

Dodatok č. 37
k Zmluve č. 11NSP2000211

Čl. 1
Zmluvné strany

- 1. Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.**
so sídlom: Mamateyova 17, 850 05 Bratislava,
Zastúpená: Ing. Miroslavom Vaďurom, MPH, predsedom predstavenstva
IČO: 35 937 874
IČ DPH: SK2022027040
Zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel Sa,
vložka číslo: 3602/B
Osoba oprávnená konať vo veci zmluvy:
riaditeľka krajskej pobočky v Trnave, Ing. Mária Hlbocká, PhD.
Adresa krajskej pobočky: Halenárska 22, P.O.BOX 5, 917 02 Trnava 2
Bankové spojenie: Štátna pokladnica

- 2. Nemocnica Alexandra Wintera, n.o. Piešťany**
so sídlom: Winterova č. 66, 921 63 Piešťany
Zastúpený: MUDr. Štefan Kóňa, riaditeľ
Identifikátor poskytovateľa: P93083
IČO: 36084221

uzatvárajú

tento dodatok k Zmluve č. 11NSP2000211 (ďalej len „zmluva“)

Čl. 2
Predmet dodatku

Na základe Čl. 7 - Záverečné ustanovenia bod 7 zmluvy sa zmluvné strany dohodli na týchto zmenách zmluvy:

1. V Čl. 7 – Záverečné ustanovenia sa znenie bodu 1 nahrádza nasledovným znením:
„1. Zmluva sa uzatvára na dobu určitú do 31.12.2016.“
2. Príloha č. 1 zmluvy - Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti sa od 1.1.2016 mení a nahrádza novým znením. Nové znenie prílohy č. 1 zmluvy tvorí prílohu č. 1 tohto dodatku.

3. Príloha č. 2 zmluvy - Rozsah zdravotnej starostlivosti sa od 1.1.2016 mení a nahrádza novým znením. Nové znenie prílohy č. 2 zmluvy tvorí prílohu č. 2 tohto dodatku.
4. Platnosť Prílohy č. 3 zmluvy – Kritéria na uzatváranie zmlúv sa predlžuje do 31.12.2016.

Čl. 3 Záverečné ustanovenia

1. Tento dodatok, ktorý tvorí súčasť zmluvy, nadobúda platnosť dňom podpisu zmluvnými stranami a účinnosť dňom nasledujúcim po dni jeho zverejnenia v zmysle § 47a zákona č. 40/1964 Zb. Občiansky zákonník v znení neskorších predpisov.
2. Súhlas s obsahom dodatku vyjadria zástupcovia zmluvných strán svojim podpisom na dodatku.
3. Tento dodatok je vyhotovený v dvoch rovnopisoch, z ktorých každý sa považuje za originál. Každá zmluvná strana obdrží jeden rovnopis dodatku.

V Trnave dňa 22.1.2016

Za poskytovateľa:

Za poisťovňu:

Nemocnica Alexandra Wintera a.s.

MUDr. Stanislav Kopa, riaditeľ

Ing. Mária Hilbocká, PhD.
riaditeľka krajskej pobočky
Všeobecnej zdravotnej poisťovne, a.s.
v Trnave

**Príloha č. 1
k Zmluve č. 11NSP2000211**

**Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti
od 1.1.2016 do 30.9.2016**

A. Ambulantná zdravotná starostlivosť

Všeobecné ustanovenia

Kapitácia

Kapitáciou sa rozumie paušálna mesačná platba za poskytovanie zdravotnej starostlivosti poistencovi, s ktorým má poskytovateľ uzatvorenú platnú a účinnú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (ďalej len „dohoda“).

Pri zmene poskytovateľa z dôvodu odstúpenia od dohody je poskytovateľ povinný preukázateľne odovzdať zdravotnú dokumentáciu alebo jej rovnopis do 7 dní od jej vyžiadania novému poskytovateľovi, s ktorým poistenec uzatvoril dohodu a oznámiť dátum ukončenia dohody poisťovni.

Poistenec môže mať účinnú dohodu iba s jedným poskytovateľom všeobecnej ambulantnej starostlivosti a s jedným poskytovateľom špecializovanej ambulantnej starostlivosti v odbore gynekológia a pôrodnictvo.

Ak poistenec uzatvorí dohodu s ďalším poskytovateľom všeobecnej ambulantnej starostlivosti alebo s poskytovateľom špecializovanej ambulantnej starostlivosti v odbore gynekológia a pôrodnictvo, poisťovňa v zmysle zákona č. 576/2004 Z.z. akceptuje účinnosť novej dohody až po zániku pôvodnej dohody tzn. prvým dňom kalendárneho mesiaca nasledujúcom po mesiaci, v ktorom bolo doručené odstúpenie od dohody.

Predchádzajúca veta sa nevzťahuje na prípady narodenia dieťaťa, zmeny trvalého a prechodného bydliska poistenca, odchodov a príchodov poistencov z a do EÚ a na prípady taxatívne vymedzené zákonom 576/2004 Z.z. Kapitácia je v týchto prípadoch hradená s presnosťou na deň.

Poskytovatelia sú povinní na základe informácie poisťovne (chybový protokol) riešiť konflikty vzájomnou dohodou.

Kapitácia sa neuhrádza poskytovateľovi za poistencov EÚ, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu, Švajčiarska, Srbska, bezdomovcov, cudzincov a poistencov, ktorí majú podľa platnej legislatívy nárok len na neodkladnú respektívne potrebnú zdravotnú starostlivosť.

Kapitácia nezahŕňa výkony uhrádzané cenou bodu alebo cenou za výkon, uvedené v tabuľke Cena bodu, alebo Cena za výkon a náklady na lieky so symbolom úhrady „A“ zaradené do zoznamu liekov podľa osobitného predpisu.

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. V prípade zmluvne dohodnutého počtu bodov, použije sa pre výpočet úhrady za daný výkon počet bodov vyplývajúci zo zmluvy.

Výkony uvedené v tabuľke Cena bodu sa vo všeobecnej ambulantnej starostlivosti a špecializovanej ambulantnej starostlivosti v odbore gynekológia a pôrodnictvo uhrádzajú za kapítovaných poistencov, 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 náklady a úhradu za zdravotnú starostlivosť poskytnutú pri danom výkone, pokiaľ nie je uvedené inak.

Osobitné ustanovenia

Individuálna dodatková kapitácia

Individuálnou dodatkovou kapitáciou (ďalej aj ako „IDK“) sa rozumie paušálna mesačná úhrada za každého kapítovaného poistenca, ktorá sa hradí spolu s Kapitáciou. Cena IDK je závislá od hodnoty koeficientu efektívnosti (ďalej aj ako „KEF“) poskytovateľa v špecializačnom odbore a základu pre výpočet IDK v špecializačnom odbore.

Individuálna pripočítateľná položka

Individuálnou pripočítateľnou položkou (ďalej aj ako „IPP“) sa rozumie úhrada k vybraným výkonom v špecializovanej ambulantnej starostlivosti (ďalej aj ako „ŠAS“), typ ZS 200 a 210, ktorej výška je závislá od koeficientu efektívnosti (ďalej aj ako „KEF“) poskytovateľa v špecializovanej ambulantnej starostlivosti a základu pre výpočet IPP. IPP sa vykazuje ako pripočítateľná položka k vybranému výkonu v riadku, v ktorom sa vykazuje vybraný výkon, a hradí sa spolu s týmto výkonom. V prípade, ak sa v ambulancii poskytne pacientovi v jeden deň viac vybraných výkonov, IPP sa vykazuje iba k jednému z nich v počte jeden.

Koeficient efektivity

Koeficient efektivity je súčtom váh splnených ukazovateľov vyjadrených v % v špecializačnom odbore poskytovateľa podľa Tabuľky č.1 a Tabuľky č.2. Ukazovatele vypočíta poisťovňa z údajov svojho informačného systému pre každý špecializačný odbor samostatne.

Pre výpočet hodnôt ukazovateľov poisťovňa použije údaje za predchádzajúci kalendárny polrok, bezprostredne predchádzajúci tomu kalendárnemu štvrťroku, v ktorom sa vykonáva výpočet.

Výpočet hodnoty KEF sa vykonáva v štvrťroku, ktorý bezprostredne predchádza tomu kalendárnemu štvrťroku, v ktorom sa vypočítaný KEF uplatní. Poisťovňa po vykonaní výpočtu oznámi poskytovateľovi hodnotu KEF vždy najneskôr v priebehu prvého mesiaca toho kalendárneho štvrťroku, v ktorom sa vypočítaný KEF uplatní.

Tabuľka č. 1 Ukazovatele pre výpočet KEF pre špecializačný odbor

Všeobecné lekárstvo pre dospelých		
P.č.	Ukazovateľ	Spôsob výpočtu hodnoty ukazovateľa
1.	Priemerný počet návštev na kapítovaného poistenca	podiel počtu návštev kapítovaných poistencov a celkového počtu kapítovaných poistencov (k poslednému dňu hodnoteného obdobia s výnimkou preventívnych prehliadok)
2.	Náklady na lieky pacientov do 60 rokov vrátane	podiel nákladov na predpísané lieky, dietetické potraviny a zdravotnícke pomôcky (s výnimkou predpísaných na odporúčenie lekárom špecializovanej ambulantnej starostlivosti) a počtu ošetrovaných poistencov
3.	Náklady na lieky pacientov vo veku nad 60 rokov	podiel nákladov na predpísané lieky, dietetické potraviny a zdravotnícke pomôcky (s výnimkou predpísaných na odporúčenie lekárom špecializovanej ambulantnej starostlivosti) a počtu ošetrovaných poistencov
4.	Náklady na SVLZ	podiel nákladov na vlastné a indikované SVLZ a počtu ošetrovaných poistencov (s výnimkou preventívnych prehliadok)
Gynekológia a pôrodnictvo		
P.č.	Ukazovateľ	Spôsob výpočtu hodnoty ukazovateľa
1.	Priemerný počet návštev na kapítovaného poistenca	podiel počtu návštev kapítovaných poistencov a celkového počtu kapítovaných poistencov (k poslednému dňu hodnoteného obdobia s výnimkou preventívnych prehliadok)
2.	Náklady na lieky	podiel nákladov na predpísané lieky, dietetické potraviny a zdravotnícke pomôcky (s výnimkou predpísaných na odporúčenie lekárom špecializovanej ambulantnej starostlivosti) a počtu ošetrovaných poistencov
3.	Náklady na SVLZ	podiel nákladov na vlastné a indikované SVLZ a počtu ošetrovaných poistencov (s výnimkou preventívnych prehliadok)
Všetky špecializačné odbory ŠAS (typ ZS 200 a 210)		
P.č.	Ukazovateľ	Spôsob výpočtu hodnoty ukazovateľa
1.	Náklady na výkony	podiel nákladov na výkony z I. časti Zoznamu výkonov a počtu ošetrovaných poistencov
2.	Náklady na lieky	podiel nákladov na predpísané lieky, dietetické potraviny a zdravotnícke pomôcky (s výnimkou predpísaných na odporúčenie lekárom špecializovanej ambulantnej starostlivosti) a počtu ošetrovaných poistencov
3.	Náklady na SVLZ	podiel nákladov na vlastné a indikované SVLZ a počtu ošetrovaných poistencov (s výnimkou preventívnych prehliadok)

Výpočet ukazovateľov

- poisťovňa vypočíta hodnotu ukazovateľa pre každého z poskytovateľov, ktorí poskytujú zdravotnú starostlivosť v rovnakom špecializačnom odbore, pričom počet hodnôt zodpovedá počtu poskytovateľov, a to predstavuje 100 % hodnôt;
- poisťovňa takto vypočítané hodnoty zoradí od najnižšej po najvyššiu;
- prvých 20% hodnôt a posledných 20% hodnôt z celkového počtu hodnôt sa vylúči z výpočtu a zo zostávajúcich 60% hodnôt poisťovňa vypočíta strednú hodnotu a štandardnú odchýlku ukazovateľa;
- prostredníctvom strednej hodnoty a štandardnej odchýlky poisťovňa vypočíta dolnú hranicu, ktorá zodpovedá strednej hodnote zníženej o štandardnú odchýlku a hornú hranicu, ktorá zodpovedá strednej hodnote zvýšenej o štandardnú odchýlku. Dolná a horná hranica definujú tri pásma pre hodnotenie ukazovateľa. Hodnota ukazovateľa poskytovateľa v špecializačnom odbore sa nachádza buď pod dolnou hranicou (v dolnom pásme), medzi dolnou hranicou a hornou hranicou (v strednom pásme), alebo nad hornou hranicou (v hornom pásme);
- ak sa hodnota ukazovateľa poskytovateľa v špecializačnom odbore nachádza v pásme, v ktorom je ukazovateľ vyhodnotený ako splnený, je mu priradená percentuálna váha príslušného ukazovateľa. V opačnom prípade je váha ukazovateľa 0%.

