

**Čl. 1
Zmluvné strany**

1. Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.

so sídlom: Panónska cesta 2, 851 04 Bratislava - mestská časť Petržalka

zastúpená: Ing. Richard Strapko, predseda predstavenstva

MUDr. Beata Havelková, MPH podpredsedníčka predstavenstva

Ing. Ľubomír Kováčik, člen predstavenstva

IČO: 35937874

IČ DPH: SK2022027040

Zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel Sa, vložka číslo: 3602/B

Bankové spojenie: Štátna pokladnica

Číslo účtu: SK76 8180 0000 0070 0018 2387

(ďalej len „poisťovňa“)

2. Fakultná nemocnica Trenčín

so sídlom: Legionárska 28, 911 71 Trenčín

zastúpená: Ing. Tomáš Janík, riaditeľ

IČO: 00610470

ID poskytovateľa: P42383

bankové spojenie: Štátna pokladnica

číslo účtu: SK23 8180 0000 0070 0028 0438

SK67 8180 0000 0070 0059 4023 – verejná lekáreň

(ďalej len „poskytovateľ“)

uzatvárajú

tento dodatok k Zmluve č. 62NFAS000918 (ďalej len „zmluva“)

**Čl. 2
Predmet dodatku**

Na základe Čl. 8 bodu 8.8. zmluvy sa zmluvné strany dohodli na týchto zmenách zmluvy:

2.1. V zmluve sa doterajší bod 8.1. nahrádza nasledovným novým znením:

„8.1. Zmluva sa uzatvára na dobu určitú do 30.6.2022.“

2.2. V zmluve sa doterajší bod 8.2. nahrádza nasledovným novým znením:

„8.2. Prílohy č. 1, č. 2 a č. 5 k tejto zmluve sa uzatvárajú na dobu určitú do 31.3.2022. Zmluvné strany sa dohodli, že ak pred dňom uplynutia účinnosti príloh k tejto zmluve nedôjde medzi zmluvnými stranami k dohode o ich úprave na ďalšie obdobie, prvým kalendárnym dňom nasledujúcim po dni uplynutia účinnosti príloh k tejto zmluve začína medzi zmluvnými stranami prebiehať trojmesačné dohodovacie konanie, ktoré sa skončí najneskôr v deň podľa bodu 8.1.“

- 2.3. Zmluvné strany sa dohodli na novej prílohe č. 1 zmluvy – Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti, ktorá tvorí Prílohu č. 1 tohto dodatku. Nová Príloha č. 1 zmluvy je platná do 31.3.2022.
- 2.4. Platnosť Prílohy č. 2 zmluvy – Rozsah zdravotnej starostlivosti sa predlžuje do 31.3.2022.
- 2.5. V Prílohe č. 2 zmluvy – Rozsah zdravotnej starostlivosti sa dátum „31.12.2020“ nahrádza novým dátumom „31.3.2022“.
- 2.6. V Prílohe č. 2 zmluvy – Rozsah zdravotnej starostlivosti, časť III. ÚHRADA NAD „MAXIMÁLNY ROZSAH ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI“, sa pri zdravotnej starostlivosti hradenej prospektívnym rozpočtom doterajší bod 1. nahrádza nasledovným novým znením:
- „1. Ambulantná zdravotná starostlivosť – lieky (A, AS); individuálne pripočítateľné položky; preventívne zdravotné výkony a zdravotné výkony, ktoré sú súčasťou preventívnej prehliadky v špecializovanej ambulantnej starostlivosti; výkony s Dg. Q35-Q37 v odbore čelustná ortopédia poskytovaná poisťencom s rúžštepom pery a rúžštepom podnebia – podmienkou uznania výkonov je predloženie potvrdenia o evidencii poistenca v príslušnom špecializovanom pracovisku; expektačné lôžka; paušálna platba na urgentný príjem; zdravotné výkony poskytnuté na urgentnom prijme; výkony č. 4M04004 a 4M04007 ako súčasť skríningu rakoviny krčka maternice.“
- 2.7. Platnosť Prílohy č. 3 zmluvy – Kritériá na uzatváranie zmlúv sa predlžuje do 30.6.2022.
- 2.8. V Prílohe č. 3 zmluvy – Kritériá na uzatváranie zmlúv sa dátum „31.3.2021“ nahrádza novým dátumom „30.6.2022“.
- 2.9. Platnosť Prílohy č. 5 zmluvy – Prospektívny rozpočet sa predlžuje do 31.3.2022.
- 2.10. V Prílohe č. 5 zmluvy – Prospektívny rozpočet sa dátum „31.12.2020“ nahrádza novým dátumom „31.3.2022“.
- 2.11. V prílohe č. 5 zmluvy – Prospektívny rozpočet, časť I. Štruktúra prospektívneho rozpočtu, sa časť tabuľky Ambulantná zdravotná starostlivosť nahrádza nasledovným novým znením:

Štruktúra prospektívneho rozpočtu			
ZS hradená cez prospektívny rozpočet		ZS hradená mimo prospektívny rozpočet	
Ambulantná zdravotná starostlivosť			
200	Špecializovaná ambulantná starostlivosť		
210	Onkologická špecializovaná ambulantná starostlivosť		
222	Jednodňová zdravotná starostlivosť		
302	Ústavná pohotovostná služba	300	Ambulantná pohotovostná služba
604	Denné stacionáre pre dospelých a deti		
	Výnimky: lieky (A, AS), IPP, preventívne výkony, výkony s Dg. Q35-Q37, expektačné lôžka, paušálna platba pre urgentný príjem, zdravotné výkony poskytnuté na urgentnom prijme, výkony č. 4M04004 a 4M04007 ako súčasť skríningu rakoviny krčka maternice		

2.12. V Prílohe č. 5 zmluvy – Prospektívny rozpočet sa časť II. Výška prospektívneho rozpočtu nahrádza nasledovným znením:

„II. Výška prospektívneho rozpočtu

Zmluvné strany sa dohodli na výške prospektívneho rozpočtu na jeden kalendárny mesiac pre obdobie od 1.4.2021 do 30.4.2021 nasledovne:

