripčnými obmedzeniami a obmedzeniami úhrady zdravotnej poisťovne na jej predchádzajúci súhlas, zdravotná poisťovňa uhradí vo výške, ktorá zodpovedá skutočným nákladom na zakúpenie zdravotníckej pomôcky, najviac však do výšky maximálnej úhrady uvedenej v Zozname ZM platnom v čase ich použitia.
4. V prípade, že sa zdravotnícke pomôcky uvedené v Zozname ZM stanú na základe kategorizácie špeciálnych zdravotníckych materiálov súčasťou Zoznamu ŠZM, budú používané, vykazované a hrađené podľa bodu 2 tejto časti prílohy.
5. Zdravotná poisťovňa týmto na základe predchádzajúcej písomnej žiadosti poskytovateľa zdravotnej starostlivosti udeľuje súhlas s použitím, vykázaním a úhradou zdravotníckych pomôcok uvedených v bode 3 pri poskytnutí potrebnej zdravotnej starostlivosti jej poistencom, ak v bode 6 nie je uvedené inak. Zdravotná poisťovňa je oprávnená súhlas s úhradou zdravotníckej pomôcky udelený podľa tohto bodu kedykoľvek odvolať; odvolanie súhlasu je účinné voči poskytovateľovi dňom doručenia oznámenia zdravotnej poisťovne o odvolaní súhlasu. Nárok poskytovateľa zdravotnej starostlivosti na úhradu zdravotníckej pomôcky poskytnutých do dňa nadobudnutia účinnosti odvolania tým nie je dotknutý.
6. Podmienkou použitia, vykázaní a úhrady zdravotníckej pomôcky podľa bodu 2 alebo 3 tejto časti prílohy, u ktorej je uvedené označenie „ZP“, je predchádzajúci písomný súhlas zdravotnej poisťovne s úhradou zdravotníckej pomôcky poistencovi poskytnutý na základe predchádzajúcej písomnej žiadosti poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o úhradu zdravotníckej pomôcky pre konkrétneho poistenca. V prípade, že ide o poskytnutie neodkladnej zdravotnej starostlivosti poistencovi, poskytovateľ zdravotnej starostlivosti žiada o súhlas zdravotnej poisťovne dodatočne, najneskôr však do troch pracovných dní po poskytnutí neodkladnej zdravotnej starostlivosti. Súhlas zdravotnej poisťovne na úhradu zdravotníckej pomôcky je platný jeden rok, alebo do momentu preradenia zdravotníckej pomôcky zo Zoznamu ZM do Zoznamu ŠZM, podľa toho, ktorá z uvedených skutočností nastane skôr.
7. Zdravotnícke pomôcky poskytnuté v rámci ústavnej zdravotnej starostlivosti, ktoré
 - a) nevyžadujú predchádzajúci písomný súhlas zdravotnej poisťovne poskytovateľ vykazuje v súlade s platným metodickým usmernením o spracovaní a vykazovaní zdravotných výkonov poskytovateľov vydaným Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou; na vyžiadanie zdravotnej poisťovne poskytovateľ predloží fotokópie nadobúdacích dokladov vykázaných zdravotníckych pomôcok;
 - b) vyžadujú predchádzajúci písomný súhlas zdravotnej poisťovne, poskytovateľ vykazuje samostatnou faktúrou za všetkých jej poistencov, u ktorých boli takéto zdravotnícke pomôcky v príslušnom zúčtovacom období použité; povinnou prílohou faktúry sú kópie nadobúdacích dokladov schválených zdravotníckych pomôcok a kópie prepúšťacích správ poistencov.

Zoznam zdravotníckych materiálov

| Kód | ZP | Názov | Povolená odbornosť | Maximálna úhrada v € |
|--------|----|---|-------------------------------------|----------------------|
| 120028 | | Set autotransfúzny | 031,631,049,069, 155,278,197,023 | 465 |
| 170027 | ZP | Uhlovo stabilná dlaha osteosyntetická PTC | | 1200 |

| | | | | |
|--------|----|---|---|------|
| 160004 | ZP | Set s jednorázovým optickým vláknom k laserovému systému vaporizácie prostaty | 012 | 1328 |
| 170020 | ZP | Jednorazové optické vlákno 603 ukm s katétrom Cerales Bare Fiber | 010 | 415 |
| 170021 | ZP | Katéter Denver (peritoneo-jugulárny shunt) pre ascites | 010,222 | 1328 |
| 170022 | ZP | Gastrická manžeta s prísľušenstvom (adjustovateľná) | 010,222 | 2158 |
| 170025 | | Autológny transfúzny systém CellTrans pre 600 ml krvi | 009,010,011,012,013,014,015,019,068,069,222 | 166 |
| 180001 | ZP | Jednorazový set pre dialýzu pečene(MARS) | | 7734 |
| 190002 | | Tracheotomická kanyla fonačná kovová | | 332 |
| 190003 | | Tracheotomická kanyla fonačná plastická | | 166 |
| 190101 | ZP | Intratracheálny stent | 003 | 1078 |
| 200001 | ZP | Prsníkový implantát | 038 | 554 |
| 200002 | ZP | Tkanivový expandér | 038 | 498 |
| 211009 | | Silikónový olej | 015 | 116 |
| 211011 | | Vnútroočná šošovka Artisan so zachytením na dúhovku | 015 | 365 |
| 211013 | ZP | Intrastromálny rohokový prstenec | 015 | 923 |
| 211014 | ZP | Umelá očná rohovka | 015 | 6639 |
| 211018 | | Tekutý perfluorokarbon (PFCL) | 015 | 149 |
| 211020 | ZP | Glaukómový implantát | 015 | 1162 |
| 211022 | | Jednorazová laserová sonda 20G | 015 | 156 |
| 211023 | | Jednorazová laserová sonda 23G | 015 | 209 |
| 211024 | | Jednorazový vitrektóm 20G | 015 | 235 |
| 211025 | | Jednorazový vitrektóm 23G | 015 | 225 |
| 211027 | | Jednorazový svetlovod 23G | 015 | 117 |