Ukazovatele, pásma plnenia a váhy ukazovateľov

Tabuľka č. 2 Ukazovatele, pásma plnenia a váhy ukazovateľov pre špecializačný odbor

Všeobecné lekárstvo pre dospelých					
P.č.	Ukazovateľ	Plnenie ukazovateľa			Váha splneného ukazovateľa v %
		Dolné pásmo	Stredné pásmo	Horné pásmo	
1.	Priemerný počet návštev na kapítovaného poistenca	nesplnený	splnený	splnený	30
2.	Náklady na lieky pacientov do 60 rokov vrátane	splnený	splnený	nesplnený	20
3.	Náklady na lieky pacientov vo veku nad 60 rokov	splnený	splnený	nesplnený	20
4.	Náklady na SVLZ	splnený	splnený	nesplnený	30
Gynekológia a pôrodnictvo					
P.č.	Ukazovateľ	Plnenie ukazovateľa			Váha splneného ukazovateľa v %
		Dolné pásmo	Stredné pásmo	Horné pásmo	
1.	Priemerný počet návštev na kapítovaného poistenca	nesplnený	splnený	splnený	30
2.	Náklady na lieky	splnený	splnený	nesplnený	40
3.	Náklady na SVLZ	splnený	splnený	nesplnený	30
Všetky špecializačné odbory ŠAS (typ ZS 200 a 210)					
P.č.	Ukazovateľ	Plnenie ukazovateľa			Váha splneného ukazovateľa v %
		Dolné pásmo	Stredné pásmo	Horné pásmo	
1.	Náklady na výkony	splnený	splnený	nesplnený	30
2.	Náklady na lieky	splnený	splnený	nesplnený	35
3.	Náklady na SVLZ	splnený	splnený	nesplnený	35

Výpočet ceny IDK

Cena IDK sa vypočíta ako súčin základu pre výpočet IDK v špecializačnom odbore a hodnoty KEF poskytovateľa v špecializačnom odbore.

Pre účely nového zmluvného vzťahu, do skončenia toho kalendárneho štvrtroka, v ktorom zmluva nadobudla účinnosť, sa použije pre výpočet IDK hodnota KEF poskytovateľa v špecializačnom odbore uvedená v Tabuľke č. 3.

Pre účely výpočtu IDK poskytovateľa v špecializačnom odbore sa pre obdobie od 1.1.2016 do 30.9.2016 uplatní hodnota KEF uvedená v Tabuľke č. 3.

Výpočet ceny IPP

Cena IPP sa vypočíta ako súčin základu pre výpočet IPP v špecializovanej ambulantnej starostlivosti a hodnoty KEF poskytovateľa v špecializovanej ambulantnej starostlivosti.

Pre účely nového zmluvného vzťahu, do skončenia toho kalendárneho štvrtroka, v ktorom zmluva nadobudla účinnosť, sa použije pre výpočet IPP hodnota KEF poskytovateľa v špecializačnom odbore uvedená v Tabuľke č. 3.

Pre účely výpočtu IPP poskytovateľa v špecializačnom odbore sa pre obdobie od 1.1.2016 do 30.9.2016 uplatní hodnota KEF uvedená v Tabuľke č. 3.

Tabuľka č. 3 Hodnota KEF v špecializačnom odbore

Špecializačný odbor	Hodnota KEF
Všeobecné lekárstvo pre dospelých	60%
Gynekológia a pôrodnictvo	60%
Všetky špecializačné odbory ŠAS (typ ZS 200 a 210)	20%

Koeficient preventívnej starostlivosti

Koeficient preventívnej starostlivosti (ďalej aj ako „KPS“) vyjadruje akým percentom sa na celkovom počte kapítovaných poistencov podieľali tí poistenci, ktorým bola v poslednom ukončenom kalendárnom roku poisťovňou uhradená preventívna prehliadka.

Za kapitovaného poistenca sa v špecializačných odboroch Všeobecné lekárstvo pre dospelých a Gynekológia a pôrodnictvo pre potrebu stanovenia KPS považuje ten poistenec, za ktorého bola poskytovateľovi v poslednom ukončenom kalendárnom roku uhradená kapitácia.

Za preventívnu prehliadku sa pre jednotlivé špecializačné odbory pre potrebu stanovenia KPS považujú vybrané výkony uvedené v Tabuľke č. 4.

Výpočet hodnoty KPS sa vykonáva v priebehu prvého štvrťroka po ukončení kalendárneho roka, za ktorý sa KPS vypočítava. Poistovník po vykonaní výpočtu oznámi poskytovateľovi hodnotu KPS vždy najneskôr v priebehu prvého mesiaca toho kalendárneho štvrťroka, v ktorom sa vypočítaná KPS uplatní.

Pre priznanie zvýhodnenej ceny bodu preventívnych zdravotných výkonov musí poskytovateľ dosiahnuť hodnotu KPS uvedenú v Tabuľke č. 4.

Tabuľka č. 4 Vybrané výkony pre potrebu stanovenia KPS a hodnota KPS v špecializačnom odbore

Špecializačný odbor	Vybrané výkony	Hodnota KPS
Všeobecné lekárstvo pre dospelých	160	≥ 21%
Gynekológia a pôrodnictvo	157	≥ 38%

Na základe dosiahnutej hodnoty KPS za posledný ukončený kalendárny rok sa u poskytovateľa pre obdobie od 1.1.2016 do 30.9.2016 uplatní zvýhodnená cena bodu preventívnych zdravotných výkonov podľa Tabuľky č. 5.

Tabuľka č. 5 Nárok na zvýhodnenú Cenu bodu preventívnych zdravotných výkonov

Špecializačný odbor	Nárok na zvýhodnenú cenu bodu preventívnych zdravotných výkonov
Všeobecné lekárstvo pre dospelých	nie
Gynekológia a pôrodnictvo	nie

Pre účely nového zmluvného vzťahu, do skončenia kalendárneho štvrťroka bezprostredne nasledujúceho po ukončení kalendárneho roku, v ktorom zmluva nadobudla účinnosť a za ktorý sa KPS vypočítava, sa u poskytovateľa zvýhodnená cena bodu preventívnych zdravotných výkonov neuplatní.

1. Všeobecná ambulantná starostlivosť a špecializovaná ambulantná starostlivosť v odbore gynekológia a pôrodnictvo

1.1 Všeobecná ambulantná starostlivosť pre dospelých:

Cena kapitácie	2,58 €
do 19 rokov vrátane	2,03 €
od 20 do 28 rokov vrátane	2,03 €
od 29 do 39 rokov vrátane	2,07 €
od 40 do 44 rokov vrátane	2,12 €
od 45 do 49 rokov vrátane	2,19 €
od 50 do 54 rokov vrátane	2,30 €
od 55 do 59 rokov vrátane	2,39 €
od 60 do 64 rokov vrátane	2,49 €
od 65 do 69 rokov vrátane	2,60 €
od 70 do 74 rokov vrátane	2,66 €
od 75 do 79 rokov vrátane	2,91 €
od 80 do 84 rokov vrátane	3,00 €
od 85 rokov a viac	

Základ pre výpočet IDK	0,40 €
pre vekovú skupinu do 28 rokov vrátane	0,25 €
pre vekové skupiny od 29 rokov a viac	

IDK na obdobie od 1.1.2016 do 30.9.2016	0,24 €
pre vekovú skupinu do 28 rokov vrátane	0,15 €
pre vekové skupiny od 29 rokov a viac	

Cena bodu:

preventívne zdravotné výkony (aj poistenci EÚ) č.160 v počte 390 bodov	0,04 €
preventívne zdravotné výkony (aj poistenci EÚ) č.160 v počte 390 bodov – cena bodu sa uplatní v prípade, že poskytovateľ zasiela dávky vrátane faktúr za poskytnutú zdravotnú starostlivosť cez ePobočku	0,041 €
preventívne zdravotné výkony (aj poistenci EÚ) č.160 v počte 390 bodov – zvýhodnená cena bodu	0,044 €
preventívne zdravotné výkony (aj poistenci EÚ) č.160 v počte 390 bodov – zvýhodnená cena bodu sa uplatní v prípade, že poskytovateľ zasiela dávky vrátane faktúr za poskytnutú zdravotnú starostlivosť cez ePobočku	0,045 €
výkon 15P - vyšetrenia EKG pri preventívnej prehliadke poistencov 40 ročných a starších- len spolu s výkonom 160 - výkon zahŕňa zhotovenie a vyhodnotenie EKG záznamu	0,039833 €
výkon 5702P - (počet bodov 550)- vyšetrenia EKG pri preventívnej prehliadke poistencov 40 ročných a starších- len spolu s výkonom 160, vykazovanie si vyžaduje odôvodnenie v zdravotnej dokumentácii. Výkon sa nemôže vykazovať spolu s výkonom 15p	0,007635 €
výkon 5702C (počet bodov 500) – akútne diagnostické EKG výkon môže vykazovať všeobecný lekár pre dospelých, ktorý predloží doklad o prístrojovom vybavení ambulancie – 12 zvodový prístroj EKG, indikácia pre akútne diagnostické EKG vyšetrenie a výsledok vyšetrenia musí byť zaznamenaný v zdravotnej dokumentácii poistenca u všeobecného lekára pre dospelých. výkon č. 5702C sa nevykazuje spolu s výkonom 160,15p,15c , 5702p.	0,007303 €
očkovanie - výkon 252b (počet bodov 70)	0,035 €
návšteva - výkon 25, výkon 26 u kapítovaných poistencov	0,016597 €
výkony z I. časti Zoznamu výkonov pre poistencov EÚ, bezdomovcov, cudzincov a poistencov podľa § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z.	0,018257 €
výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ) pre nekapitovaných a poistencov EÚ	0,007303 €
neodkladná zdravotná starostlivosť poskytnutá poistencom poisťovne, s ktorými lekár nemá uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti	0,006639 €

Cena za výkon TOKS:

Kód výkonu TOKS	Charakteristika výkonu TOKS	Výsledok výkonu TOKS	Úhrada TOKS
159a	Preventívne vyšetrenie na krv v stolici s použitím troch testovacích papierikov v rámci opatrení na včasnú diagnostiku ochorenia na rakovinu, dodatok k výkonu pod kódom 160. Výkon môže vykazovať lekár všeobecnej starostlivosti vtedy, ak ho sám uskutočnil. Výkon sa môže vykazovať za celé preventívne vyšetrenie. Ak sa vyšetrenie vykonalo v laboratóriu, môže ho vykazovať laboratórium.	pozitívny	12,00 €
159z	Preventívne vyšetrenie na krv v stolici s použitím troch testovacích papierikov v rámci opatrení na včasnú diagnostiku ochorenia na rakovinu, dodatok k výkonu pod kódom 160. Výkon môže vykazovať lekár všeobecnej starostlivosti vtedy, ak ho sám uskutočnil. Výkon sa môže vykazovať za celé preventívne vyšetrenie. Ak sa vyšetrenie vykonalo v laboratóriu, môže ho vykazovať laboratórium.	negatívny	12,00 €
159x	Preventívne vyšetrenie na krv v stolici s použitím troch testovacích papierikov v rámci opatrení na včasnú diagnostiku ochorenia na rakovinu, dodatok k výkonu pod kódom 160. Výkon môže vykazovať lekár všeobecnej starostlivosti vtedy, ak poistenca poučil o dôležitosti vyšetrenia a zároveň vydal poistencovi diagnostický test	nevratený / znehodnotený test	3,02 €

VŠZP akceptuje výkon 159a,159z a 159x v súlade s prílohou č. 2 k zákonu č. 577/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov a Odborným usmernením Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky pre realizáciu programu skríningu kolorektálneho karcinómu zo dňa 1. septembra 2011, zverejnenom vo Vestníku MZ SR, čiastka 19-31, ročník 59 a v súlade s charakteristikou výkonov uvedených v tabuľke.