Tabuľka platná pre obdobie od 1.4.2021 do 30.4.2021

Výška prospektívneho rozpočtu na jeden kalendárny mesiac (v EUR)	Skupiny typov zdravotnej starostlivosti	Rozpočet pre skupiny typov zdravotnej starostlivosti na jeden kalendárny mesiac (v EUR)
3 885 751	Ambulantná zdravotná starostlivosť	578 862
	Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky	853 619
	Ústavná zdravotná starostlivosť	2 453 270

Zmluvné strany sa dohodli na výške prospektívneho rozpočtu na jeden kalendárny mesiac pre obdobie od 1.5.2021 nasledovne:

Tabuľka platná pre obdobie od 1.5.2021

Výška prospektívneho rozpočtu na jeden kalendárny mesiac (v EUR)	Skupiny typov zdravotnej starostlivosti	Rozpočet pre skupiny typov zdravotnej starostlivosti na jeden kalendárny mesiac (v EUR)
3 357 752	Ambulantná zdravotná starostlivosť	500 206
	Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky	737 629
	Ústavná zdravotná starostlivosť	2 119 917

Zúčtovacím obdobím je jeden kalendárny mesiac.

Vo vzťahu k úhrade zdravotnej starostlivosti hradenej prostredníctvom prospektívneho rozpočtu sa postup podľa bodu 7.3. zmluvy nepoužije.“

2.13. V Prílohe č. 5 zmluvy – Prospektívny rozpočet, časť V. Termíny vyhodnocovania prospektívneho rozpočtu, sa doterajšia tabuľka dopĺňa nasledovne:

„12.	10/2020 – 03/2021	05/2021	07/2021
13.	01/2021 – 06/2021	08/2021	10/2021
14.	04/2021 – 09/2021	11/2021	01/2022“

- 2.14. Platnosť Prílohy č. 7 zmluvy – Kritéria na uzatváranie zmlúv pre odbor klinická biochémia, laboratórna medicína, klinická imunológia a alergológia a lekárska genetika sa predlžuje do 30.6.2022.
- 2.15. V Prílohe č. 7 zmluvy – Kritéria na uzatváranie zmlúv pre odbor klinická biochémia, laboratórna medicína, klinická imunológia a alergológia a lekárska genetika sa dátum „31.3.2021“ nahrádza novým dátumom „30.6.2022“.

Čl. 3

Prechodné ustanovenia

- 3.1. Zmluvné strany sa dohodli, že vzhľadom k vyhláseniu núdzového stavu podľa čl. 5 ústavného zákona č. 227/2002 Z. z. a opatrenia Úradu verejného zdravotníctva Slovenskej republiky pri ohrození verejného zdravia na území Slovenskej republiky v súvislosti so zabránením šírenia infekčného ochorenia COVID-19, sa ustanovenie čast' III. Vyhodnocovanie prospektívneho rozpočtu Prílohy č. 5 zmluvy, nebude uplatňovať počas roku 2021.

Čl. 4

Záverečné ustanovenia

- 4.1. Tento dodatok, ktorý tvorí súčasť zmluvy, nadobúda platnosť dňom podpisu zmluvnými stranami a účinnosť dňom 1.4.2020 po jeho predchádzajúcom zverejnení v zmysle § 47a zákona č. 40/1964 Zb. Občiansky zákonník v znení neskorších predpisov.
- 4.2. Z dôvodu zhoršujúcej sa epidemiologickej situácie a uznesenia vlády Slovenskej republiky č. 122 zo dňa 28. februára 2021, čoho následkom môžu byť administratívne preťahy pri nadobudnutí platnosti a následnej účinnosti tohto dodatku, sa zmluvné strany dohodli a berú na vedomie, že v prípade potreby zachovania kontinuity poskytovania a úhrady zdravotnej starostlivosti bude zdravotná starostlivosť poskytnutá poskytovateľom v čase od 1.4.2021 do nadobudnutia účinnosti tohto dodatku uhradená v súlade s týmto dodatkom.
- 4.3. Súhlas s obsahom dodatku vyjadria zástupcovia zmluvných strán svojím podpisom na dodatku.
- 4.4. Tento dodatok je vyhotovený v dvoch rovnopisoch, z ktorých každý sa považuje za originál. Každá zmluvná strana obdrží jeden rovnopis dodatku.

V Bratislave dňa

Za poskytovateľa:

.....
Ing. Tomáš Janík
riaditeľ
Fakultná nemocnica Trenčín

Za poisťovňu:

.....
Ing. Richard Strapko
predseda predstavenstva
Všeobecná zdravotná poisťovňa, a. s.

.....
MUDr. Beata Havelková, MPH
podpredsedníčka predstavenstva
Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.

**Príloha č. 1
k Zmluve č. 62NFAS000918**

**Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti
od 1.4.2021 do 31.3.2022**

A. Ambulantná zdravotná starostlivosť

Čl. I Zložky úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť (všeobecné ustanovenia)

1. 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.

2. 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.

3. Individuálna zložka úhrady

Individuálna zložka úhrady je Individuálna pripočítateľná položka a predstavuje jednu zo zložiek úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť. Poistovňa individuálnu zložku úhrady poskytovateľovi uhrádza vo výške, ktorá je závislá od plnenia Hodnotiacich parametrov (ďalej ako „HP“).

3.1 Individuálna pripočítateľná položka

Individuálnou pripočítateľnou položkou (ďalej aj ako „IPP“) sa rozumie úhrada k vybraným výkonom v špecializovanej ambulantnej starostlivosti, typ ZS 200 a 210, ktoré sú uvedené v tabuľke Základ pre výpočet ceny IPP. IPP sa vykazuje vo výške Výslednej ceny IPP ako pripočítateľná položka k vybranému výkonu v riadku, v ktorom sa vykazuje vybraný výkon, a hradí sa spolu s týmto výkonom. Pokiaľ v tejto prílohe nie je uvedené inak, 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.