Vysvetlivky

ZP Vyžaduje sa predchádzajúci súhlas zdravotnej poisťovne

III. Osobitne hradené výkony

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

| Kód výkonu | Názov výkonu | Povolená odbornosť | Výška úhrady v € | Podmienky vykazovania |
|------------|--|--------------------|------------------|--------------------------|
| 1390 | operácia sivého zákalu s implantáciou umelej vnútroočnej šošovky | 015 | 386 | vysvetlivka 1 |
| 1391 | sekundárna implantácia intraokulárnej šošovky do prednej očnej komory alebo do sulcus ciliare | 015 | 379 | vysvetlivka 1 |
| 1392 | sekundárna implantácia intraokulárnej šošovky transsklerálnou fixáciou | 015 | 379 | vysvetlivka 1 |
| 1393 | operácia sekundárnej katarakty | 015 | 379 | vysvetlivka 1 |
| 1393a | operácia sekundárnej katarakty laserom | 015 | 197 | |
| 1394 | repozícia implantovanej umelej vnútroočnej šošovky | 015 | 307 | |
| 8700 | operácia strabizmu zo zdravotných dôvodov | 015, 336 | 300 | |
| 8701 | plastické operácie na mihalniciach (ektropium, entropium, blefarochalázia) zo zdravotných dôvodov | 015, 038, 336 | 245 | predchádzajúci súhlas ZP |
| 8702 | operácia nystagmu | 015 | 250 | |
| 8703 | elektroepilácia | 015 | 93 | |
| 8704 | excimer - laserové operácie rohovky len zo zdravotných indikácií (indiačné kritérium: anizometropia od 3,5 D a v prípade rohokových lézií) | 015 | 346 | vysvetlivka 2 |
| 8705 | fotodynamická terapia sietnice | 015 | 310 | |
| 8706a | operácia glaukómu filtračná | 015, 336 | 395 | |
| 8706b | operácia glaukómu laserom | 015, 336 | 285 | |
| 8706c | operácia glaukómu kryom | 015, 336 | 259 | |
| 8707 | operácia pterygia - ablácia a plastika | 015 | 240 | |
| 8708 | operácia nádorov mihalnic | 015 | 250 | |
| 8709 | operácia nádorov spojovky | 015 | 210 | |
| 8712 | operácie slzného vaku | 015 | 441 | |
| 8713 | zavedenie trvalej alebo dočasnej sondy do slzných ciest (operácie slzných ciest) | 015 | 166 | |
| 8716 | operácia zrastov spojovky (operácia zrastov spojovky s voľným transplantátom) | 015 | 260 | |
| 8721 | transpupilárna termoterapia nádorov sietnice a cievy | 015 | 260 | |
| 8722 | explantácia a reimplantácia umelej vnútroočnej šošovky | 015 | 345 | |