Štandardizovaný test na okultné krvácanie (TOKS) všeobecný lekár pre dospelých indikuje u bezpríznakových poistencov starších ako 50 rokov, v intervale raz za dva roky a ako súčasť preventívnej prehliadky (výkon č. 160). Interval medzi výkonom 160 a 159 môže byť maximálne 2 mesiace.

Cena za výkon:

Kód výkonu	Charakteristika výkonu	Cena za výkon
60b	Komplexné predoperačné vyšetrenie vrátane odberov krvi, zhodnotenia laboratórnych a prístrojových vyšetrení. Výkon možno vykazovať iba raz v rámci jednej operácie pri dodržaní odborného usmernenia MZ SR. Výkon sa vykazuje samostatne s diagnózou, pre ktorú je poisteneц plánovaný na operáciu	13 €

	V prípade odoslania poistenca k špecialistovi, najmä kód odbornosti 001 (vnútorné lekárstvo), za účelom vykonania predoperačného vyšetrenia, zdravotná poisťovňa poskytnutú zdravotnú starostlivosť v súvislosti s predoperačným vyšetrením uhrádza iba cenou kapitácie.	
H0003	Iniciálne vyšetrenie u poistenca s artériovou hypertenziou. Podmienky úhrady výkonu H0003: Všeobecný lekár pre dospelých vykáže nad rámec kapitácie výkon H0003 s príslušnou korektnou diagnózou zistenou pri vyšetrení. Za iniciálne vyšetrenie sa považuje stav, keď poistenec nebol sledovaný ani liečený pre artériovú hypertenziu v posledných 24 mesiacoch. V cene výkonu je zahrnuté komplexné vyšetrenie poistenca, vyhodnotenie laboratórnych, doplnkových a pomocných vyšetrení, odporúčenie ďalšej liečby a stanovenie ďalšieho postupu v zmysle odborného usmernenia MZSR pre diagnostiku a liečbu artériovej hypertenzie.	6 €
H0004	Kontrolné vyšetrenie u poistenca s artériovou hypertenziou jedenkrát za 6 mesiacov. Podmienky úhrady výkonu H0004: Všeobecný lekár pre dospelých vykáže nad rámec kapitácie výkon H0004 s príslušnou korektnou diagnózou. Za kontrolné vyšetrenie sa považuje stav, keď poistenec má diagnostikovanú artériovú hypertenziu. V cene výkonu je zahrnuté komplexné vyšetrenie poistenca, vyhodnotenie laboratórnych vyšetrení, odporúčenie ďalšej liečby a stanovenie ďalšieho postupu v zmysle odborného usmernenia MZSR pre diagnostiku a liečbu artériovej hypertenzie. Poisťovňa akceptuje a osobne nad rámec kapitácie uhrádza výkon H0004 vo frekvencii jedenkrát za 6 mesiacov (maximálne 2x za rok). V prípade vyššej frekvencie návštevy je ďalšia poskytnutá zdravotná starostlivosť uhrádzaná cenou kapitácie.	3 €
H0005	Ošetrovanie akútneho hypertenzného stavu. Podmienky úhrady výkonu H0005: Všeobecný lekár pre dospelých vykáže nad rámec kapitácie výkon H0005 s príslušnou korektnou diagnózou v prípade ošetrovania akútneho hypertenzného stavu. V rámci akútneho hypertenzného stavu je potrebné stabilizovať vitálne funkcie poistenca, vykonať opatrenia na zabránenie orgánového poškodenia, v prípade potreby zabezpečiť bezpečný transport do cieľového zdravotníckeho zariadenia. V cene výkonu je zahrnuté zistenie anamnestických údajov zameraných na prítomnosť subjektívnych ťažkostí poistenca súvisiacich s akútnym hypertenzným stavom, základné vyšetrenie poistenca, vrátane orientačného neurologického, zavedenie intravenózne kanyly a udržanie jej priechodnosti, monitoring vitálnych funkcií, zaistenie nepretržitého zdravotníckeho dohľadu, úľavovej polohy podľa aktuálneho stavu, pri neporušenom vedomí poistenca perorálne podanie 25-50 mg kaptoprilu, ak je indikované, zabezpečenie transportu ZZS do ústavného zdravotníckeho zariadenia, ak je indikovaný a záznam o ošetrovaní do zdravotnej dokumentácie poistenca v zmysle odborného usmernenia MZSR pre diagnostiku a liečbu artériovej hypertenzie.	6 €
H0006	Stratifikácia rizika cievnej mozgovej príhody (CMP) nad 40 rokov. Podmienky úhrady výkonu H0006: Všeobecný lekár pre dospelých vykáže nad rámec kapitácie výkon H0006 v kombinácii s výkonom s kódom 160 s diagnózou Z00.0. Podmienkou úhrady výkonu H0006 je vykázanie prirúčateľnej položky „dosiahnuté skóre“ (pri stratifikácii rizika CMP) v dávke 751n platného dátového rozhrania podľa Metodického usmernenia ÚDZS, ktorá je v uvedených vybraných položkách vyplnená nasledovne: - v položke č. 13 – PRIPOČITATEĽNÁ POLOŽKA – uvedie dosiahnuté skóre v tvare SKOR01, pričom na 5. a 6. mieste položky je číselné vyjadrenie dosiahnutého skóre. - v položke č. 14 – MNOŽSTVO – uvedie vždy 1 - v položke č. 15 – CENA – uvedie vždy 0.00 V cene výkonu H0006 je vyhodnotenie rizikových faktorov CMP, EKG záznamu minimálne s 10 QRS komplexmi a vyhodnotenie dotazníka "stratifikácia rizika cievnej mozgovej príhody" a stanovenie skóre. Vyplnený dotazník, záznam a vyhodnotenie EKG s minimálne s 10 QRS sú súčasťou zdravotnej dokumentácie poistenca (Dotazník je uverejnený na webovej stránke poisťovne v časti tlačivá).	3,80 €

1.2 Špecializovaná ambulantná starostlivosť v odbore gynekológia a pôrodnictvo:

Cena kapitácie	
pre všetky vekové skupiny	1,21 €
Základ pre výpočet IDK	
pre všetky vekové skupiny	0,14 €

IDK na obdobie od 1.1.2016 do 30.9.2016

pre všetky vekové skupiny	0,08 €
---------------------------	--------

Cena bodu:

preventívne zdravotné výkony (aj poistenci EÚ) č.157,102, 105	0,04 €
preventívny zdravotný výkon (aj poistenci EÚ) č. 103 výkon č. 103 „Vyšetrenie a rady počas gravidity s vyhodnotením výsledkov laboratórnych vyšetrení so zreteľom na riziká gravidity“ sa vykonáva spravidla jedenkrát za 28 dní a po 36. týždni gravidity jedenkrát za 7 dní ak poistenka je naďalej vo výlučnej starostlivosti vykazujúceho lekára, s diagnózou Z34.0, Z34.8, Z34.9, Z35.0 až Z35.4, Z35.7 až Z35.9	0,04 €
preventívne zdravotné výkony (aj poistenci EÚ) č.157,102, 103,105 – cena bodu sa uplatní v prípade, že poskytovateľ zasiela dávky vrátane faktúr za poskytnutú zdravotnú starostlivosť cez ePobočku	0,041 €
preventívne zdravotné výkony (aj poistenci EÚ) č.157,102, 103,105 – zvýhodnená cena bodu	0,044 €
preventívne zdravotné výkony (aj poistenci EÚ) č.157,102, 103,105 – zvýhodnená cena bodu sa uplatní v prípade, že poskytovateľ zasiela dávky vrátane faktúr za poskytnutú zdravotnú starostlivosť cez ePobočku	0,045 €
USG vyšetrenia, výkony 5303, 5305, 5308 ako súčasť preventívnej prehliadky. Výkon č.5308 „Ultrazvukové vyšetrenie oboch prsníkov, axil a regionálnych lymfatických uzlín“ sa vykonáva na základe odbornej spôsobilosti lekára.	0,00909 €
výkon s kódom 108 ako súčasť preventívnej prehliadky v tehotenstve (výkon sa nemôže vykazovať spolu s výkonom 5808) s diagnózou Z34.0, Z34.8, Z34.9	0,0202 €
výkon 5808 v tehotenstve (výkon sa nemôže vykazovať spolu s výkonom 108) sa akceptuje z dôvodu zmeny zdravotného stavu, ktorý ohrozuje vývin plodu alebo zdravie matky, vykonáva sa s príslušnou diagnózou pre ktorú bolo vyšetrenie indikované	0,007635 €
výkon č. 118 externé kardiologické vyšetrenie (CTG) – vykonáva sa po 36. týždni tehotenstva s frekvenciou 1 x za týždeň, maximálne 4 x za tehotenstvo	0,019170 €
USG vyšetrenia, ktoré nie sú súčasťou preventívnej prehliadky	0,007635 €
výkony z I. časti Zoznamu výkonov pre poistencov EÚ, bezdomovcov, cudzincov a poistencov podľa § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z.	0,018257 €
výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ) pre nekapitovaných a poistencov EÚ	0,007303 €
– cena jedného zdravotného výkonu poskytnutá poistencom poisťovne, s ktorými lekár nemá uzavretú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti	0,006639 €

2. Špecializovaná ambulantná starostlivosť**2.1 Špecializovaná ambulantná starostlivosť – vrátane UPS**

výkony z I. časti Zoznamu výkonov okrem výkonov ambulancie UPS a centrálneho príjmu	0,0202 €
úhrada vybraných výkonov z I. časti Zoznamu výkonov : - výkon č. 60 sa uhrádza vo výške zodpovedajúcej 420 bodom, - výkon č. 62 sa uhrádza vo výške zodpovedajúcej 270 bodom, - výkon č. 63 sa uhrádza vo výške zodpovedajúcej 210 bodom.	0,0202 €
výkony z I. časti Zoznamu výkonov vrátane výkonov č. 60, 62 a 63 okrem výkonov ambulancie UPS a centrálneho príjmu – cena bodu sa uplatní v prípade, že poskytovateľ zasiela dávky vrátane faktúr za poskytnutú zdravotnú starostlivosť cez ePobočku	0,0203 €
výkony z I. časti Zoznamu výkonov – výkony ambulancie UPS a centrálneho príjmu okrem odboru stomatológia	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 FYZIOTERAPIA A LIEČEBNÁ REHABILITÁCIA s kódmi č.: 509a, 512, 513, 514a, 516, 518, 522, 523a, 530, 531, 532, 533a, 540, 541, 542;	0,011618 €
preventívny výkon č. 158,158A, 158B, 158C, 158D u urológa	0,04 €
preventívny výkon č. 158, 158A, 158B, 158C, 158D u urológa - cena bodu sa uplatní v prípade, že poskytovateľ zasiela dávky vrátane faktúr za poskytnutú zdravotnú starostlivosť cez ePobočku	0,041 €
výkon 5302 ako súčasť preventívnej prehliadky u urológa	0,007635 €
preventívny výkon č. 763P a 763M u gastroenterológa	0,04 €

preventívny výkon č. 763P a 763M u gastroenterológa - cena bodu sa uplatní v prípade, že poskytovateľ zasiela dávky vrátane faktúr za poskytnutú zdravotnú starostlivosť cez ePobočku	0,041 €
preventívny výkon č. 760sp, 760sn, 760pp, 760pn, 763sp, 763sn, 763pp a 763pn v odbornosti 001, 010 a 048	0,04€
preventívny výkon č. 760sp, 760sn, 760pp, 760pn, 763sp, 763sn, 763pp a 763pn v odbornosti 001, 010 a 048 - cena bodu sa uplatní v prípade, že poskytovateľ zasiela dávky vrátane faktúr za poskytnutú zdravotnú starostlivosť cez ePobočku	0,041 €
výkon 15d v počte bodov 150 v odbornosti chirurgia, ortopédia, pneumológia, ORL - zhodnotenie rtg. dokumentácie, ak nie je vykonané pracoviskom RTG, vrátane popisu v zdravotnej dokumentácii.	0,0202 €
výkon 15d v počte bodov 150 v odbornosti chirurgia, ortopédia, pneumológia, ORL - zhodnotenie rtg. dokumentácie, ak nie je vykonané pracoviskom RTG, vrátane popisu v zdravotnej dokumentácii. Cena bodu sa uplatní v prípade, že poskytovateľ zasiela dávky vrátane faktúr za poskytnutú zdravotnú starostlivosť cez ePobočku	0,0203 €