Výsledná cena IPP sa vypočíta ako násobok Základu pre výpočet IPP a výsledného percenta plnenia HP.

IPP môže poskytovateľ vykazovať iba na ambulanciách poliklinického typu.

4. Hodnotiace parametre

HP ovplyvňujú výslednú cenu individuálnej zložky úhrady poskytovateľa uvedenej v bode 3.1 tohto článku. Výsledné percento plnenia HP je súčtom váh jednotlivých splnených parametrov. Kritérium pre splnenie parametra v jednotlivých typoch zdravotnej starostlivosti je uvedené v tabuľke „Hodnotiace parametre“ v článku II tejto prílohy. Pri splnení kritéria je parametru priradená uvedená váha v percentách, pri nesplnení kritéria je váha príslušného parametra 0%. Zoznam a váhy parametrov ako aj doplňujúce informácie pre jednotlivé typy zdravotnej starostlivosti sú uvedené v článku II tejto prílohy.

HP vyhodnocuje poisťovňa každý kalendárny štvrťrok za obdobie, ktoré tomuto štvrťroku predchádza. Ak nie je hodnotené obdobie inak špecifikované v doplňujúcich informáciách k parametrom, vyhodnocuje sa predchádzajúci kalendárny štvrťrok.

Každú zmenu Výsledného plnenia HP oznámi poisťovňa poskytovateľovi a to buď písomne formou listu, alebo elektronicky v ePobočke. Zmenu poisťovňa poskytovateľovi oznámi najneskôr v posledný deň mesiaca, ktorý predchádza mesiacu, od ktorého má byť zmena účinná.

HP vyhodnocuje poisťovňa u poskytovateľa za každý typ zdravotnej starostlivosti samostatne. V špecializovanej ambulantnej starostlivosti (typ ZS 200, 210) (ďalej aj ako „ŠAS“) sa vyhodnocujú HP za každú odbornosť. Výsledné percento plnenia HP za celú ŠAS, ktoré ovplyvňuje výslednú cenu IPP vo všetkých odbornostiach, je vypočítané ako vážený aritmetický priemer HP za jednotlivé odbornosti. Aritmetický priemer HP je vážený pomocou počtu ošetrovaných poistencov v jednotlivých odbornostiach ŠAS.

HP vyhodnocuje poisťovňa u poskytovateľa iba na ambulanciách poliklinického typu.

Metodiku a špecifiká aplikované pri výpočte jednotlivých HP zverejní poisťovňa na svojom webovom sídle.

Pri parametroch odborného hodnotenia poskytovateľa sú poskytovatelia zaradení do referenčných skupín podľa odbornosti a typu ambulancie poskytovateľa, v ktorých sa na základe vykazanej zdravotnej starostlivosti v hodnotenom období vypočíta stredná hodnota a štandardná odchýlka, ktorá slúži na určenie horného resp. dolného pásma pre účely vyhodnotenia plnenia príslušného parametra.

Splnenie parametra Dostupnosť poskytovateľ dokladuje poisťovní vyplnením formulára „Čistý ordinačný čas a zoznam lekárov na ambulancii“, ktorý je zverejnený na webovej stránke poisťovne (ďalej ako: „formulár“). Formulár musí byť v súlade s ordinačnými hodinami, ktoré schválil príslušný samosprávny kraj. Dokladovaním sa rozumie zaslanie formulára príslušnej pobočky poisťovni elektronickou formou. Splnenie parametra Dostupnosť poisťovňa vyhodnotí na základe podkladov doručených poskytovateľom podľa predchádzajúcej vety a to k prvému dňu kalendárneho štvrťroka, v ktorom realizuje vyhodnotenie HP.

5. Úhrada zdravotnej starostlivosti v zmysle Verejného prísľubu

Poisťovňa v dôsledku Mimoriadnej situácie umožňuje poskytovateľovi vykazovať aj zdravotné výkony uvedené vo Verejnom prísľube a to za podmienok a spôsobom v ňom uvedených. Vzhľadom na jednostranný charakter vydania a aktualizovania Verejného prísľubu sa za prejav súhlasu s Verejným prísľubom zo strany poskytovateľa na účely tejto zmluvy považuje poskytnutie a vykávanie zdravotnej starostlivosti v súlade s Verejným prísľubom v platnom znení.

ČI. II Zložky úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť (ceny)

1. Špecializovaná ambulantná starostlivosť – vrátane UPS

1.1. Úhrada za výkony vyjadrená cenou bodu

Cena bodu			
Kód výkonu	Názov, charakteristika alebo podmienky úhrady výkonu	Počet bodov	Cena bodu v €
-	výkony z I. časti Zoznamu výkonov vrátane ambulancie UPS	-	0,0268
60	Komplexné vyšetrenie pacienta kompletná anamnéza, vyšetrenie všetkých orgánových systémov, založenie zdravotnej dokumentácie, zhodnotenie výsledkov vyšetrení, diagnostický záver, liečebný plán a/alebo zaradenie do dispenzárnej starostlivosti, odoslanie pacienta na ďalšie laboratórne, prístrojové alebo odborné vyšetrenia -vypísanie žiadaniek, poučenie pacienta, vypísanie receptov a lekárskej správy, ak vyšetrenie trvá dlhšie ako 30 minút.	420	0,0268
	Pre odbornosti: neurológia, pediatrika neurológia, pediatrika gastroenterológia, vnútorné lekárstvo a geriatra	620	
	Pre odbornosti: fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia	500	
62	Cielené vyšetrenie dvoch alebo viacerých orgánových systémov alebo dispenzárna kontrola (cielená anamnéza, resp. anamnéza od poslednej kontroly), popis subjektívnych obtíží, objektívny nález, zhodnotenie výsledkov, vypísanie správy, záver, vypracovanie plánu do nasledujúcej kontroly. Poučenie o diéte a životospráve a predvolanie na vyšetrenie je súčasťou výkonu, ak vyšetrenie trvá dlhšie ako 20 minút.	270	0,0268
	Pre odbornosti: neurológia, pediatrika neurológia, pediatrika gastroenterológia, vnútorné lekárstvo a geriatra	400	
	Pre odbornosti: fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia	310	