af

| | | | | |
|-------|--|------------------------------|-----|---------------|
| 8723 | skleroplastika | 015 | 345 | |
| 8724 | intravitrealná aplikácia liekov | 015 | 130 | vysvetlivka 3 |
| 8725 | operácia odlúpenia sietnice episklerálne | 015 | 571 | |
| 8726 | pneumoretinopexia | 015 | 274 | |
| 8728 | pars plana vitrektómia | 015 | 780 | |
| 8729 | pars plana vitrektómia a lensektómia s implantáciou umelej vnútroočnej šošovky | 015 | 780 | |
| 8731 | primárne ošetrenie hlbkej rany rohovky alebo skléry alebo mihalnic | 015 | 190 | |
| 8732 | primárne ošetrenie penetrujúcej rany rohovky alebo skléry bez poranenia šošovky a bez vnútroočného cudzieho telesa | 015 | 345 | |
| 8733 | primárne ošetrenie penetrujúcej rany rohovky alebo skléry s poranením šošovky a bez vnútroočného cudzieho telesa | 015 | 375 | |
| 8734 | primárne ošetrenie penetrujúcej rany rohovky alebo skléry bez poranenia šošovky s vnútroočným cudzím telesom | 015 | 345 | |
| 8735 | primárne ošetrenie penetrujúcej rany rohovky alebo skléry s poranením šošovky s vnútroočným cudzím telesom | 015 | 375 | |
| 8750k | operácia sivého zákalu v kombinácii s iným súvisiacim výkonom v odbornosti | 015 | 550 | |
| 8501a | operácia prietrží bez použitia sieťky | 010, 107, 038 | 395 | |
| 8501b | operácia jednoduchých prietrží s použitím sieťky | 010, 038 | 490 | |
| 8501c | laparoskopická operácia jednoduchých prietrží | 010, 038 | 520 | |
| 8502 | transrektálna polypektómia | 010, 048 | 480 | |
| 8507 | operácia pourazovej paraatikulárnej burzitídy vo všetkých lokalizáciách | 011, 013 | 350 | |
| 8509 | operačná dynamizácia vnútrodreňových klincov | 011, 013, 206 | 365 | |
| 8510 | operačná repozícia jednoduchých zlomenín v celkovej anestéze | 011, 013, 206 | 395 | |
| 8511 | operačné riešenie pollex saltans | 011, 038, 206 | 340 | |
| 8512 | operačné riešenie fractúra metacarpí | 011, 013, 038, 206 | 373 | |
| 8524 | operačné riešenie SLAP - lezia (poškodenie labrum glenoidale) | 011, 013 | 400 | |
| 8525 | operačné riešenie hallux valgus | 011 | 400 | |
| 8527 | operačné riešenie digitus hammatous | 011, 206 | 400 | |
| 8528 | operačné riešenie digitus malleus | 011 | 400 | |
| 8529 | operačné riešenie digitus supraductus | 011 | 400 | |
| 8530 | operačné riešenie metatarsus I.varus | 011 | 380 | |
| 8531 | operačné riešenie morbus Laderhose | 011 | 400 | |
| 8537 | operačná extrakcia osteosyntetického materiálu a vonkajších fixátorov v anestézii | 010, 011, 013, 107, 108, 206 | 361 | |
| 8538 | exstirpácia sakrálneho dermoidu | 010 | 339 | |
| 8539 | operácia varixov dolných končatín | 010, 068 | 400 | |
| 8540 | operácia análnych fistúl a/alebo fisúr | 010 | 388 | |
| 8542 | operácia ruptúry Achilovej šľachy | 011, 013 | 451 | |
| 8547 | exstirpácia a excízia benigných a maligných nádorov kože, podkožia a svalu | 010, 011, 038, 107, 206 | 100 | |
| 8548 | tenolýza šľachy | 108,038, 011, 013, 206 | 339 | |
| 8549 | sutúra šľachy | 108,038, 011, 013, 206 | 406 | |
| 8550 | voľný šľachový transplantát | 108,038, 011,013, 206 | 325 | |
| 8551 | transpozícia šľachy | 108,011, 013, 038, 206 | 278 | |
| 8552 | operácia malých kĺbov ruky - artrolýza | 011, 108, 038, 206 | 322 | |
| 8553 | operácia malých kĺbov ruky - artrodéza | 011, 108, 038, 206 | 322 | |
| 8564 | laparoskopická cholecystektómia | 010 | 550 | |
| 8565 | operácia hemoroidov | 010, 068 | 540 | |
| 8566 | odstránenie hemoroidov elastickou ligatúrou | 010, 068 | 65 | |
| 8567 | vytvorenie alebo rekonštrukcia arteriovenózneho fistuly pri chronickej liečbe hemodialýzou | 010, 068 | 348 | |
| 8568 | zrušenie arteriovenózneho fistuly | 010, 068 | 215 | |
| 8571 | exstirpácia lymfatických uzlín | 010, 009 | 204 | |
| 8572 | exstirpácia benigného nádoru prsnej žľazy | 009, 010, 017 | 315 | |
| 8573 | exstirpácia gangliómu | 010, 011, 038, 206 | 50 | |
| 8575 | amputácia prsta pre gangrénu | 010, 038, 206 | 200 | |