Základ pre výpočet IPP k vybraným výkonom

Kód položky	Individuálna pripočítateľná položka	Základ pre výpočet IPP
IPP1	Individuálna pripočítateľná položka k výkonom: č. 60, 62, 63, 60R, 503, 504, 505	1.20 €
IPP2	Individuálna pripočítateľná položka k výkonom: č. 1544A, 1594, 1240, 820, 822, 825	2.90 €
IPP3	Individuálna pripočítateľná položka k výkonom: č. 3286, 3288, 3306, 3335, 3337, 867, 869, 3351, 3364, 841, 842, 845	4.90 €

IPP k vybraným výkonom na obdobie od 1.1.2016 do 30.9.2016

Kód položky	Individuálna pripočítateľná položka	Cena IPP
IPP1	Individuálna pripočítateľná položka k výkonom: č. 60, 62, 63, 60R, 503, 504, 505	0,24 €
IPP2	Individuálna pripočítateľná položka k výkonom: č. 1544A, 1594, 1240, 820, 822, 825	0,58 €
IPP3	Individuálna pripočítateľná položka k výkonom: č. 3286, 3288, 3306, 3335, 3337, 867, 869, 3351, 3364, 841, 842, 845	0,98 €

Cena za výkon:

Kód výkonu	Charakteristika výkonu	Cena za výkon
250x	Odber venóznej krvi za účelom vyšetrovania laboratórnych parametrov. Výkon sa vykonáva samostatne maximálne 1x denne u poistenca na príslušnej ambulancii alebo na mieste určenom na odber krvi. V cene sú zahrnuté všetky náklady spojené s odberom vrátane odoslania krvi do laboratória. Výkon 250x nahrádza výkon pod kódom č. 250a a č. 250b	2,98 €

Preventívna urologická prehliadka – vykazovanie:

Kód výkonu	Názov výkonu	frekvencia výkonov
158	preventívna urologická prehliadka u mužov od 50 roku veku, výkon sa vykonáva v odbornosti 012 s diagnózou Z12.5	raz za tri roky
158A	preventívna urologická prehliadka u mužov od 40. roku veku s výskytom karcinómu prostaty v prvostupňovom príbuzenstve, výkon sa vykonáva v odbornosti 012 s diagnózou Z12.5	raz za tri roky
158B	preventívna urologická prehliadka u mužov nad 40 rokov veku s hodnotami PSA ≤ 1,0 ng/ ml v prípade výskytu karcinómu prostaty v prvostupňovom príbuzenstve, výkon sa vykonáva v odbornosti 012 s diagnózou Z12.5	raz za tri roky
158C	preventívna urologická prehliadka u mužov nad 40 rokov veku s hodnotami PSA 1,1 ng/ ml - 2,5 ng/ ml v prípade výskytu karcinómu prostaty v prvostupňovom príbuzenstve, výkon sa vykonáva v odbornosti 012 s diagnózou Z12.5	raz za dva roky
158D	preventívna urologická prehliadka u mužov nad 40 rokov veku s hodnotami PSA 2,6 ng/ ml - 4,0 ng/ ml v prípade výskytu karcinómu prostaty v prvostupňovom príbuzenstve, výkon sa vykonáva v odbornosti 012 s diagnózou Z12.5	raz za jeden rok

Preventívne výkony – skríning kolorektálneho karcinómu:

Kód výkonu	Názov výkonu	Výsledok výkonu	Počet bodov za výkon
760sp	Parciálna skríningová kolonoskopia (SK) (endoskopické vyšetrenie v oblasti colon descendens spolu so sigmoidoskopiou, rektoskopiou, v prípade potreby aj s biopsiou a/alebo punkciou vrátane kontroly polohy endoskopu pomocou zobrazovacej metódy)	Pozitívny	1500
760sn	Parciálna skríningová kolonoskopia (SK) (endoskopické vyšetrenie v oblasti colon descendens spolu so sigmoidoskopiou, rektoskopiou, v prípade potreby aj s biopsiou a/alebo punkciou vrátane kontroly polohy endoskopu pomocou zobrazovacej metódy).	Negatívny	1500
760pp	Parciálna primárna skríningová kolonoskopia (PSK) (endoskopické vyšetrenie v oblasti colon descendens spolu so sigmoidoskopiou, rektoskopiou, v prípade potreby aj s biopsiou a/alebo punkciou vrátane kontroly polohy endoskopu pomocou zobrazovacej metódy). Výkon môžu vykazovať zmluvní špecialisti na endoskopických pracoviskách zaradených do skríningu kolorektálneho karcinómu*, kód odbornosti 048, 010, 001, ak predložili certifikát v certifikovanej pracovnej činnosti diagnostická a intervenčná kolonoskopia.	Pozitívny	1500
760pn	Parciálna primárna skríningová kolonoskopia (PSK) (endoskopické vyšetrenie v oblasti colon descendens spolu so sigmoidoskopiou, rektoskopiou, v prípade potreby aj s biopsiou a/alebo punkciou vrátane kontroly polohy endoskopu pomocou zobrazovacej metódy).	Negatívny	1500
763sp	Totálna skríningová kolonoskopia (SK) (endoskopické vyšetrenie počištnú rektoskopiou po vyšetrenie céka vrátane, v prípade potreby aj s biopsiou a/alebo punkciou vrátane kontroly polohy endoskopu pomocou zobrazovacej metódy).	Pozitívny	3000
763sn	Totálna skríningová kolonoskopia (SK) (endoskopické vyšetrenie počištnú rektoskopiou po vyšetrenie céka vrátane, v prípade potreby aj s biopsiou a/alebo punkciou vrátane kontroly polohy endoskopu pomocou zobrazovacej metódy).	Negatívny	3000
763pp	Totálna primárna skríningová kolonoskopia (PSK) (endoskopické vyšetrenie počištnú rektoskopiou po vyšetrenie céka vrátane, v prípade potreby aj s biopsiou a/alebo punkciou vrátane kontroly polohy endoskopu pomocou zobrazovacej metódy).	Pozitívny	3000
763pn	Totálna primárna skríningová kolonoskopia (PSK) (endoskopické vyšetrenie počištnú rektoskopiou po vyšetrenie céka vrátane, v prípade potreby aj s biopsiou a/alebo punkciou vrátane kontroly polohy endoskopu pomocou zobrazovacej metódy).	Negatívny	3000

- výkony sa poskytujú poisťencom 50 ročným a starším s frekvenciou výkonov raz za 10 rokov,
- výkony sa vykazujú s diagnózou Z12.1.,
- výkony môžu vykazovať špecialisti v odbornosti 001, 010 a 048, ktorí majú certifikát v certifikovanej činnosti diagnostická a intervenčná kolonoskopia a pracujú na endoskopických pracoviskách zaradených do skríningu kolorektálneho karcinómu, zoznam ktorých je zverejnený na webovej stránke ministerstva zdravotníctva SR.

Cena za výkon v type ZS 302:

Kód výkonu	Názov výkonu	Maximálna cena v €
H5558	Expektácia pacienta na pracovisku urgentného príjmu	98,00

Pod expektáciou pacienta na pracovisku urgentného príjmu sa rozumie poskytnutie ústavnej zdravotnej starostlivosti, trvajúce minimálne 2 hodiny a menej ako 24 hodín, ktoré je potrebné a bezprostredne súvisí s poskytovaním diagnostických výkonov (laboratórne, zobrazovacie, klinické vyšetrovacie postupy), terapeutických výkonov (infúzna, inhalačná, detoxikačná, parenterálna liečba a pod.), podporných výkonov (polohovanie, aktívny ohrev, symptomatická liečba) u pacientov, kde nie je predpokladaná potreba hospitalizácie nad 24 hodín a je potrebné poskytovať zdravotnú starostlivosť na lôžku. Cena zahŕňa komplexne poskytnutú ZS, vrátane konziliárnych vyšetrení, spotrebovaných liekov (vrátane A liekov) a ZP. Realizované SVLZ výkony sú hradené osobitne SVLZ pracovisku. V prípade nutnosti pokračovania liečby pacienta na nemocničnom lôžku budú hradené pracovisku urgentného príjmu len skutočne realizované výkony podľa platného katalógu výkonov a spotrebované A lieky. Výkon je hradený poskytovateľovi ÚZS, ktorý spĺňa podmienky uvedené v platnom Výnose MZSR o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálo-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení pre oddelenia urgentného príjmu.

3. Lekárska služba prvej pomoci (LSPP)

3.1 LSPP pre deti a dospelých a LSPP pre dospelých:

Úhrada vyjadrená cenou za výkon

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

Zoznam výkonov pri poskytovaní LSPP:

Kód výkonu	Názov zdravotného výkonu	Cena za výkon v €
4	Štandardné vyšetrenie jedného orgánového systému - kontrolné vyšetrenie. Súčasťou výkonu je anamnéza, popis terajšieho ochorenia, objektívny nález, odoslanie na laboratórne, prístrojové alebo odborné vyšetrenie - vypísanie žiadaniek, záver, vypísanie receptov, poučenie pacienta. Výkon môže vykazovať lekár všeobecnej starostlivosti podľa § 8 ods. 2 zákona pod kód 576-2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti v službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len "lekár všeobecnej starostlivosti").	4,75
5	Štandardné fyzikálne vyšetrenie jedného orgánového systému - kontrolné vyšetrenie na základe symptomatologickej anamnézy vrátane rady a dokumentácie bez def. , sobotu, v nedeľu, počas sviatkov a 31. decembra. Výkon môže vykazovať lekár všeobecnej starostlivosti.	5,37
6	Štandardné fyzikálne vyšetrenie jedného orgánového systému na základe symptomatologickej anamnézy vrátane rady a dokumentácie medzi 19.00 - 7.00 hodinou. Výkon môže vykazovať lekár všeobecnej starostlivosti.	9,49
8	Štandardné vyšetrenie dvoch alebo viacerých orgánových systémov. Súčasťou výkonu je anamnéza, opis terajšieho ochorenia, objektívny nález, odoslanie na laboratórne, prístrojové alebo odborné vyšetrenie - vypísanie žiadaniek, záver, vypísanie receptov, poučenie pacienta (trvanie najmenej 20 minút). Výkon môže vykazovať lekár všeobecnej starostlivosti pri dispénzárnej starostlivosti, lekár poskytujúci LSPP, ako aj lekár ZZS.	5,93
15c	Zhotovenie EKG záznamu s najmenej 12 zvodmi bez opisu.	2,37
26	Návšteva mimo riadneho pracovného času lekára, vykonaná ihneď po výzve z dôvodov ochorenia, vyžaduje sa časový údaj.	11,87
29	Návšteva v noci vyžiadaná a vykonaná medzi 22.00 a 7.00 hodinou, vyžaduje sa časový údaj o vyžiadaní a vykonaní návštevy.	21,36
30	Priplatok k výkonom pod kódmi 26 a 29 za návštevu vyžiadajú a vykonanú v sobotu, v nedeľu, počas sviatkov a 31. decembra.	10,68
64	Priplatok pri ambulantnej zdravotnej starostlivosti o a) pacienta ťažko mobilného, imobilného, mentálne postihnutého, dementného, zrakovo alebo sluchovo postihnutého, b) dieťa do veku piatich rokov možno k výkonom pod kódmi 4 až 6, 8, 60, 61, 62 a 63 vykazovať nasledujúci priplatok Pri výkonoch pod kódmi 4 až 8.	1,66
67	Priplatok u dieťaťa do veku piatich rokov pri výkonoch - odber krvi, injekcie, infúzie, transfúzie, infiltrácie, implantácie, odobratie sterov, punkcie a pri výkone očkovania.	2,37
71	Vystavenie tlačiva. Na základe verejného zdravotného poistenia je uhrádzané vystavenie tlačiva - regresné hlásenie pre zdravotnú poisťovňu.	0,83
71b	Krátka správa lekára lekárskej služby prvej pomoci ošetrojúcemu lekárovi.	1,07
200	Obväz s výnimkou rýchlych obväzov a sprejov, očných a ušných klapiek, trojuholníkových šatiek, hotových náplastí alebo hotových kravatových obväzov na rany. Obväzy podľa výkonu pod kódom 200 sa nemôžu nevykazovať, keď slúžia na krytie rán, ktoré vznikli lekárskeho výkonom pri tom istom ošetrení.	1,66
201	Obväz hrudníka alebo Desaultov obväz s výnimkou obväzu pupka.	9,49
204	Cirkulárny obväz hlavy, drieku, stabilizujúci obväz krku, ramenného alebo bedrového kĺbu alebo jednej končatiny cez najmenej dva kĺby ako obväz rany alebo na uvedenie končatiny do pokojného stavu, alebo kompresívny obväz, alebo zinkovo-glejový obväz.	2,37
206	Spevňujúci náplastový obväz malého kĺbu.	1,66