63	Dôkladné vyšetrenie jedného orgánového systému alebo kontrolné vyšetrenie vrátane rád a dokumentácie.	210	0,0268
	Pre odbornosti: neurológia, pediatričná neurológia, pediatričná gastroenterológia, vnútorné lekárstvo a geriatria	310	0,0268
	Pre odbornosti: fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia	250	0,0268
65	Príplatok pri sťaženom výkone Pri výkonoch pod kódmi 61, 62, 63 a pri výkonoch v rádiológii a v rádioterapii.	200	0,0268
66	Príplatok pri sťaženom výkone Pri výkone pod kódom 60.	320	0,0268
67	Príplatok pri sťaženom výkone Príplatok u dieťaťa do veku piatich rokov pri výkonoch - odber krvi, injekcie, infúzie, transfúzie, infiltrácie, implantácie, odobratie sterov, punkcie a pri výkone očkovania.	200	0,0268
68a	Použitie ochranných prostriedkov <u>Charakteristika výkonu:</u> Príprava zdravotníckeho pracovníka na klinické vyšetrenie s použitím osobných ochranných pracovných prostriedkov a dezinfekcie pred a po endoskopickom výkone počas pandémie COVID-19. Poistovňa môže hrať poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti osobitnú úhradu za príplatkový výkon k zdravotnému výkonu poskytnutému v zmysle § 4 ods. 3 zák. č. 576/2004 Z. z. v platnom znení: - v súlade s Metodickým usmernením Hlavného odborníka Ministerstva zdravotníctva SR pre gastroenterológiu pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti v gastroenterologickej ambulancii COVID-19 – základné postupy platného v čase poskytnutia výkonu pacientovi s negatívnymi odpoveďami na všetky triediace otázky uvedené v spomenutom odbornom usmernení (uvedenú skutočnosť je potrebné zaznamenať v zdravotnej dokumentácii) - hradený z verejného zdravotného poistenia - poskytnutý v čase vyhlásenia mimoriadnej situácie na území Slovenskej republiky v súvislosti pandemiou ochorenia COVID-19.	1000	0,0268
	<u>Popis výkonu:</u> Pred vykonaním endoskopického vyšetrenia počas pandémie COVID-19 použije lekár vykonávajúci vyšetrenie osobné ochranné prostriedky: respirátor FFP2-3 prekrytý rúškom, ochranný plastický tvárový štít alebo okuliare, jednorazovú chirurgickú čiapku, jednorazový ochranný plášť, jednorazovú nepremokavú plastovú zásteru, jednorazové rukavice, v prípade potreby aj jednorazovú lekársku ochrannú uniformu biohazard, jednorazové návleky topánok. Vykona: dezinfekciu ochranných pomôcok po zdravotnom výkone, zabezpečí dezinfekciu priestorov po zdravotnom výkone <u>Vykonávanie zdravotného výkonu:</u> - lekár špecialista v príslušnom špecializačnom odbore v rámci, ktorého sa endoskopické výkony vykonávajú alebo v súlade s príslušnou certifikovanou pracovnou činnosťou, - osobné ochranné pomôcky sa používajú jednorazovo, - pri vykonaní zdravotných výkonov u viacerých pacientov sa pred každým vyšetrením vyžaduje samostatná príprava a použitie OOP.		

	<u>Odbornosti oprávnené vykazovať výkon:</u> • 048 • 154 <u>Povolená frekvencia</u> 1 krát denne <u>Nutná kombinácia s výkonmi:</u> 740, 741, 755, 756, 760, 760pn, 760pp, 760sn, 760sp, 761, 762, 763, 763a, 763m, 763p, 763pn, 763pp, 763sn, 763sp		
11a	Konzultácia prostredníctvom rozšírenej elektronickej komunikácie v online prostredí (webová aplikácia, videohovor) Charakteristika zdravotného výkonu: Konzultácia s poistencom prostredníctvom elektronickej komunikácie (webová aplikácia, videohovor) v online prostredí, ktoré je zabezpečené, prípadne umožňuje aj zdieľanie zdravotnej dokumentácie. Konzultácia s pacientom obsahuje: • cielenú anamnézu a popis subjektívnych ťažkostí, • zhodnotenie výsledkov • v prípade potreby určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, vrátane predpisu potrebných liekov/ZP a vypísania žiadaniek • poskytnutie informácií pacientovi alebo zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom s diagnostickým a liečebným postupom • poučenie poistenca • určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporúčení-návštevy iného lekára. Vykazovanie zdravotného výkonu: • výkon sa vykazuje ako zdravotná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta a zaznamená sa v zdravotnej dokumentácii • súčasťou zdravotnej dokumentácie je overiteľný časový údaj z online prostredia, dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporúčení návštevy iného lekára, • výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi, • výkon sa nevykazuje pre telefonické objednávanie pacienta, • výkon sa vykazuje najviac 1x za deň na jedného poistenca.	210	0,0260
1b	Konzultácia prostredníctvom elektronickej pošty alebo telefonicky Konzultácia s pacientom prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefonicky obsahuje: • cielenú anamnézu, resp. anamnézu od poslednej kontroly vo vzťahu k jednému orgánovému systému, • popis subjektívnych ťažkostí, • diagnostický záver, • poučenie o diéte a životospráve, • v prípade potreby určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, vrátane predpisu potrebných liekov/ZP, ktoré vyplývajú z konzultácie ohľadom zdravotného stavu, • prípadne záznam o odporúčení neodkladnej návštevy iného lekára, • poskytnutie informácií pacientovi alebo zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom s diagnostickým alebo liečebným postupom vrátane farmakoterapie. Vykazovanie zdravotného výkonu:	160	0,026