| | | | | |
|-------|---|-------------------------|-----|--------------------------|
| 8576 | laparoskopické výkony diagnostické | 010, 009 | 400 | |
| 8577 | laparoskopická apendektómia | 010 | 550 | |
| 8582 | operácia Dupuytrenovej kontraktúry - punkčná fasciektómia | 011, 038, 206 | 368 | |
| 8583 | operácia Dupuytrenovej kontraktúry - parciálna fasciektómia | 011, 038, 206 | 368 | |
| 8584 | operácia Dupuytrenovej kontraktúry - totálna fasciektómia | 011, 038, 206 | 373 | |
| 8586 | endoskopické vyšetrenie v celkovej anestézii | 010, 048 | 250 | |
| 8588 | nekrektómie | 010, 038, 206 | 98 | |
| 8611 | konizácia cervixu | 009 | 340 | |
| 8612 | excízia vulvy - len ako terapeutický zákrok v CA | 009 | 291 | |
| 8613 | extirpácia cýst glandule vestibularis - Bartolinskej žlazy | 009 | 291 | |
| 8619 | resekcia vaginálneho septa | 009 | 302 | |
| 8620 | hysteroskopia (+ prípadná resekcia uterinného septa) | 009 | 449 | |
| 8623 | sterilizácia ženy zo zdravotných dôvodov | 009 | 315 | predchádzajúci súhlas ZP |
| 8624 | laparoscopia s adheziolýzou (rozrušenie zrastov) | 009 | 400 | |
| 8625 | salpingostómia - laparoskopicky | 009 | 400 | |
| 8626 | salpingektómia - laparoskopicky | 009 | 400 | |
| 8627 | ovariálna cystektómia -laparoskopicky | 009 | 400 | |
| 8628 | oophorektómia - laparoskopicky | 009 | 400 | |
| 8629 | ablácia endometriotických ložísk -laparoskopicky | 009 | 400 | |
| 8630 | kolpoperineoplastika (zadná pošvová plastika bez použitia sieťky) | 009 | 362 | |
| 8631 | uretrálna suspenzia (s použitím suburetrálnej pásky na liečbu stresovej inkontinencie) alebo pri vezikorenálnom refluxe | 009, 012 | 450 | vysvetlivka 4 |
| 8634 | kyretáž vrátane dilatácie | 009 | 338 | |
| 8635 | amniocentéza - pod USG kontrolou | 009 | 100 | |
| 8640 | ablácia cervikálneho polypu | 009 | 263 | |
| 8648 | prerušenie tehotenstva zo zdravotných dôvodov | 009 | 294 | vysvetlivka 5 |
| 8660k | hysteroskopia v kombinácii s inými výkonmi v odbornosti | 009 | 500 | |
| 8662k | laparoscopia v kombinácii s inými výkonmi v odbornosti | 009 | 500 | |
| 8800 | endoskopická adenotómia | 014, 114 | 350 | |
| 8801 | tonzilektómia | 014, 114 | 285 | |
| 8802 | tonzilotómia | 014, 114 | 300 | |
| 8804 | plastika oroantrálnej komunikácie | 014, 070, 345 | 310 | |
| 8807 | extirpácia submandibulárnej slinnej žlazy | 014, 070, 114 | 290 | |
| 8809 | endoskopická chordektómia | 014 | 250 | |
| 8810 | endoskopická laterofixácia | 014 | 300 | |
| 8813 | extirpácia mediálnej krčnej cysty | 014 | 373 | |
| 8814 | extirpácia laterálnej krčnej žlazy | 014 | 380 | |
| 8815 | turbinoplastika | 014, 114 | 350 | |
| 8821a | tympanoplastika s protézou | 014, 115 | 350 | |
| 8825 | adenotómia | 14,114 | 200 | |
| 8827 | septoplastika - operácia nosovej priehradky (podmienkou je zdravotná indikácia výkonu) | 014, 038, 114 | 330 | |
| 8828 | rekonštrukcia perforácie nosového septa | 014, 114, 038 | 385 | |
| 8830 | funkčná endoskopická sínusová chirurgia (FESS) | 014 | 440 | |
| 8835 | transpozícia vývodu submandibulárnej slinnej žlazy pri sialolitíaze a stenóze vývodu | 014 | 340 | |
| 8837 | extirpácia ohraničeného tumoru alebo lymfatickej uzliny podkoží na krku | 014 | 150 | |
| 8843 | dekompresia orbity | 014 | 404 | |
| 8844 | rekonštrukcia dna orbity pri blow-out fraktúre | 014 | 423 | |
| 8846 | operácia povrchového tumoru tváre a krku | 038, 014 | 65 | |
| 8847 | transmyringická drenáž so zavedením ventilačnej trubičky | 014, 114 | 150 | |
| 8850 | endoskopická adenotómia + tonzilektómia | 014 | 500 | |
| 8851 | endoskopická adenotómia + tonzilotómia | 14,114 | 500 | |
| 8852 | tonzilektómia + uvulopalatoplastika | 014 | 500 | |
| 8853 | turbinoplastika + dacryocystostorinostómia | 014 | 780 | |
| 8854 | turbinoplastika + funkčná endoskopická sínusová chirurgia (FEES) | 014 | 600 | |
| 8900 | orchiektómia pri atrofickom semenníku | 012 | 318 | |
| 8901 | orchiektómia pre karcinóm prostaty | 012 | 350 | |
| 8902 | resekcia kondylomat na penise | 012 | 250 | |
| 8905 | zavedenie a/alebo odstránenie ureterálnej endoprotézy | 012 | 264 | |
| 8909 | operácia fimózy - cirkumcizia zo zdravotných dôvodov | 010, 012, 038, 107, 109 | 300 | |
| 8924 | diagnostická cystoskopia (biopsia močového mechúra) | 012, 109 | 160 | |
| 8929 | operačná repozícia parafimózy | 010, 012, 038, 107, 109 | 186 | |

h.p!