Kód výkonu	Názov zdravotného výkonu	Cena za výkon v €
207	Spevňujúci náplastový obväz veľkého kĺbu.	2,85
210	Malý dlahový obväz aj ako núdzový obväz pri zlomeninách.	1,78
212	Dlahový obväz so znehybnením najmenej dvoch veľkých kĺbov (laktového, zápästného, členkového), ako aj núdzový obväz pri zlomeninách.	4,27
250a	Odobratie krvi venepunkciou do jednej striekačky alebo do jednej skúmavky, vrátane odberovej súpravy, za každú súpravu.	1,90
250b	Odbor krvi do uzavretého systému, alebo odbor pri podozrení na infekčné ochorenie, za každú odberovú súpravu.	3,56
252	Injekcia intrakutánna, subkutánna, submukózna, subkonjunktiválna alebo intramuskulárna.	1,66
253	Injekcia intravenózna.	2,37
258	Odobratie kapilárnej krvi.	1,42
260a	Zavedenie katétra do periférnej cievy.	3,56
267	Medikamentózne ošetrenie infiltráciou, za každé ošetrenie.	2,37
271	Infúzia intravenózna v trvaní od 10 do 30 minút.	4,75
320	Umelé dýchanie (napríklad z úst do úst, dýchanie vakom, dýchanie aparátom).	3,56
321	Umelé dýchanie a extratorakálna tlaková masáž srdca.	8,31
322	Ústna a nasotracheálna intubácia.	4,75
323	Otvorenie horných dýchacích ciest koniotómiou, koniopunkciou, prípadne aj endotracheálnou intubáciou.	11,87
330	Výplach žalúdka žalúdočnou sondou.	5,22
332	Inhalácia kyslíka vrátane inhalovaného kyslíka, za každých 30 minút.	0,71
363	Digitálne vyprázdnenie konečníka.	3,80
603a	Vyhodnotenie EKG v prípade, že odborný lekár s príslušnou špecializáciou EKG len vyhodnotí. Nejde o automatické prístrojové vyhodnotenie.	3,56
1275	Odstránenie voľného cudzieho telesa zo spojovky alebo mechanická epilácia mihalníc jedného oka.	0,71
1402	Predná nosová tamponáda.	2,37
2000	Prvé ošetrenie malej rany.	2,37
2003	Prvé ošetrenie veľkej rany.	4,03
2011	Prvotné ošetrenie popáleniny I. alebo II. stupňa (ruka, noha, tvár), za každú popáleninu (toilette, debridement, topické prostriedky).	5,93
2011a	Prvotné ošetrenie popáleniny I. alebo II. stupňa do 5% povrchu tela, za každú popáleninu (toilette, debridement, topické prostriedky).	3,56
3525	Kompletný dôkaz základných patologických súčastí moču, za každú vzorku od pacienta	0,37
3526	Nekompletný dôkaz najviac troch z uvedených základných patologických súčastí moču, za každú patientsku vzorku	0,26
3635a	Kontrola glykémie glukomerom	0,45

Výška úhrady (paušál) mesačne na jedného poistenca za každý druh poskytovanej LSPP:

LSPP pre deti a dospelých	0,098586 €
LSPP pre deti a dospelých - za súčasného splnenia podmienok: - zdravotná starostlivosť je poskytovaná samostatným lekárom v ambulancii LSPP a súčasne samostatným lekárom v návštevnjej (výjazdovej) LSPP, - zdravotná starostlivosť je poskytovaná minimálne 120 hodín týždenne v ambulancii LSPP a súčasne minimálne 120 hod. týždenne v návštevnjej (výjazdovej) LSPP	0,157738 €
LSPP pre dospelých	0,039434 €
LSPP pre dospelých - za súčasného splnenia podmienok: - zdravotná starostlivosť je poskytovaná samostatným lekárom v ambulancii LSPP a súčasne samostatným lekárom v návštevnjej (výjazdovej) LSPP, - zdravotná starostlivosť je poskytovaná minimálne 120 hodín týždenne v ambulancii LSPP a súčasne minimálne 120 hod. týždenne v návštevnjej (výjazdovej) LSPP	0,063094 €

- Výška mesačného paušálu sa vypočíta ako násobok výšky mesačnej úhrady za poistenca a počtu poistencov v spádovom území vymedzeným príslušným samosprávnym krajom,
- Paušál prináleží poskytovateľovi LSPP len v prípadoch zabezpečenia výkonu LSPP v čase mimo obvyklých ordinálnych hodín poskytovateľov zdravotnej starostlivosti,
- Paušál sa nehradí za poistencov EÚ, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu, Švajčiarska, Srbska, bezdomovcov, poistencov podľa § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov a cudzincov.

Nad rámec ceny za výkon a paušálu sa uhrádzajú:

- náklady na dopravu lekára v prípade návštevnjej LSPP:

Typ prevozu	Cena za 1km
LSPP – služobným alebo objednaným vozidlom lekárskej služby prvej pomoci	0.50 €
LSPR – vlastným vozidlom	0.30 €

Úhrada pri prevoze LSPP a LSPR sa realizuje len za skutočný počet prejazdených kilometrov s lekárom (za nevyťažené vozidlo poistovňa úhradu nerealizuje).

4. Jednoduchá zdravotná starostlivosť ambulantná (JZS), Výkony hradené osobitným spôsobom v ústavnej zdravotnej starostlivosti (OHV).

Kód výkonu	Názov výkonu	odbornosť	JZS OHV cena výkonu v €	podmienky schvaľovania
8501A	operácia prietrží bez použitia sieťky	010	440	
8501B	operácia jednoduchých prietrží s použitím sieťky	010	800	
8501C	laparoskopická operácia jednoduchých prietrží	010	700	
8502	transrektálna polypektómia	010	525	
8506	artroskopická operácia subakromiálneho impingement syndrómu	011	600	
8507	operácia poúrazovej paraatikulárnej burzitídy vo všetkých lokalizáciách	011	600	
8508	operačná mobilizácia kontraktúry stuhnutého kľbu	011	600	
8509	operačná dynamizácia vnútrodreňových kĺncov	011	440	
8510	operačná repozícia jednoduchých zlomenín v celkovej anestéze	011	440	
8511	operačné riešenie pollex saltans	011	440	
8512	operačné riešenie fractúra metacarpi	011	500	
8513	operačné riešenie epicondylitis radialis	011	400	
8514	operačné riešenie epicondylitis ulnaris	011	400	
8516	operačné riešenie fractúra capitis radii	011	500	
8517	operačné riešenie synovitis cubiti	011	420	
8518	operačné riešenie luxatio acromioclavicularis	011	600	
8519	operačné riešenie fractura clavicularae	011	600	
8520	operačné riešenie abruptio tuberculi majoris et minoris humeri	011	600	
8521	operačné riešenie decompressio subacromialis	011	600	
8522	operačné riešenie instabilitas glanohumeralis	011	600	
8523	operačné riešenie ruptúry rotátorovej manžety	011	600	
8524	operačné riešenie SLAP - lezia (poškodenie labrum glenoidale)	011	600	

8525	operačné riešenie hallux valgus bez použitia SZM	011	600	
8527	operačné riešenie digitus hammatous	011	500	
8528	operačné riešenie digitus malleus	011	500	
8529	operačné riešenie digitus supraductus	011	500	
8530	operačné riešenie metatarsus I. varus	011	500	
8531	operačné riešenie morbus Laderhose	011	500	
8532	operačné riešenie neuralgie Mortoní	011	500	
8533	artroskopické výkony v lakťovom zhybe	011	1 100	
8534	artroskopické výkony v ramennom zhybe bez použitia vstrebateľného fixačného materiálu	011	1 200	
8534A	artroskopické výkony v ramennom zhybe s použitím vstrebateľného fixačného materiálu	011	1400	
8535	artroskopické výkony v kolennom zhybe bez použitia vstrebateľného fixačného materiálu	011	1 200	
8535A	artroskopické výkony v kolennom zhybe s použitím vstrebateľného fixačného materiálu	011	1400	
8536	artroskopické výkony v členkovom zhybe	011	1 200	
8537	operačná extrakcia osteosyntetického materiálu a vonkajších fixátorov v anestézii	010, 011	440	
8538	exstirpácia sakrálneho dermoidu	010	440	
8539	operácia varixov dolných končatín	010	440	
8540	operácia análnych fistúl a/alebo fisúr	010	440	
8542	operácia ruptúry Achilovej šľachy	011	600	
8546	discízia ligamentum carpi transversum s epineurolyzou nervus medianus	011	400	
8547	exstirpácia a excízia benigných a maligných nádorov kože, podkožia a svalů	010, 011	120	
8548	tenolýza šľachy	011	400	
8549	sutúra šľachy	011	500	
8550	voľný šľachový transplantát	011	440	
8551	transpozícia šľachy	011	400	
8552	operácia malých kĺbov ruky - artrolýza	011	400	
8553	operácia malých kĺbov ruky - artrodéza	011	400	
8564	laparoskopická cholecystektómia	010	700	
8565	operácia hemoroidov	010	600	
8566	odstránenie hemoroidov elastickou ligatúrou	010	110	
8567	vytvorenie alebo rekonštrukcia arteriovenózneho fistuly pri chronickej liečbe hemodialýzou	010	600	
8570	transpozícia nervus ulnaris	011	297	
8571	exstirpácia lymfatických uzlín	010, 009	250	
8572	exstirpácia nehmateľného benigného nádoru prsnej žľazy verifikovaného zobrazovacou metódou	009, 010	400	
8573	exstirpácia gangliómu	010, 011	100	
8575	amputácia prsta pre gangrénu	010	250	
8576	laparoskopické výkony diagnostické	010, 009	500	
8577	laparoskopická apendektómia	010	700	
8578	artroskopické výkony v zápästí	011	1 280	

8582	operácia Dupuytrenovej kontraktúry - punkčná fasciektómia	011	420	
8583	operácia Dupuytrenovej kontraktúry - parciálna fasciektómia	011	450	
8584	operácia Dupuytrenovej kontraktúry - totálna fasciektómia	011	500	
8585	discízia ligamentum carpi transversum bez epineurolyzy nervus medianus	011	400	
8586	endoskopické vyšetrenie v celkovej anestézii	010	300	
8587	zrušenie arteriovenózneho fistuly	010	260	
8588	nekrektómie	010	150	
8611	konizácia cervixu	009	440	
8612	excízia vulvy - len ako terapeutický zákrok v CA	009	440	
8613	exstirpácia cyst glandule vestibulans - Bartolinskej žľazy	009	400	
8614	kordocentéza	009	300	
8615	amniotinfúzia	009	300	
8619	resekcia vaginálneho septa	009	350	
8620	hysteroskopia (+ prípadná resekcia uterinného septa)	009	500	
8623	sterilizácia ženy zo zdravotných dôvodov	009	360	výkon mus byť schválený PL GA pred poskytnutím zdravotnej starostlivosti
8624	laparoscopia s adheziolýzou (rozrušenie zrástov)	009	500	
8625	salpingostómia - laparoskopicky	009	500	
8626	salpingektómia - laparoskopicky	009	500	
8627	ovariálna cystektómia - laparoskopicky	009	500	
8628	oophorektómia - laparoskopicky	009	500	
8629	ablácia endometriotických ložísk - laparoskopicky	009	550	
8630	kolpoperineoplastika (zadná pošvová plastika bez použitia siete)	009	450	
8631	uretrálna suspenzia (s použitím suburetrálnej pásky) na liečbu stresovej inkontinencie alebo pri vezikorenálnom refluxe	009	500	
8631A	uretrálna suspenzia (s použitím suburetrálne plniacej substance) po zlyhaní predchádzajúcej chirurgickej liečby inkontinencie moču	009, 012	900	
8634	kyretáž vrátane dilatácie	009	383	
8635	amniocentéza - pod USG kontrolou	009	145	
8640	ablácia cervikálneho polypu	009	308	
8641	adnexektómia - laparoskopicky	009	500	
8642	myomektómia - laparoskopicky	009	500	
8643	predná pošvová plastika	009	450	
8648	prerušenie tehotenstva zo zdravotných dôvodov	009	339	
8660A	hysteroskopia v kombinácii s inými výkonmi v odbornosti	009	700	
8662A	laparoscopia v kombinácii s inými výkonmi v odbornosti	009	700	
8800	endoskopická adenotómia	014	470	
8801	tonziliektómia	014	522	
8802	tonzilotómia	014	345	
8803	uvulopalatoplastika	014	375	