	- výkon sa vykazuje ako zdravotná starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta, - zdravotná indikácia sa zdôvodňuje v zdravotnej dokumentácii, - súčasťou zdravotnej dokumentácie je overiteľný časový údaj z online prostredia, popis zdravotného výkonu, dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára, - výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi, - výkon sa nevykazuje pre telefonické objednávanie pacienta, - vykazuje sa samostatne, najviac 1x za deň na jedného pacienta.		
70	Opätovné lekárske vystavenie receptov a (alebo) poukazov na základe požiadavky pacienta prostredníctvom elektronickej pošty, SMS alebo telefónu Charakteristika zdravotného výkonu: - Vystavenie receptov a/alebo poukazov elektronickou formou na lieky/zdravotnícke pomôcky/dietetické potraviny, ktoré pacient užíva dlhšie ako 3 mesiace, a nebola realizovaná zmena dávkovania lieku. Vykazovanie zdravotného výkonu: - výkon sa vykazuje ako starostlivosť bez fyzikálneho vyšetrenia pacienta, - súčasťou zdravotnej dokumentácie o výkone je overiteľný časový údaj z online prostredia, - údaj, kedy bol recept/lekársky poukaz vypísaný, - údaj o predpise lieku/zdravotníckej pomôcky/dietetickej potraviny pacientovi prostredníctvom elektronických služieb, - výkon sa vzťahuje na jedného pacienta bez ohľadu na počet liekov/zdravotníckych pomôcok/dietetických potravín, ktoré boli pacientovi predpísané formou papierového receptu/lekárskeho poukazu alebo formou jednorazového elektronického predpisu (t. j. za týchto podmienok sa výkon vykazuje najviac v počte 1x za deň na jedného pacienta), - výkon sa vykazuje samostatne za každý vystavený recept a/alebo poukaz, ak ide o elektronický predpis liekov/zdravotníckych pomôcok/dietetických potravín typu opakovaný recept (preskripčný záznam s poznámkou „REPETATUR“), - výkon sa nevykazuje súčasne s inými zdravotnými výkonmi.	40	0,026
1c	Krízová psychoterapeutická intervencia alebo individuálna psychoterapia alebo psychodiagnostický rozhovor prostredníctvom elektronickej komunikácie Popis zdravotného výkonu (ďalej len „výkon“): Krízová psychoterapeutická intervencia s pacientom telefonicky, alebo prostredníctvom elektronickej pošty, alebo webovej aplikácie, alebo videohovoru obsahuje: - cielenú anamnézu/heteroanamnézu, - popis subjektívnych ťažkostí, - krízovú psychoterapeutickú intervenciu ako okamžité opatrenie pri akútnej psychickej dekompenzácií (napríklad pokus o samovraždu), - diagnostický záver, - poučenie o psychohygiene,	1000	0,026

	- v prípade potreby určenie dátumu ďalšej konzultácie alebo kontroly, vrátane predpisu potrebných liekov/zdravotníckych pomôcok, - prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára, - individuálna psychoterapia (trvanie najmenej 50 minút) - rozhovor so súčasným zisťovaním biografickej anamnézy na psychoterapeutické účely, s písomným záznamom vrátane rady pacientovi (trvanie najmenej 20 minút) - poskytnutie informácií pacientovi alebo zákonnému zástupcovi v súvislosti so zdravotným stavom s diagnostickým alebo liečebným postupom vrátane farmakoterapie. Vykazovanie výkonu: - výkon sa vykazuje ako zdravotná starostlivosť bez osobnej prítomnosti pacienta, - zdravotná indikácia sa zdôvodňuje v zdravotnej dokumentácii, - súčasťou zdravotnej dokumentácie je overiteľný časový údaj z online prostredia, popis zdravotného výkonu v trvaní najmenej 45 minút, dátum ďalšej konzultácie alebo kontroly, prípadne záznam o odporučení neodkladnej návštevy iného lekára, - výkon sa nevykazuje súčasne s inými výkonmi, - výkon sa nevykazuje pre telefonické objednávanie pacienta, - výkon sa vykazuje samostatne, najviac 1x za deň na jedného pacienta, - opakované vykázanie v jednom liečebnom prípade vyžaduje osobitné zdôvodnenie v zdravotnej dokumentácii.		
802	Elektroencefalografické vyšetrenie vrátane prípadných provokácií. Výkon môže vykonávať neurológ.	750	0,0268
813	Príplatok k výkonu č. 802 za simultánne elektroencefalografické monitorovanie Výkon môže vykonávať neurológ.	60	0,0268
819d	Vertebrologické vyšetrenie vrátane poučenia a manipulácie (opakovane), mobilita eventuálne zvodová anestéza. - Výkon možno vykazovať v prípade komplexného vertebrologického vyšetrenia pri vertebrogénnych ochoreniach. - Výkon sa môže vykazovať v odbornosti neurológia. - Podmienkou úhrady je zápis vyšetrenia v zdravotnej dokumentácii pacienta. - Výkon sa môže vykazovať s výkonom č. 62 a 63 v prípade, ak je potrebné komplexné vertebrologické vyšetrenie.	600	0,0268
803	Elektroencefalografické vyšetrenie dieťaťa do skončeného ôsmeho roku života vrátane prípadných provokácií. - Výkon zahŕňa aj vyhodnotenie a popis. - Výkon môže vykonávať neurológ.	900	0,0268
804	Elektroencefalografické vyšetrenie po fáze bdenia, prípadne po odvrátení spánku po provokáciách. Výkon môže vykonávať neurológ.	900	0,0268
765p	Odstránenie jedného polypu pomocou vysokofrekvenčnej elektrickej slučky (elektrických klieští - hot biopsy) – preventívny výkon. Výkon sa vykazuje s diagnózou Z12.1	946	0,0260
-	Výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ).	-	0,008105
-	Výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ okrem vybraných výkonov) z časti FYZIATRIA BALNEOTERAPIA A LIEČEBNÁ REHABILITÁCIA.	-	0,009080