| | | | | |
|------|---|---------------|-----|--------------------------|
| 9001 | probatórne excízie na histologické vyšetrenie v celkovej anestézii | 070, 345, 358 | 130 | |
| 9007 | operačná replantácia zubov | 070, 345 | 280 | |
| 9008 | operačné ošetrovanie komplikovaného prerezávanie zuba múdrosti | 070, 345, 358 | 98 | |
| 9014 | dentoalveolárne chirurgické výkony v celkovej anestéze pre polyvalentnú alergiu | 070, 345, 358 | 280 | |
| 9026 | frenulektómia frenulum labii, frenulum accessorii a frenulum linguae | 070, 345, 358 | 140 | |
| 9027 | exstirpácia kameňov zo slinivodov | 070 | 280 | |
| 9034 | operácia exostózy, torus palatinus, torus mandibularis | 070 | 230 | |
| 9035 | extraorálna incízia abscesov | 070, 345 | 210 | |
| 9101 | papilosfinkterektómia a odstránenie konkrementov zo žlčových ciest alebo pankreatického vývodu (endoskopická retrográdna cholangiografia) | 048 | 400 | |
| 9104 | endoskopická polypektómia a endoskopická mukózna resekcia v tráviacom trakte | 048 | 400 | |
| 9105 | endoskopická injekčná sklerotizácia pažerákových varixov | 048 | 350 | |
| 9106 | aplikácia stentov v tráviacom trakte pod endoskopickou alebo rtg kontrolou | 048 | 400 | |
| 9108 | fotodynamická ablatívna terapia v tráviacom trakte | 048 | 310 | |
| 9109 | tenkohlová biopsia pod endoskopickou ultrasonografickou kontrolou v tráviacom trakte | 048 | 360 | |
| 9202 | resekcia alebo iná operácia dolnej nosovej mušle | 038, 014 | 270 | |
| 9203 | uzáver vestibulonazálnej alebo oronazálnej komunikácie | 038, 070, 345 | 250 | |
| 9204 | korekcia nosa a nosového septa pri rozštepe podnebia | 038, 014 | 270 | |
| 9205 | korekcia nosných dierok zo zdravotných dôvodov | 038, 014 | 300 | |
| 9210 | korekcia ptózy hornej mihalnice zo zdravotných dôvodov | 015, 038, 336 | 300 | predchádzajúci súhlas ZP |
| 9211 | rekonštrukcie viečok po resekcii tumoru alebo traumatickej strate lalokovou plastikou | 038 | 350 | |
| 9212 | odstránenie benígneho alebo malígneho tumoru kože a podkožia v ktorejkoľvek lokalizácii s krytím defektu lalokovou plastikou alebo voľným kožným transplantátom | 038, 206 | 242 | |
| 9213 | korekcia kontrahujúcej jazvy Z - plastikou alebo voľným kožným transplantátom | 038, 206 | 208 | |
| 9214 | korekcia hypertrofickej alebo keloidnej jazvy dermabráziou, excíziou alebo iným spôsobom | 038, 206 | 200 | predchádzajúci súhlas ZP |
| 9215 | dermabrázia kože v ktorejkoľvek lokalizácii z inej príčiny ako jazva | 038, 206 | 250 | |
| 9216 | dermofasciektómia s krytím voľným kožným transplantátom | 038, 206 | 200 | |
| 9218 | lúčovitá amputácia prsta pre recidivujúcu formu Dupuytrenovej kontraktúry s ťažkou deformitou | 038, 206 | 145 | |
| 9221 | discízia retinaculum flexorum pri syndróme Guynovho kanála | 038, 206 | 330 | |
| 9222 | deliberácia a transpozícia nervus ulnaris | 038, 206 | 330 | |
| 9223 | discízia retinaculum flexorum | 038, 206 | 330 | |
| 9224 | operačný výkon pre pronátorový syndróm | 038, 206 | 330 | |
| 9225 | operačný výkon pre útlakové syndrómy v iných lokalitách | 038, 206 | 330 | |
| 9226 | primárna alebo sekundárna mikrosutúra periférneho nervu | 038, 206 | 330 | |
| 9229 | rekonštrukcia periférneho nervu nervovým štepom dospelých | 038, 206 | 200 | |
| 9234 | rekonštrukcia šľachy vložení spaceru alebo voľného šľachového transplantátu | 038, 206 | 200 | |
| 9235 | rekonštrukcia šľachy dvojdobá (Paneva-Holevich) | 038, 206 | 200 | |
| 9236 | operácia deformity labutej šije | 038, 206 | 200 | |
| 9237 | rozpojenie mäkkej syndaktýlie | 038, 206 | 200 | |
| 9238 | separácia jedného medziprstia po popálení | 038, 206 | 200 | |
| 9246 | redukčná mamoplastika zo zdravotných dôvodov | 038 | 430 | predchádzajúci súhlas ZP |
| 9247 | vloženie implantátu alebo implantát - expanderu po ablácii prsníka | 038 | 450 | vysvetlivka 6 |
| 9254 | operácia venter pendulum zo zdravotných dôvodov | 038, 010 | 210 | predchádzajúci súhlas ZP |
| 9255 | operácia diastázy priamych brušných svalov | 038, 010 | 350 | |
| 9260 | mikrosutúra nervu end to side | 038, 206 | 250 | |
| 9608 | extrakcia stehov z rohovky | 336 | 160 | |

Vysvetlivky:

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

Výkon 8704 indikuje ten poskytovateľ, ktorý výkon poisťencovi poskytne.

Vyžaduje sa zapísanie indikácie vykonania výkonu zo zdravotných dôvodov do zdravotnej dokumentácie poisťenca.