8804	plastika oroantrálnej komunikácie	014	355
8805	extrakcia kameňa submandibulárnej žľazy	014	315
8806	exstirpácia sublingválnej slinnej žľazy	014	335
8807	exstirpácia submandibulárnej slinnej žľazy	014	335
8808	Parciálna exstirpácia malého tumoru priušnej žľazy	014	385
8809	endoskopická chordektómia	014	295
8810	endoskopická laterofixácia	014	345
8815	turbinoplastika	014	478
8819	operácia stenózy zvukovodu okrem atrézie	014	365
8820	myringoplastika	014	650
8821	tympanoplastika bez protézy	014	650
8823	stapedoplastika	014	800
8824	sanačná operácia stredného ucha	014	515
8825	adenotómia	014	245
8826	mikrochirurgické výkony na hrtane	014	500
8827	septoplastika - operácia nosovej priehradky (podmienkou je zdravotná indikácia výkonu)	014	380
8829	plastika nosovej chlopne	014	395
8830	funkčná endoskopická sinusová chirurgia (FESS)	014	800
8831	operácia prínosovej dutiny vonkajším prístupom	014	475
8834	frenulotómia	014	198
8835	transpozícia vývodu submandibulárnej slinnej žľazy pri sialolitíaze a stenóze vývodu	014	380
8836	diagnostická mikroendoskopia hrtana	014	305
8838	diagnostická excizia z tumoru nosohltana	014	330
8840	korekcia nosového krídla vložení chrupkového transplantátu, auto- alebo alotransplantátu	014	520
8841	endoskopická operácia prínosových dutín	014	700
8842	dakryocystorinostómia	014	490
8843	dekompresia orbity	014	454
8844	rekonštrukcia dna orbity pri blow-out fraktúre	014	468
8846	operácia povrchového tumoru tváre a krku	014	95
8849	funkčná septorinoplastika	014	339
8850	endoskopická adenotómia + tonzilektómia	014	720
8851	endoskopická adenotómia + tonzilotómia	014	646
8854	turbinoplastika + funkčná endoskopická sinusová chirurgia (FEES)	014	850
8855	turbinoplastika + septoplastika	014	668
8856	turbinoplastika + rekonštrukcia perforácie septa nosa	014	750
8857	septoplastika + funkčná endoskopická sinusová chirurgia (FEES)	014	900
8858	operácia stenózy zvukovodu (plastika zvukovodu) + tympanoplastika	014	1 044

8859	rekonštrukcia perforácie nosového septa	014	430	
8900	orchiektómia pri atrofickom semenníku	012	440	
8901	orchiektómia pre karcinóm prostaty	012	440	
8902	resekcia kondylomat na penise	012	295	
8903	Orchiopexia retinovaného hmatného semenníka (nie pri kryptorchizme)	012	440	
8905	zavedenie a/alebo odstránenie ureterálnej endoprotézy	012	400	
8909	operácia fimózy - cirkumcizia zo zdravotných dôvodov	012	345	
8910	divulzia uretry pri stenóze ženskej uretry	012	255	
8911	plastika venkokély	012	440	
8912	resekcia spermatokeley alebo cysty nadsemníka	012	440	
8914	operácia jednoduchých hydrokel u mužov	012	440	
8915	frenuloplastika pre frenulum breve penis	012	255	
8916	stenizácia u muža so zdravotných dôvodov	012	335	Výkon musí byť schválený RL GR pred poskytnutím zdravotnej starostlivosti
8917	resekcia karunkuly uretry	012	250	
8918	exstirpácia kožných nádorov na vonkajších genitáliách	012	176	
8919	sutúra kožnej rany v oblasti vonkajších genitálií	012	135	
8920	optická uretrotómia krátkej striktúry	012	300	
8921	biopsia prostaty	012	248	
8922	biopsia glans penis	012	138	
8926	ureteroskopia	012	330	
8927	ureteroskopická litotripsia a extrakcia konkrémentu pri jednoduchých ureterolitíaze	012	400	
8928	dilatácia striktúry uretry	012	154	
8929	operačná repozícia parafimózy	010, 012	250	
9202	resekcia alebo iná operácia dolnej nosovej mušle	014	315	
9204	korekcia nosa a nosového septa pri rozštepe podnebia	014	315	
9205	korekcia nosných dierok zo zdravotných dôvodov	014	345	
9205A	korekcia nosových dierok zo zdravotných dôvodov u detí do 18 rokov vrátane	014	430	
9254	operácia venter pendulum zo zdravotných dôvodov	010	255	Výkon musí byť schválený RL GR pred poskytnutím zdravotnej starostlivosti, súčasťou žiadosti je aj fotodokumentácia
9255	operácia diastázy priamych brušných svalov	010	395	
9302	nekrektómia s anestézou u detí	010	300	
9303	drenáž povrchového abscesu s anestézou u detí	010	300	
9306	operačné odstránenie zarastajúceho nechta u detí (resekcia a plastika nechťového lôžka) po predchádzajúcej neúspešnej ambulantnej liečby	010	300	
9310	exstirpácia a/alebo biopsia lymfatických uzlín z jednej lokality u detí	010	350	
9713	rekonštrukcia nosového krídla	014	449	

8664	rekonštrukčná operácia defektu panvového dna s použitím sietečky	009	450	
8821A	tympaanoplastika s protézou	014	860	
8833	aurikuloplastika zo zdravotných dôvodov	014	252	Výkon musí byť schválený RL GR pred poskytnutím zdravotnej starostlivosti, súčasťou žiadosti je aj fotodokumentácia
8924	diagnostická cystoskopia (biopsia močového mechúra)	012	160	
9300	diagnostická biopsia kože, podkožia a svalov v celkovej anestéze u detí	010, 011	150	

Jednoduchá zdravotná starostlivosť – zdravotná starostlivosť poskytovaná formou ambulantnej starostlivosti osobe, ktorej zdravotný stav vyžaduje pobyt na lôžku kratší ako 24h.

Výkony JZS sa vykazujú ako ambulantné výkony v dátovom rozhraní pre ambulantnú starostlivosť typ ZS 222, v ambulancii s platným kódom JZS. Súčasťou úhrady výkonu JZS je použitie zdravotníckych pomôcok (ďalej len „SZM“), ak nie je v zmluve uvedené inak, pričom pri výkonoch JZS, ktorých súčasťou je úhrada SZM, poskytovateľ vykáže ako pripočítateľnú položku kód použitého SZM podľa kategorizačného zoznamu MZ SR (uvedeného na webovej stránke MZSR) s nulovou cenou.

Osobitne hradené výkony – zdravotná starostlivosť poskytovaná formou ústavnej starostlivosti osobe, ktorej zdravotný stav vyžaduje poskytnutie kontinuálnej zdravotnej starostlivosti na lôžku v trvaní viac ako 24 hodín do 72 hodín vrátane a zároveň sa na poskytnutý výkon vzťahuje aspoň jedna z kontraindikácií v zmysle platnej legislatívy pre jednoduchú zdravotnú starostlivosť.

Výkony OHV sa vykazujú ako pripočítateľná položka v dátovom rozhraní pre ústavnú starostlivosť v zmluvne dohodnutej cene k ukončenej hospitalizácii, ktorá je akceptovaná s nulovou cenou.

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, ak nie je v zmluve uvedené inak,
- následné zabezpečenie potrebnej zdravotnej starostlivosti anestéziológom 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,
- radu a poučenia pacienta pred jeho prepustením do domácej starostlivosti,
- iné náklady súvisiace s poskytnutím osobitných výkonov.

K osobitne hradeným výkonom sa neuhrádzajú SZM nad rámec výkonu, pokiaľ v zmluve nie je uvedené inak, pričom pri výkonoch OHV, ktorých súčasťou je úhrada SZM, poskytovateľ vykáže ako pripočítateľnú položku kód použitého SZM podľa kategorizačného zoznamu MZ SR (uvedeného na webovej stránke MZSR) s nulovou cenou.

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

- hospitalizáciu dlhšiu ako 72 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.

Kombinované výkony - poskytovateľ môže vykazovať len zmluvne dohodnuté kombinované výkony JZS alebo OHV. Výkony JZS alebo OHV sa spravidla vykazujú samostatne, ak nie je v zmluve uvedené inak.

Ku kódom nižšie uvedených výkonov poisťovňa uhradí poskytovateľovi cenu vo výške skutočných nadobúdacích nákladov SZM, maximálne však vo výške úhrady kategorizovaného a nekategorizovaného SZM so stanovenou maximálnou tzv. pripočítateľnou položkou (ďalej len „pripočítateľná položka“), ktorá je zverejnená na webovej stránke poisťovne, v súlade s indikačnými kritériami:

- ku kódu výkonu č. 8631 v odbore gynekológia a urológia sa hradí ako pripočítateľná položka suburetrálna páska na liečbu stresovej inkontinencie,
- ku kódu výkonu 8501B v odbore chirurgia sa hradí ako pripočítateľná položka kategorizovaný SZM - Sieťka antiadhezívna - veľkosť nad 12 cm, z podskupiny XH1.2,
- ku kódu výkonu 8664 v odbore gynekológia sa hradí ako pripočítateľná položka kategorizovaný SZM – Implantáty gynekologické z podskupiny XJ1,

5. Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky (SVLZ)

SVLZ – laboratórne:

Kód odbornosti	Špecializačný odbor	Cena bodu v €
024	Klinická biochémia – nepretržitá prevádzka	0,006141
029	Patologická anatómia	0,005992
029	Patologická anatómia č. výkonu 9980 / 1000 bodov	0,006639
031	Hematológia a transfúziológia – nepretržitá prevádzka	0,006639
034	Klinická mikrobiológia – prevádzka do 24 hod.	0,005975

SVLZ – zobrazovacie:

Špecializačný odbor	cena bodu v €
Rádiológia odb. 023 – typ ZS 400	0,007303
CT – počítačová tomografia – typ ZS 420 – Kaster 1	0,004555

SVLZ – ostatné:

Kód odb.	Špecializačný odbor	Cena bodu v €
027	výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ) z častí FYZIATRIA, BALNEOTERAPIA A LIEČEBNÁ REHABILITÁCIA s kódmi č.: 509a, 512, 513, 514a, 516, 518, 522, 523a, 530, 531, 532, 533a, 540, 541, 542;	0,011618
027	výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ okrem vybraných výkonov) z častí FYZIATRIA, BALNEOTERAPIA A LIEČEBNÁ REHABILITÁCIA	0,007303
	Ostatné výkony SVLZ (zobrazovacie diagnostické metódy – typ ZS 400), okrem SVLZ – laboratórne, SVLZ – zobrazovacie a SVLZ – FBLR	0,006971

Pokiaľ poskytovateľ použije pri poskytovaní SVLZ výkonov v rádiológii, CT a MR diagnostike špeciálny zdravotnícky materiál (ďalej len „SZM“) uvedený v Zozname kategorizovaných špeciálnych zdravotníckych materiálov (ďalej len „Zoznam kategorizovaných SZM“) alebo nekategorizovaný SZM, poisťovňa uhradí poskytovateľovi cenu vo výške skutočných nadobúdacích nákladov SZM, maximálne však vo výške uvedenej v tabuľke „Maximálne ceny úhrady pripočítateľných RD kódov, stentov a stentgraftov v rádiológii“. V cene RD kódu je zahrnutý všetok použitý SZM. Poskytovateľ okrem RD kódu, kódu stentu/stentgraftu s cenou použitého SZM, vykáže aj kódy použitého SZM podľa Zoznamu kategorizovaných SZM ako pripočítateľnú položku s nulovou cenou.