-	Výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ) vykonávané prístrojovou technikou ULTRAZVUK – USG a FUNKČNÁ DIAGNOSTIKA.	-	0,008473
516	Vybrané výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ) z časti FYZIATRIA BALNEOTERAPIA A LIEČEBNÁ REHABILITÁCIA.	180	0,013166
518		350	
523a		145	
530		180	
531		220	
540		180	
541		350	0,013824
542		300	
509a		220	
512		130	
513		250	
514a		450	
522		290	
532		300	
533a		450	
-	Výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ) z časti OSTEODENZITOMETRIA.	-	0,005311
158	Preventívna urologická prehliadka u mužov od 50. roku veku. - Výkon sa vykazuje v odbornosti 012 s diagnózou Z12.5. - Frekvencia výkonu – raz za 3 roky.	-	0,041
158A	Preventívna urologická prehliadka u mužov od 40. roku veku s výskytom karcinómu prostaty v prvostupňovom príbuzenstve. - Výkon sa vykazuje v odbornosti 012 s diagnózou Z12.5. - Frekvencia výkonu – raz za 3 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 vykazuje v odbornosti 012 s diagnózou Z12.5 - Frekvencia výkonu – raz za 3 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 vykazuje v odbornosti 012 s diagnózou Z12.5. - Frekvencia výkonu – raz za 2 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 vykazuje v odbornosti 012 s diagnózou Z12.5. - Frekvencia výkonu – raz za 1 rok.		
5302	Ako súčasť preventívnej prehliadky u urológa.	1000	0,008473
763P	Preventívny výkon u gastroenterológa.	-	0,041
763M			
15d	Zhodnotenie rtg. dokumentácie. - Zhodnotenie nie je vykonané pracoviskom RTG. - Vrátane popisu v zdravotnej dokumentácii. - Výkon môžu vykazovať odbornosti chirurgia, traumatológia, ortopédia, pneumológia, otorinolaryngológia a reumatológia.	150	0,0260
1A02072	Cielené artrologické vyšetrenie <u>Charakteristika výkonu</u> Vyšetrenie periférnych kĺbov Vyšetrenie ich tvaru, teploty, farby kože nad kĺbami, vyšetrenie zmien na koži a adnexách, hybnosti kĺbov a rozsahu pohybov, hodnotenie zvukových fenoménov, vyšetrenie funkčných porúch kĺbov, vyšetrenie úponov	1300	0,0268

	Vyšetrenie chrbtice postavenie, palpačné vyšetrenie stavcov, stavcových výbežkov, paravertebrálnych svalov, hybnosti, deformít, postavenia lopatiek, panvy, gluteálneho svalstva, stuhlosti svalstva, vyšetrenie dýchacích exkurzií, vyšetrenie entezopatických zmien, vyšetrenie pohyblivosti jednotlivých úsekov chrbtice. <u>Podmienky akceptovania výkonu:</u> - výkon zahŕňa fyzikálne vyšetrenie 68 kíbov horných aj dolných končatín a chrbtice s dôkladným zápisom do zdravotnej dokumentácie, - výkon je možné vykazovať len pri dg. M02.*- M09*, M10*-M13*, M30*-M35*, M45*, M46.8*, M46.9* - frekvencia vykazovania 3 krát za 12 mesiacov, - výkon môžu vykázať nasledovné odbornosti: 045, 145. <u>Kombinácia s vybranými výkonmi:</u> - Výkon možno kombinovať s výkonmi č. 60, 60R, 62, 63 pri špecifických diagnózach. - Výkon sa nedá kombinovať s výkonom č. 66 a 503, 504		
--	---	--	--

1.2. Úhrada za výkony vyjadrená cenou za výkon

Cena za výkon		
Kód výkonu	Názov, charakteristika alebo podmienky úhrady výkonu	Cena za výkon v €
250x	Odbor venóznej krvi za účelom vyšetrenia 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
5153C	Punkcia alebo biopsia prostaty pod USG kontrolou Výkon môže vykonávať rádiológ s certifikátom s certifikovanou pracovnou činnosťou intervenčná rádiológia, urológ so špecializáciou v špecializačnom odbore urológia I. stupňa s certifikátom v certifikovanej pracovnej činnosti intervenčná ultrasonografia v urológii. Výkon sa môže kombinovať s výkonmi 62, 63, 5304	150,00
62a	Cielené vyšetrenie pacienta s respiračným syndrómom pri pandémii COVID-19 Ide o cielené vyšetrenie dvoch alebo viacerých orgánových systémov (cielená anamnéza, resp. anamnéza od poslednej kontroly), opis subjektívnych ťažkostí, objektívny nález, vypísanie správy, záver, vypracovanie plánu do nasledujúcej kontroly. Poučenie o diéte a životospráve a predvolanie na vyšetrenie je súčasťou výkonu. <u>Výkon poisťovňa akceptuje za nasledovných podmienok:</u> - Pacient má COVID pozitívny výsledok nie starší ako 14 dní. - U detí do 10 rokov pri pozitívnej epidemiologickej anamnéze v rodine zaznamenatej v zdravotnej dokumentácii a klinických príznakoch dieťaťa, aj bez COVID-19 pozitívneho výsledku dieťaťa. - Pacient má príznaky, ktoré sú charakteristické pre COVID ochorenie. - Výkon sa nevykazuje v kombinácii s iným výkonom. - Maximálne 1 krát za týždeň na jedno rodné číslo. <u>Výkon môžu vykázať nasledovné odbornosti:</u>	20,00