- 3 Výkon 8724 možno hradiť len pri liečbe intravitreálnymi liekmi indikovanými určenými pracoviskami v zmysle platných indikačných a preskripčných obmedzení. Zdravotnou poisťovňou schválený intravitreálny liek sa vykazuje ako pripočítateľná položka k výkonu. Lieky obstarávané zdravotnou poisťovňou sa vykazujú s nulovou výškou úhrady.
- 4 Osobitne sa uhrádza suburetrálna páska.
- 5 K vyúčtovaniu výkonu 8648 je potrebné dodať lekársku správu obsahujúcu zdravotnú indikáciu výkonu.
- 6 Zdravotný výkon 9247 podlieha schváleniu zdravotnej poisťovne a schvaľuje sa minimálne 1 rok po ablácii prsníka pre nádorové ochorenie. Osobitne sa uhrádza implantát alebo expander podľa bodu 6 tejto časti prílohy. Písomná žiadosť o schválenie úhrady musí obsahovať - aktuálny lekársky nález, podrobnú informáciu o prípadných iných chorobách, na ktoré sa pacientka lieči (diabetes, cievne a srdcové choroby, choroby endokrinného systému, obezita...), medicínske stanovisko ošetrujúceho lekára - klinického onkológa a gynekológa k plastickej operácii a informácia plastického chirurga o rozsahu a o spôsobe indikovanej plastickej operácie.

2. Úhrada za osobitne hrazené výkony nie je podmienená pobytom na lôžku viac ako 24 hodín.
3. V cene osobitne hrazeného výkonu sú zahrnuté všetky náklady spojené s jeho vykonaním, t.z. komplexné vyšetrenie poistenca lekárom realizujúcim výkon, poskytnutie výkonu podľa zdravotnej indikácie, použitie zdravotníckych pomôcok (ak nie je ďalej uvedené inak), kompletná anestéziologická starostlivosť (pred, počas i po operácii), v indikovaných prípadoch aj histológia (odoslanie odobratého biologického materiálu, záznam o výsledku v zdravotnej dokumentácii, manažment pacienta v prípade pozitivity nálezu), všetka zdravotná starostlivosť v pooperačnom období súvisiaca s výkonom, rady a poučenia poistenca pred jeho prepustením do domácej starostlivosti.
4. Osobitne sa ako pripočítateľné položky k výkonu vykázaného zdravotnej poisťovni uhrádzajú nasledovné zdravotnícke pomôcky:

a) v špecializačnom odbore plastická chirurgia:

| Zdravotnícka pomôcka | Kód | Maximálna úhrada v € (vrátane DPH) | Podmienky úhrady |
|----------------------|--------|------------------------------------|--------------------------|
| prsnikový implantát | 200001 | 554,00 | predchádzajúci súhlas ZP |
| tkanivový expander | 200002 | 498,00 | predchádzajúci súhlas ZP |

b) v špecializačnom odbore gynekológia a pôrodnictvo a v špecializačnom odbore urológia:

| Zdravotnícka pomôcka | Kód | Maximálna úhrada v € (vrátane DPH) | Podmienky úhrady |
|--|-----|------------------------------------|--|
| suburetrálna páska na liečbu stresovej inkontinencie | | | Podľa zoznamu kategorizovaných špeciálnych zdravotníckych materiálov v zmysle Zákona 363/2011 Z.z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia. |

c) v špecializačnom odbore oftalmológia:

| Druh vnútroočnej šošovky (VOŠ) | Kód | Maximálna úhrada v € (vrátane DPH) | Podmienky úhrady |
|--------------------------------|-------|------------------------------------|--|
| tvrdá VOŠ | S1001 | 60,00 | |
| mäkká VOŠ hydrofilná | S2001 | 70,00 | |
| mäkká VOŠ hydrofóbna | S2002 | 110,00 | |
| kolamérová hydrofilná VOŠ | S2003 | 110,00 | |
| mäkká VOŠ s priemerom 7 mm | S3001 | 165,00 | zdravotná indikácia - diabetes mellitus, myopia gravis (od - 6,0 Dioptrií), degeneratívne ochorenia sietnice, stavy po úrazoch oka, odlúpenie sietnice |

Zdravotnícke pomôcky sa uhrádzajú ako pripočítateľné položky k výkonu vykázané zdravotnej poisťovni v skutočnej obstarávacej cene, maximálne však do výšky uvedenej maximálnej úhrady. Pokiaľ sú uvedené pri osobitne uhrádzanej zdravotníckej pomôcke aj zdravotné indikácie, podmienkou úhrady zdravotnou poisťovňou je aj ich splnenie.

5. Poskytovateľ vykazuje osobitne hrazené výkony:
- a) ak zdravotná starostlivosť bola poskytnutá na lôžkovom oddelení, v dátovom rozhraní pre ústavnú starostlivosť ako pripočítateľnú položku k ukončenej hospitalizácii
- b) ak zdravotná starostlivosť bola poskytnutá na ambulancii jednodňovej zdravotnej starostlivosti, v dátovom rozhraní pre ambulantnú starostlivosť
6. Osobitne hrazené výkony je možné preklasifikovať na úhradu za ukončenú hospitalizáciu na základe písomnej žiadosti poskytovateľa, ktorá je prílohou faktúry za poskytovanie zdravotnej starostlivosti, ak u poistenca vznikli komplikácie, ktoré vyžadujú pobyt na OAİM či JIS dlhší ako 24 hodín, alebo hospitalizáciu dlhšiu ako 96 hodín, kde je zároveň poskytovaná liečba, ktorá vyžaduje podanie liekov v celkovej sume viac ako 50% z ceny úhrady za osobitne hrazený výkon.
7. V prípade ak poskytovateľ vykáže k úhrade pri jednom operačnom zákroku viac ako jeden osobitne hrazený výkon, zdravotná poisťovňa takéto vykázanie posúdi a v prípade akceptovania uhradí v cene ukončenej hospitalizácie na príslušnom oddelení.