Maximálne ceny pripočítateľných položiek k výkonom SVLZ :

a) Maximálne ceny pripočítateľných RD kódov v rádiológii:

Kód výkonu	Počet bodov za výkon	Názov výkonu	Kód RD	Max. cena kódu RD v €	Kód stentu/stentgraftu	Max. cena stentov/stentgraftov v €/ks
I. Rádiologická diagnostika						
1. Vnútroreorgány						
5075	5 700	Irigrafické vyšetrenie dvojkontrastné	RD002	11,62		
5090	3 000	Kontrastné vyšetrenie maternice alebo vajcovodov (hysterosalpingografia) vrátane skioskopie	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		
2. 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		

b) Maximálne ceny pripočítateľných položiek - filmov a PACS archivácie pri výkonoch v rádiológii (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 snímkov a kódové označenie použitých snímkov, 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.

B. Ústavná zdravotná starostlivosť

Cena za ukončenú hospitalizáciu (UH):

Odbornosť oddelenia	Názov oddelenia	Cena za UH v €
001	Interné	610,00
007	Pediatrica	518,00
009	Gynekológia a pôrodnictvo	548,00
010	Chirurgia	670,00
011	Ortopédia	870,00
025	OAIM	2737,00
027	FBRL	510,00
051	Neonatológia	419,00
196	JIS interná	610,00

Priplatok k ukončenej hospitalizácii:

Odbornosť oddelenia	Názov oddelenia	Cena v €
025	OAIM	2 000,00

Na OAIM sa k cene ukončenej hospitalizácie hradí príplatok za súčasného splnenia nasledovných podmienok:

- dĺžka hospitalizácie bola v trvaní 7 dní a viac,
- zdravotný stav poistenca vyžadoval kontinuálnu podporu základných životných funkcií prístrojom.

Ceny diagnosticko-terapeutických výkonov:

kód	Názov výkonu	Cena za výkon	Odbornosť
H5560	Ukončená hospitalizácia za účelom: a) pozorovania zdravotného stavu, alebo b) jednorazového podania liekov, alebo c) vykonania plánovaného diagnostického vyšetrenia Podmienkou uhrady je kontinuálne poskytované zdravotné starostlivosti viac ako 24 hodín a maximálne do 72 hodín	390 €	Všetky odbornosti
Poskytovateľ vykazuje výkon, v dátovom rozhraní pre ústavnu starostlivosť s dĺžkou 274h ako ošetrovateľnú pomocu, príslušné ceny k ukončenej hospitalizácii s rovnakou cenou			

Maximálne ceny výkonov v ústavnej starostlivosti (baličkové ceny TEP)

Kód výkonu	Názov výkonu	Cena za výkon všeob. nemocnice
130101	Implantácia cementovanej TEP bedra, cena zahŕňa náklady na použité ŠZM, hospitalizáciu na oddelení, na ktorom bola implantovaná TEP, prípadne hospitalizáciu na jednotke intenzívnej starostlivosti bezprostredne súvisiacu s implantáciou TEP	1 925 €
130103	Implantácia necementovanej TEP bedra, cena zahŕňa náklady na použité ŠZM - TEP, hospitalizáciu na oddelení, na ktorom bola implantovaná TEP, prípadne hospitalizáciu na jednotke intenzívnej starostlivosti bezprostredne súvisiacu s implantáciou TEP	3 625 €
130102	Implantácia hybridnej TEP bedra, cena zahŕňa náklady na použité ŠZM - TEP, hospitalizáciu na oddelení, na ktorom bola implantovaná TEP, prípadne hospitalizáciu na jednotke intenzívnej starostlivosti bezprostredne súvisiacu s implantáciou TEP	2 725 €
130109	Implantácia cementovanej TEP kolena, cena zahŕňa náklady na použité ŠZM - TEP, hospitalizáciu na oddelení, na ktorom bola implantovaná TEP, prípadne hospitalizáciu na jednotke intenzívnej starostlivosti bezprostredne súvisiacu s implantáciou TEP	3 275 €
130111	Implantácia necementovanej TEP kolena, cena zahŕňa náklady na použité ŠZM - TEP, hospitalizáciu na oddelení, na ktorom bola implantovaná TEP, prípadne hospitalizáciu na jednotke intenzívnej starostlivosti bezprostredne súvisiacu s implantáciou TEP	4 525 €
130110	Implantácia hybridnej TEP kolena, cena zahŕňa náklady na použité ŠZM - TEP, hospitalizáciu na oddelení, na ktorom bola implantovaná TEP, prípadne hospitalizáciu na jednotke intenzívnej starostlivosti bezprostredne súvisiacu s implantáciou TEP	3 575 €

Cena UH JIS

Cena UH JIS je zahrnutá v cene za ukončenú hospitalizáciu príslušného oddelenia, pokiaľ v zmluve nie je uvedené inak.

Poistovňa uhradí ukončenú hospitalizáciu príslušnej odbornosti nasledovne:

- v prípade prekladu z oddelenia na JIS príslušnej odbornosti, na ktorej je ukončené poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti, akceptuje hospitalizáciu na oddelení s nulovou cenou a hospitalizáciu na JIS uhradí zmluvne dohodnutou cenou,
- v prípade prekladu z JIS na oddelenie príslušnej odbornosti, na ktorom je ukončené poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti, akceptuje hospitalizáciu na JIS s nulovou cenou a hospitalizáciu na oddelení príslušnej odbornosti uhradí zmluvne dohodnutou cenou,
- v prípade hospitalizácie len na JIS, uhradí poisťovňa ukončenú hospitalizáciu zmluvne dohodnutou cenou.

Priplatok k cene UH

Priplatok k cene UH (ďalej len „BON“) sa uhrádza ako pripočítateľná položka vo vybraných chirurgických odboroch vrátane príslušných kódov odbornosti JIS (kódy vybraných chirurgických odborov: 009, 010, 011) pri ukončenej hospitalizácii vo výške max. 400 € k cene UH základného oddelenia za súčasného splnenia nasledovných podmienok:

- 1) dĺžka hospitalizácie vrátane JIS bola v trvaní **viac ako 72 hodín**,
- 2) pri operačnom výkone bola podaná celková alebo regionálna anestézia za účasti anestéziologického tímu, uvedená v platnom Metodickom usmernení ÚDZS pod kódom ANST₁₂, ANST₁₃, ANST₀₁, ANST₀₂ a ANST₀₃. Poskytovateľ podané anestézie vykáže s nulovou cenou ako pripočítateľnú položku k cene UH,
- 3) ukončená hospitalizácia bola vykázaná v dávke 274n platného dátového rozhrania podľa Metodického usmernenia ÚDZS, ktorá je v uvedených vybraných položkách vyplnená nasledovne:
 - v položke 21 - TYP VÝKONU – uvádza sa znak „O“ (operačný) alebo „K“ (kombinácia výkonu operačného a intervenčnej rádiológie),
 - v položke 22 - KÓD OPERAČNÉHO VÝKONU – uvádza sa kód operačného výkonu podľa zoznamu výkonov dodaných poisťovňou v elektronickej forme (ZZV_VsZP_1). Kód operačného výkonu sa zadáva v tvare bez použitia bodky,
- 4) pripočítateľná položka BON bola vykázaná v samostatnom riadku za vetou, kde bola vykázaná ukončená hospitalizácia v dávke 274n platného dátového rozhrania podľa Metodického usmernenia ÚDZS, ktorá je v uvedených vybraných položkách vyplnená nasledovne:
 - v položke 6 - DEŇ NÁSTUPU – uvedie sa deň ukončenia hospitalizácie,
 - v položke 11 - PRIPOČÍTATEĽNÉ POLOŽKY - uvedie sa znak BON,
 - v položke 12 - MNOŽSTVO – uvedie sa znak 1,
 - v položke 13 - CENA - uvedie sa cena max. 400 €,
 - v položke 25 - TYP HOSPITALIZÁCIE – uvedie sa znak „Z“ (vykázaná pripočítateľná položka),
 - v položke 26 - DÁTUM Z ČAKACEJ LISTINY – uvedie sa skutočný dátum operačného výkonu (nepovinná položka).
- 5) pripočítateľná položka BON sa vykazuje a hradí až pri ukončenej hospitalizácii,
- 6) pripočítateľná položka BON sa neuhrádza pri operačných výkonoch resp. zákrokoch, ktoré sú súčasťou výkonov jednotňovej zdravotnej starostlivosti uvedené v Odbornom usmernení MZ SR č. 42 o výkonoch JZS zo dňa 18.08.2009, číslo 12225/2009-OZS, uverejneného vo Vestníku MZ SR dňa 31. augusta 2009, Čiastka 33-39, Ročník 57.

Pripočítateľná položka BON sa neuhrádza pri operačných výkonoch, ktoré sú zazmluvnené ako osobitne hradené výkony.

Pripočítateľná položka BON sa neuhrádza pri operačných výkonoch hradených ako výkony uhrádzané v ústavnej zdravotnej starostlivosti (balíčkové ceny TEP).

Cena za ukončenú hospitalizáciu, ošetrovací deň v ústavnej zdravotnej starostlivosti

1. Podmienky akceptácie a úhrady ústavnej zdravotnej starostlivosti.

1. UZS je poskytovaná poisťencovi, 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 a odôvodnenia prijatia do UZS.
2. Poisťovňa uhradí za hospitalizáciu dlhšiu ako 24 hodín cenu za ukončenú hospitalizáciu alebo cenu za ošetrovaní deň, to neplatí v prípade výkonov hradených osobitným spôsobom. Cena za ukončenú hospitalizáciu sa uhrádza za oddelenie, na ktorom bola poisťencovi 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 poisteneц prijatý na lôžkové oddelenie na poskytovanie UZS, hospitalizácia však nebola dlhšia ako 24 hodín, je poskytovateľ oprávnený vykázať poisťovni všetky výkony, ktoré boli poskytnuté poisťencovi 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 vykazať poisťovni hospitalizáciu a pripočítateľné položky, ktoré boli poskytnuté poistencovi počas poskytovania ústavnej zdravotnej starostlivosti v dávke ústavnej starostlivosti. V tomto prípade má poskytovateľ nárok na úhradu 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 vykazať 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 a poskytnutej zdravotnej starostlivosti. Hospitalizácia bude považovaná za odôvodnenú, ak zdravotný stav poistenca vyžadoval nepretržitú intenzívnu starostlivosť najvyššieho alebo vyššieho stupňa pri zlyhaní alebo zlyhavaní jednej alebo viacerých životných funkcií a orgánových systémov, podporu jednej alebo viacerých základných životných funkcií počas najmenej 24 hodín hospitalizácie na oddelení, nepretržité neinvazívne, ev. invazívne monitorovanie všetkých životných funkcií, vrátane záznamu, opakované sledovanie rozšírených hematologických a biochemických parametrov, opakované intervencie pre poruchu funkcie orgánových systémov alebo vnútorného prostredia. Za prístrojové udržiavanie životných funkcií sa nepovažuje krátkodobá umelá pľúčna ventilácia poistencov po anestézii. Pri posudzovaní odôvodnenosti hospitalizácie poistenca bude poskytovať ako pomocné kritérium uplatňovať TISS skórovací systém (Therapeutic Intervention Scoring System). Hospitalizácia na oddelení pediatrickej intenzívnej starostlivosti bude považovaná za odôvodnenú, ak zdravotný stav poistenca vyžadoval nepretržitú intenzívnu starostlivosť stredného alebo vyššieho stupňa pri poruche jednej alebo viacerých životných funkcií a orgánových systémov počas najmenej 24 hodín hospitalizácie na oddelení, nepretržité monitorovanie najmenej dvoch životných funkcií, vnútrožilovú infúziu, alebo nepretržité sledovanie zdravotného stavu poistenca, bilanciu príjmu a výdaja tekutín, vrátane moduly, diurézy, indikované laboratórne sledovanie základných hematologických a biochemických parametrov, najmenej 1x denne a vedenie osobitnej dokumentácie (dokumentácia musí obsahovať o somné odôvodnenie indikácie intenzívnej starostlivosti lekárom, ktorý žiada prijatie na oddelenie pediatrickej intenzívnej starostlivosti). Pri posudzovaní odôvodnenosti hospitalizácie poistenca bude poskytovať ako pomocné kritérium uplatňovať TISS skórovací systém (Therapeutic Intervention Scoring System).
8. 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 vykazať v dávke ambulantnej starostlivosti rovnakej odbornosti poskytnutie výkonu s kódom 60a.
9. Poskytovateľ môže prijať na geriatrické oddelenie poistenca, ktorý v čase začatia hospitalizácie dovŕšil 65-ty rok života. Na oddelenie dlhodobých chorých alebo do liečebne dlhodobých chorých možno prijať poistenca, ktorého zdravotný stav predpokladá trvanie hospitalizácie dlhšie ako 21 kalendárnych dní.
10. Hospitalizácia na oddeleniach cievnej chirurgie bude poisťovňou posudzovaná ako odôvodnená a bude uhrádzaná vtedy, ak u poistenca bude vykonaný operačný výkon na magistrálnych 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.
11. 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 lekársky predpis.
12. Na oddeleniach paliatívnej starostlivosti, jednotkách paliatívnej medicíny a hospicioch je poskytovaná paliatívna starostlivosť poistencom s chronickou nevyliciteľnou, pokročilou a aktívne progredujúcou chorobou s časovo obmedzeným prežívaním a terminálna starostlivosť zomierajúcim poistencom.
13. Vysokošpecializované ústavy môžu prijímať poistencov len s ochoreniami, na ktoré je ústav špecializovaný.
14. 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.
15. Opakovaná hospitalizácia na rovnakom oddelení počas jedného súvislého poskytovania UZS 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 akceptovaná a uhradená.
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 nespĺňa 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 a výkonov špecializovanej ambulantnej starostlivosti, ktoré nesúvisia s ochorením resp. dg. hospitalizovaného pacienta.
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. Poisťovňa podľa § 1 vyhlášky MZ SR č. 412/2009 Z. z., ktorou sa ustanovujú podrobnosti o zozname poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti, v znení neskorších predpisov (ďalej len „vyhláška“) vedie pre poskytovateľa zoznam poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej

- zdravotnej starostlivosti (ďalej len „zoznam“) osobitne podľa súpisu vybraných chorôb a s nimi súvisiacich zdravotných výkonov.
21. Poskytovateľ pri vykonávaní výkonov plánovanej zdravotnej starostlivosti dodržiava poradie poistencov v zozname, ktorý je oznamovaný poskytovateľovi poisťovní.
 22. Ak poskytovateľ pri vykonávaní výkonov plánovanej zdravotnej starostlivosti poskytol výkon poistencovi nezaraďenému do zoznamu alebo nedodržiaval poradie poistencov v zozname, poisťovňa poskytovateľovi uhradí maximálne 25% z ceny ukončenej hospitalizácie na príslušnom oddelení prípadne z maximálnej úhrady výkonov uhrádzaných v ústavnej zdravotnej starostlivosti („balíčkové ceny TEP“).
 23. Ustanovenie bodu 22 tohto článku sa neuplatní ak sa jedná o neodkladnú zdravotnú starostlivosť podľa § 2 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. alebo ak bolo uprednostnenie v zozname vopred odsúhlasené poisťovní.
 24. Pokiaľ poskytovateľ použije pri poskytovaní ústavnej zdravotnej starostlivosti ŠZM uvedený v Zozname kategorizovaných špeciálnych zdravotníckych materiálov (ďalej len „Zoznam kategorizovaných ŠZM“) alebo nekategorizovaný ŠZM, poisťovňa uhradí poskytovateľovi cenu vo výške skutočných nadobúdacích nákladov ŠZM, maximálne však vo výške úhrady kategorizovaného a nekategorizovaného ŠZM so stanovenou maximálnou tzv. pripočítateľnou položkou (ďalej len „pripočítateľná položka“) osobitne uhrádzanou v ústavnej starostlivosti, ktorý je zverejnený na webovej stránke poisťovne, v súlade s indikačnými kritériami. Pokiaľ maximálna cena ŠZM nie je uvedená v zmluve, uhradí poisťovňa maximálnu cenu uvedenú v Zozname kategorizovaných ŠZM. Rozdiel medzi cenou, za ktorú poskytovateľ ŠZM obstaral a cenou, ktorú poisťovňa uhradila, je v cene výkonu alebo v cene ukončenej hospitalizácie.
 25. Poskytovateľ vykazuje kategorizovaný ŠZM s kódom uvedeným v Zozname kategorizovaných ŠZM pod názvom „kód MZ SR“ a nekategorizovaný ŠZM s kódom uvedeným v zmluve. Ak je v zmluve uvedená skratka R alebo RR alebo v Zozname kategorizovaného ŠZM uvedená podmienka súhlasu poisťovne, poskytovateľ vyplní a zašle poisťovni na schválenie žiadosť uverejnenú na webovej stránke poisťovne pod názvom „Žiadosť o úhradu špeciálneho zdravotníckeho materiálu.“
 26. Pripustky 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 pripustke, sú zdravotníckemu zariadeniu uhrádzané v dĺžke najviac 3 dni vo výške 30% ceny ošetrovacieho dňa, pričom celkový stanovený zmluvný rozsah výkonov sa musí dodržať.
 27. Po ukončení hospitalizácie je poskytovateľ povinný vyhotoviť prepúšťacu 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
 28. 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, zariadenia poistencov do klinického výskumu.
 29. Zabezpečovanie, schvaľovanie a vykazovanie osobitne uhrádzaných ŠZM:
 - a. Zdravotnícke zariadenie je povinné použiť ekonomicky a kvalitatívne najvýhodnejší druh ŠZM a na požiadanie poisťovne dokladovať účelnosť a efektívnosť vynaloženia prostriedkov verejného zdravotného poistenia pri nákupe ŠZM.
 - b. Zmluvné zdravotnícke zariadenie pri plánovanom poskytnutí ŠZM, ktorého úhrada vyžaduje schválenie poskytnutia vopred, podá Žiadosť o schválenie poskytnutia a úhrady ŠZM (ďalej len „žiadosť“) v dvoch vyhotoveniach zmluvnej pobočke (schvaľovanie označené symbolom „R“) resp. Odboru zdravotnému a revíznemu generálneho riaditeľstva poisťovne (schvaľovanie ŠZM označené symbolom „RR“). Vzor žiadosti je uverejnený na internetovej stránke poisťovne.
 30. 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 Zoznamu kategorizovaných liekov. 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. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,

- kópia dokladu o nadobudnutí lieku (faktúra od dodávateľa),
 - kópie žiadaní z ústavnej lekáreň s vyznačením mena a rodného čísla poistenca.
31. Výkony finančne náročnej zdravotnej starostlivosti sú hrazené ako pripočítateľná položka k cene za ukončenú hospitalizáciu ak nie je v Zmluve uvedené inak.

II. Osobitné podmienky akceptácie a úhrady ústavnej zdravotnej starostlivosti – eHospik.

1. Poskytovateľ je povinný prostredníctvom ePobočky posilať poisťovní najmenej jedenkrát počas pracovného dňa údaje potrebné na vedenie zoznamu poistencov za účelom poskytnutia ústavnej zdravotnej starostlivosti (ďalej len: „hospitalizácia“) vrátane osobitne hrazených výkonov – OHV, diagnosticko – terapeutických výkonov, balíčkových TEP a vybraných operačných výkonov uhrádzaných v ústavnej starostlivosti (ďalej len: „výkony uhrádzané v ústavnej starostlivosti“), v štruktúre (dátovom rozhraní – dávka 901) určenej poisťovňou a zverejnenej na internetovej stránke poisťovne; to neplatí, ak poskytovateľ počas pracovného dňa neprijal na hospitalizáciu ani neukončil hospitalizáciu žiadneho pacienta
2. Poisťovňa je povinná vyjadriť sa k nahlaseným plánovaným hospitalizáciám poskytovateľa do dvoch týždňov od ich nahlasenia
3. Poisťovňa je povinná na požiadanie poskytnúť poskytovateľovi programové vybavenie programu eHospik. Poskytovateľ môže namiesto programu eHospik použiť vlastné programové vybavenie, ktoré vytvára dávku 901
4. Poskytovateľ, ktorý prijal pacienta na hospitalizáciu v dôsledku potreby poskytnúť mu neodkladnú zdravotnú starostlivosť, je povinný oznámiť túto skutočnosť poisťovní prostredníctvom dávky 901 najneskôr v pracovný deň bezprostredne nasledujúci po dni začatia hospitalizácie.
5. Poskytovateľ je povinný v zdravotnej dokumentácii pacienta vyznačiť dátum a hodinu začatia hospitalizácie, dátum a hodinu ukončenia hospitalizácie. Poskytovateľ je ďalej povinný oznámiť poisťovní prostredníctvom dávky 901 začatie aj ukončenie hospitalizácie pacienta.
6. Poskytovateľ prijme pacienta na hospitalizáciu na poskytovanie plánovanej zdravotnej starostlivosti počas dňa, ktorý poisťovňa určí v súhlase, alebo kedykoľvek po tomto dni; ak takýto deň poisťovňa v súhlase neurčila, tak najskôr v deň udelenia súhlasu. Poskytovateľ nesmie prijať pacienta na hospitalizáciu na poskytovanie plánovanej zdravotnej starostlivosti, ak mu poisťovňa neudelila súhlas na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti pacientovi alebo skôr, než v deň určený poisťovňou v súhlase. Poskytovateľ je povinný prijať pacienta na hospitalizáciu na poskytovanie plánovanej zdravotnej starostlivosti najneskôr do 3 mesiacov odo dňa určeného poisťovňou v súhlase.
7. Opakovaná hospitalizácia poistenca na rovnakom oddelení u poskytovateľa počas jedného súvislého poskytovania ústavnej starostlivosti sa považuje za jednu hospitalizáciu na príslušnom oddelení a poskytovateľovi patrí len jedna úhrada za ukončenú hospitalizáciu na príslušnom oddelení.
8. Za hospitalizáciu, ktorou poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť v rozpore s bodmi 1, 4, 5 alebo 6 tejto časti, poisťovňa poskytovateľovi uhradí 25% z ceny ukončenej hospitalizácie na príslušnom oddelení, alebo z ceny výkonov uhrádzaných v ústavnej starostlivosti.
9. Zasielaním údajov o hospitalizáciách alebo akceptovaním hospitalizácie v dávke 901 nie sú dotknuté ustanovenia uvedené v časti „Podmienky akceptácie a úhrady ústavnej zdravotnej starostlivosti“.

Maximálne ceny pripočítateľných položiek v ústavnej starostlivosti:

- a) **Maximálne úhrady kategorizovaného a nekategorizovaného ŠZM so stanovenou maximálnou tzv. pripočítateľnou položkou (ďalej len „pripočítateľná položka“) osobitne uhrádzaných v ústavnej starostlivosti.**

1. Úhrada pripočítateľných položiek - kategorizovaný ŠZM

Poisťovňa uhrádza poskytovateľovi ústavnej zdravotnej starostlivosti za ukončenú hospitalizáciu sumu, ktorej súčasťou je aj cena ŠZM ako pripočítateľná položka. VŠZP uhrádza celú cenu ŠZM, za ktorú ho poskytovateľ ústavnej zdravotnej starostlivosti obstaral. V prípade, že obstarávacia cena je vyššia ako stanovená maximálna pripočítateľná položka VŠZP uvedená v zozname, ktorý je zverejnený na webovej stránke poisťovne pod názvom „Zoznam kategorizovaného ŠZM so stanovenou maximálnou tzv. pripočítateľnou položkou“, rozdiel je súčasťou ceny za ukončenú hospitalizáciu. Uvedeným nie je dotknutý prípadný doplatok pacienta, ktorý môže byť maximálne do výšky uvedenej v aktuálnom zozname kategorizovaného ŠZM, vydávanom Ministerstvom zdravotníctva SR.

2. Úhrada pripočítateľných položiek - nekategorizovaný ŠZM

Poisťovňa uhrádza nekategorizovaný ŠZM do maximálnej výšky pripočítateľnej položky uvedenej v zozname, ktorý je zverejnený na webovej stránke poisťovne pod názvom „Zoznam nekategorizovaného ŠZM so stanovenou maximálnou pripočítateľnou položkou“ (ďalej len „Zoznam NŠZM“).

b) Ceny transfúzných liekov

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

c) Materské mlieko

Úhrada v cene 23,24 € za 1liter.