	všeobecný lekár, pediater, internista, pneumoftizeológ, pediatrický pneumoftizeológ, infektológ, otorinolaryngológ, imunoalergológ.	
62b	Diagnosticke iniciálne alebo kontrolné vyšetrenie pacienta s potvrdeným ochorením Covid 19 <u>Charakteristika výkonu:</u> Diagnosticke iniciálne alebo kontrolné vyšetrenie v príslušnom špecializačnom odbore u pacienta s potvrdeným ochorením Covid 19. Podľa diagnózy, syndrómu alebo symptómu, (cielená anamnéza, popis subjektívnych ťažkostí a objektívne fyzikálne vyšetrenie so zameraním na konkrétny symptóm, syndróm alebo diagnózu, zhodnotenie dostupných laboratórných, pomocných a konziliárnych vyšetrení, stanovenie diagnózy, vypísanie lekárskej správy, vypísanie lekárskeho predpisu, prípadne lekárskeho poukazu, vypísanie žiadaniek, indikácia potrebných laboratórných, pomocných alebo iných odborných vyšetrení, odporúčanie terapie a ďalšieho postupu, prípadne termínu najbližšej kontroly. <u>Výkon poisťovňa akceptuje za nasledovných podmienok:</u> • Výkon sa vykonáva samostatne, výkon sa nevykonáva súčasne s inými výkonmi, nie je možná kombinácia s výkonom 62a. • Povolená frekvencia: 1x denne na 1 rodné číslo. • Indikácia odborného vyšetrenia v niektorom špecializovanom odbore u pacienta s COVID pozitívnym výsledkom nie starším ako 14 dní so základnou Dg. inou ako je U07.1. • Vykonáva sa s použitím osobných ochranných pomôcok. <u>Výkon môžu vykonať nasledovné odbornosti:</u> otorinolaryngológ a pediatrický, otorinolaryngológ, pneumológ a pediatrický pneumológ, infektológ a pediatrický infektológ, anesteziológia a intenzívna starostlivosť, imunoalergológ, pediatrický imunoalergológ a všetky chirurgické odbornosti.	20,00
629a	Skriningový antigénový test SARS-CoV-2 <u>Charakteristika výkonu:</u> Skriningový, rýchly antigénový test SARS-CoV-2 zahŕňa odber biologického materiálu na stanovenie antigénov SARS-CoV-2 vrátane použitia osobných ochranných pracovných prostriedkov a dezinfekcie. <u>Podmienky úhrady výkonu:</u> • zdravotný výkon vykonáva lekár alebo sestra, sestra špecialistka alebo iný zdravotnícky pracovník, • pacient je symptomatický, • použitie respirátora prekrytého rúškom, tvárového štítu (okuliarov) a jednorazových rukavíc pri odbere, • výkon nie je možné kombinovať s výkonom 629b, • povolená frekvencia: 2 krát mesačne na jedno rodné číslo V prípade, ak si rýchlotest PZS obstaral sám na vlastné náklady, nákupnú cenu rýchlotestu môže k výkonu vykazať pripočítateľnou položkou s označením „AGTC“ v maximálnej cene 4,80 € a na požiadanie poisťovne tento nákup zdokladovať predložením dokladu o nadobudnutí rýchlotestu alebo zaslaním jeho kópie do poisťovne. <u>Kritéria rýchlotestu:</u> • in vitro zdravotnícka pomôcka pre profesionálne použitie; • CE značka, resp. kód ŠÚKLu • kvalitatívna detekcia; • zo vzoriek z výterov z nosohltanu; • odčítanie výsledku testu do 30 min. od nanesenia vzorky na doštičku.	5,20

	<u>Indikačné obmedzenia:</u> U07.1; U07.2	
629b	Skriningový antigénový test SARS-CoV-2 imunofluorescenčnou metódou <u>Charakteristika výkonu:</u> Skriningový, rýchly antigénový test SARS-CoV-2 imunofluorescenčnou metódou zahŕňa odber biologického materiálu na stanovenie antigénov SARS-CoV-2 imunofluorescenčnou metódou pomocou prístroja na odčítanie výsledku reakcie, vrátane použitia osobných ochranných pracovných prostriedkov a dezinfekcie. <u>Podmienky úhrady výkonu:</u> • zdravotný výkon vykonáva lekár alebo sestra, sestra špecialistka alebo iný zdravotnícky pracovník, • pacient je symptomatický, • použitie respirátora prekrytého rúškom, tvárového štítu (okuliarov) a jednorazových rukavíc pri odbere. • výkon nie je možné kombinovať s výkonom 629a • zdokladovanie vlastníctva adekvátneho, CE certifikovaného prístroja <u>Kritéria rýchlotestu:</u> • in vitro diagnostická zdravotnícka pomôcka pre profesionálne použitie; • CE značka, resp. kód ŠÚKLu • kvalitatívna detekcia; • zo vzoriek z výterov z nosohltanu. <u>Indikačné obmedzenia:</u> U07.1; U07.2	10,00

1.3. Individuálna zložka úhrady – Individuálna pripočítateľná položka

Základ pre výpočet ceny IPP			
Kategória IPP	Kód zdravotného výkonu, ku ktorému je možné IPP vykázat'		Základ pre výpočet ceny IPP
IPP1	60, 62, 63, 60R, 503, 504, 505		1,80 €
IPP2	1544A, 1594, 1240, 820, 822, 825		2,90 €
IPP3	3286, 3288, 3306		4,90 €
IPP4	3335, 3337, 867, 869, 3351, 3364, 841, 842, 845		4,90 €
Charakteristika a pravidlá vykazovania vybraných IPP			
K výslednej cene IPP4 sa automaticky pripočítavajú 3,00 €.			
Charakteristika a pravidlá vykazovania vybraných IPP			
Kategória IPP	Odbornosť	Kód zdravotného výkonu, ku ktorému je možné IPP vykázat'	Výsledná cena IPP
IPP154	154	741	45,00 €
IPPD	002, 003, 004, 005, 010, 015, 017, 040, 048, 050, 064, 104, 107, 109, 114, 140, 153, 154, 155, 156, 163, 336	60, 62, 63	5,00 €
Výsledná cena IPP154 a IPPD nie je závislá od plnenia HP v zmysle Čl. I bod 3 tejto prílohy. Podmienkou úhrady IPPD je vek pacienta od 6 do 10 rokov. Ku kombinácií vybraných výkonov a príslušnej IPP môže poskytovateľ za dohodnutých podmienok vykázat' aj IPPD.			