IV. Ceny výkonov finančne náročnej zdravotnej starostlivosti

1. Zdravotná poisťovňa uhradí výkony finančne náročnej zdravotnej starostlivosti uvedené nižšie len za toho poistenca, ktorý je v čase poskytnutia výkonov finančne náročnej zdravotnej starostlivosti jej poistencom.
2. Podmienkou úhrady výkonov finančne náročnej zdravotnej starostlivosti uvedených nižšie je predchádzajúci písomný súhlas zdravotnej poisťovne; v prípade, že ide o poskytnutie neodkladnej zdravotnej starostlivosti poistencovi,

22

- poskytovateľ žiada o súhlas zdravotnej poisťovne dodatočne, najneskôr však do troch pracovných dní po poskytnutí neodkladnej zdravotnej starostlivosti.
- Súhlas zdravotnej poisťovne na poskytnutie výkonov finančne náročnej zdravotnej starostlivosti je platný jeden rok; po uplynutí tohto súhlasu poskytovateľ požiada písomne zdravotnú poisťovňu o nový súhlas.
 - Poskytovateľ po poskytnutí výkonov finančne náročnej zdravotnej starostlivosti predloží zdravotnej poisťovni vyúčtovanie nákladov súvisiacich bezprostredne s ich poskytnutím s podrobnou kalkuláciou jednotlivých nákladov (s výnimkou výkonov hrađených priamou úhradou), kópie nadobúdacích dokladov alebo faktúr od veľkodistribútora (len za položky v hodnote nad 100€) a kópiu prepúšťacej správy poistenca. Zdravotná poisťovňa posúdi predložené doklady, prehodnotí predloženú kalkuláciu a rozhodne o výške úhrady výkonov finančne náročnej zdravotnej starostlivosti do 30 dní odo dňa doručenia kompletných dokladov.
 - Poskytovateľ na základe rozhodnutia zdravotnej poisťovne o výške úhrady výkonov finančne náročnej zdravotnej starostlivosti účtuje zdravotnej poisťovni výkony finančne náročnej zdravotnej starostlivosti samostatnou faktúrou za príslušný kalendárny mesiac.
 - Zdravotná poisťovňa uhrádza poskytovateľovi za splnenia podmienok podľa predchádzajúcich bodov tejto časti prílohy výkony finančne náročnej zdravotnej starostlivosti uvedené nižšie v cene, ktorá zodpovedá skutočným nákladom na poskytnutie výkonov finančne náročnej liečby, najviac však do výšky maximálnej úhrady uvedenej nižšie (ak z tabuľky nevyplýva inak).

| Kód | Názov výkonu | Maximálna úhrada v € | Priama úhrada v € | Poskytujúce pracoviská ** |
|--|---|----------------------|-------------------|---|
| Transplantácia krvotvorných buniek: | | | | |
| 90001 | Autológna, u dospelých a mladistvých od 15–18 r. veku s dg leukémia, so spracovaním štepu na kolóne | 29 875 | | 1, 4, 11, 17, 20, 25 |
| 90002 | Autológna, u dospelých a mladistvých od 15–18 r. veku s dg leukémia, bez spracovania štepu na kolóne | 19 087 | | 1, 4, 11, 17, 20, 25 |
| 90003 | Autológna, u dospelých a mladistvých od 15–18 r. veku s dg lymfóm, solidné tumory, aplastické anémie, so spracovaním štepu na kolóne | 25 393 | | 1, 4, 11, 17, 20, 25 |
| 90004 | Autológna, u dospelých a mladistvých od 15–18 r. veku s dg lymfóm, solidné tumory, aplastické anémie, bez spracovania štepu na kolóne | 14 605 | | 1, 4, 11, 17, 20, 25 |
| 90005 | Autológna, u detí do 15 r. veku s dg leukémia, so spracovaním štepu na kolóne | 26 223 | | 1 |
| 90006 | Autológna, u detí do 15 r. veku s dg leukémia, bez spracovania štepu na kolóne | 15 435 | | 1 |
| 90007 | Autológna, u detí do 15 r. veku s dg lymfóm, solidné tumory, so spracovaním štepu na kolóne | 21 576 | | 1 |
| 90008 | Autológna, u detí do 15 r. veku s dg lymfóm, solidné tumory, bez spracovania štepu na kolóne | 10 788 | | 1 |
| 90009 | Allogénna príbuzenská s myeloablatívnym režimom u dospelých a mladistvých od 15–18 r. veku, so spracovaním štepu na kolóne | 49 775 | | 1, 4, 11, 17 |
| 90010 | Allogénna príbuzenská s myeloablatívnym režimom u dospelých a mladistvých od 15–18 r. veku, bez spracovania štepu na kolóne | 38 987 | | 1, 4, 11, 17 |
| 90011 | Allogénna príbuzenská s myeloablatívnym režimom u detí do 15 r. veku, so spracovaním štepu na kolóne | 37 493 | | 1 |
| 90012 | Allogénna príbuzenská s myeloablatívnym režimom u detí do 15 r. veku, bez spracovania štepu na kolóne | 26 539 | | 1 |
| 90013 | Nepribuzenská | 92.353 | | 1, 4 |
| 90014 | Vyhľadávanie nepribuzného darcu krvotvorných buniek v Národnom registri darcov kostnej drene a v medzinárodných registroch | | 7 228 | 4 |
| 90015 | HLA typizácia v rodine pre program allogénnych transplantácií krvotvorných buniek | | 2 671 | 4 |
| Transplantácia orgánov: | | | | |
| 90101* | Transplantácia obličiek | | 8.780 | 6, 18, 21, 26 |
| 90201 | Transplantácia srdca | 15.933 | | 12, 13 |
| 90301* | Transplantácia pečene | | 51.862 | 2, 7 |
| 90401 | Transplantácia pankreasu | 8.298 | | 7, 18 |
| 90501 | Transplantácia pľúc | 132.776 | | 10 |
| 90601 | Transplantácia rohovky – náklady súvisiace s odberom rohovky | 647 | | 3, 5, 8, 14, 15, 16, 19, 22, 23, 24, 27 |
| Odber orgánov: | | | | |
| 100103 | Pankreas (s odberom pečene) z multiorgánového odberu | 511 | | 7, 18 |
| 100104 | Pankreas (bez odberu pečene) z multiorgánového odberu | 1.955 | | 7, 18 |
| 100105 | Srdce z multiorgánového odberu | 634 | | 12, 13 |
| 100201 | Liečba popálenín nad 20% povrchu tela | 5.975 | | 9, 28 |
| Neurochirurgia | | | | |
| 37000* | Operácia tumoru chrbtice | | 9.711 | 29 |
| 37001* | Operácia cievnych ochorení mozgu | | 4.873 | 29 |
| 37002* | Operácia hlbokých štruktúr mozgu | | 4.767 | 29 |
| 37003* | Operácia adenómov hypofýzy transfenoidálnym prístupom | | 3.478 | 29 |
| 37004* | Operácia tumorov mozgu v elokventných zónach - AWAKE | | 6.649 | 29 |
| 37005* | Operácia tumorov mozgu bázy lebečnej | | 4.826 | 29 |
| Otorinolaryngológia | | | | |
| 14000* | Kochleárna implantácia | | 772 | 30 |

* vykazujú sa ako pripočítateľná položka k ukončenej hospitalizácii na príslušnom poskytujúcom pracovisku a spolu s jej úhradou podľa písm. a) bodu 1 časti I tejto prílohy zahŕňa všetky náklady spojené s poskytnutím zdravotnej starostlivosti v prospech

****Zoznam poskytovajúcich pracovísk:**

1. DFNSP Bratislava, II. detská klinika, Transplantačná jednotka
2. DFNSP Bratislava, Klinika chirurgie, resp. KAIM
3. DFNSP Bratislava, Očná klinika
4. UN Bratislava, pracovisko Petržalka, Klinika hematológie a transfuziológie
5. UN Bratislava, pracovisko Petržalka, Očná klinika
6. UN Bratislava, pracovisko Kramáre, Urologická klinika – transplantačné oddelenie
7. UN Bratislava, pracovisko Kramáre, Chirurgická klinika
8. UN Bratislava, pracovisko Staré mesto, I. oftalmologická klinika LFUK
9. UN Bratislava, pracovisko Ružinov, Klinika popálenín a rekonštrukčnej chirurgie
10. UN Bratislava, pracovisko Ružinov, Klinika pľúcnych chorôb
11. NOÚ Bratislava, Klenová ul., Odd. hematológie a transfuziológie, Transplantačná jednotka
12. Národný ústav srdcových a cievnych chorôb, a. s., Bratislava, Odd. zlyhávania a transpl. srdca
13. Národný ústav srdcových a cievnych chorôb, a. s. - Detské kardiocentrum, Bratislava
14. Nemocnica sv. Michala, a.s., Bratislava, Očné oddelenie
15. FN Trnava, Očné oddelenie
16. FN Trenčín, Očné oddelenie
17. FNSP F. D. Roosevelta, Banská Bystrica, Odd. hematológie a transfuziológie
18. FNSP F. D. Roosevelta, Banská Bystrica, Chirurgická klinika
19. FNSP F. D. Roosevelta, Banská Bystrica, Očná klinika
20. UN Martin, Klinika hematológie a transfuziológie
21. UN Martin, Chirurgická klinika
22. UN Martin, Očná klinika
23. FNSP Žilina, Očné oddelenie
24. NsP Poprad, Očné oddelenie
25. UN L. Pasteura, Košice, Klinika hematológie a onkohematológie
26. UN L. Pasteura, Košice, Transplantačné oddelenie
27. UN L. Pasteura Košice, Očná klinika
28. Nemocnica Košice-Šaca a. s. 1. súkr. nemocnica, Klinika popálenín a rekonštr. chirurgie
29. UN Bratislava, pracovisko Kramáre, Neurochirurgická klinika
30. UN Bratislava, pracovisko Petržalka, Klinika ORL

24