1.4. Hodnotiace parametre

Časť - Špecializovaná ambulantná starostlivosť				
Zameranie	Parameter	Kritérium splnenia	Váha	Plnenie do 31.12.2021

Odborné hodnotenie poskytovateľa	Celkové náklady na ošetrovaného poistenca	Hodnota parametra je pod hranicou horného pásma definovanou výpočtom v príslušnej referenčnej skupine ambulancií.	40%	Reálne plnenie poskytovateľa
	Frekvencia návštev na ošetrovaného poistenca		10%	
	Podiel prvovýšetrení	Hodnota parametra je nad hranicou dolného pásma definovanou výpočtom v príslušnej referenčnej skupine ambulancií.	10%	
Elektronizácia	ePobočka	Poskytovateľ zasiela všetky dávky vrátane faktúr za poskytnutú zdravotnú starostlivosť cez ePobočku.	10%	Reálne plnenie poskytovateľa
	eRecept	Aspoň 80% lekárske predpisy predpísaných prostredníctvom programu eRecept.	15%	Reálne plnenie poskytovateľa
Dostupnosť	Ordinačný čas	Stanovenie týždenného čistého ordinačného času v rozsahu aspoň 30 hodín pre každú ambulanciu.	15%	Reálne plnenie poskytovateľa

Výsledné percento plnenia Hodnotiacich parametrov

Pre účely výpočtu výslednej hodnoty individuálnej zložky úhrady sa na účely úhrady sa na účely tejto prílohy výsledné percento plnenia HP v type ZS 200, 210 stanovuje na hodnotu 65%.

1.4.1 Doplnujúce informácie k Hodnotiacim parametrom

Celkové náklady na ošetrovaného poistenca

Priemerné celkové náklady na priamo poskytnutú zdravotnú starostlivosť vrátane SVLZ, preskripcie liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín a indukovanej špecializovanej ambulantnej starostlivosti na jedného ošetrovaného poistenca. Do výpočtu nie je zahrnutá preventívna zdravotná starostlivosť a zdravotná starostlivosť podľa definovaných výnimiek.

Hodnotené obdobie: dva po sebe nasledujúce štvrťroky.

Frekvencia návštev na ošetrovaného poistenca

Celkový priemerný počet návštev na jedného ošetrovaného poistenca v hodnotenom období. V prípade, že poistenec bol vyšetrený na tej istej ambulancii v priebehu jedného dňa, považuje sa vyšetrenie za jednu návštevu. Za ošetrovaného poistenca sa považuje unikátne rodné číslo (URČ), t.j. ak ten istý poistenec navštívil ambulanciu v hodnotenom období viac krát, považuje sa za jedného ošetrovaného poistenca.

Hodnotené obdobie: štyri po sebe nasledujúce štvrťroky.

Podiel prvovýšetrení

Podiel prvovýšetrených pacientov na celkovom počte ošetrovaných pacientov v hodnotenom období. Za prvovýšetreného pacienta sa považuje pacient, ktorý nenavštívil ambulanciu hodnoteného poskytovateľa v rovnakej odbornosti za uplynulých 24 mesiacov pred posudzovaným vyšetrením.

Hodnotené obdobie: dva po sebe nasledujúce kalendárne štvrťroky.

1.5. Špecializovaná ambulantná starostlivosť – mobilné odberové miesto

Špecifické výkony v súvislosti s pandemiou COVID – 19

Kód výkonu	Odbornosť	Názov výkonu	Diagnóza	Podmienky úhrady	Cena v €
299x	647	Odber a odoslanie biologického materiálu na bakteriologické, sérologické, mykologické, virologické a parazitologické vyšetrenie pri dôvodnom podozrení na infekčné ochorenie vrátane dezinfekcie.	U07.1 U07.2	Výkon indikovaný a poskytnutý v súlade s usmerneniami Ministerstva zdravotníctva SR pre vyšetrenie na prítomnosť SARS-CoV-2, odberový set dodáva Regionálny úrad verejného zdravotníctva. Ak odberový set dodá zariadenie SVLZ, odber biologického materiálu uhrádza poskytovateľovi toto zariadenie SVLZ. Výkon sa vykazuje najviac 1x za deň na jedného poistenca.	3,00

299d	647	Odber a odoslanie biologického materiálu na bakteriologické, sérologické, mykologické, virologické a parazitologické vyšetrenie pri dôvodnom podozrení na infekčné ochorenie vrátane dezinfekcie.	U07.1 U07.2	Výkon indikovaný a poskytnutý v súlade s usmerneniami Ministerstva zdravotníctva SR pre vyšetovanie na prítomnosť SARS-CoV-2. Odberový set si zabezpečuje poskytovateľ sám.	6,00
------	-----	---	----------------	---	------

Príplatok pri sťaženom výkone – výkon č. 66

Spôsob vykazovania, uznávania a úhrady výkonu č. 66					
Kód výkonu	Druh PZS	Odbornosť	Počet bodov	Cena bodu v €	Cena za výkon v €
66	MOM*	647	-	-	2,00

*mobilné odberové miesto

Poistovňa bude akceptovať popri štandardných prípadoch uvedených v Katalógu zdravotných výkonov vykávanie daného výkonu 66 aj v ďalších prípadoch za súčasného splnenia všetkých nasledovných podmienok:

- vykávanie k zdravotnému výkonu 299X
- v prípade definovanom ako suspektný, pravdepodobný alebo potvrdený prípad COVID-19 v zmysle Usmernenia hlavného hygienika Slovenskej republiky v súvislosti s ochorením COVID-19 spôsobeným koronavírusom SARS-CoV-2 v znení platnom v čase poskytnutia výkonu (uvedenú skutočnosť je potrebné zaznamenať v zdravotnej dokumentácii),
- použitie osobných ochranných zdravotných prostriedkov (respirátor FFP2-3 prekrytý rúškom, okuliare a/alebo celotvárový priehľadný štít, pokrývka hlavy, oblečenie s dlhým rukávom zakrývajúce aj nohy, jednorazové rukavice) u poistencov s podozrením na ochorenie COVID 19.
- výkon sa vykonáva najviac 1x za deň na jedného poistenca

Vyhodnotenie COVID-19 IgM/IgG rýchleho diagnostického kazetového imunochromatografického testu

Spôsob vykazovania, uznávania a úhrady výkonu č. 16X					
Kód výkonu	Druh PZS	Odbornosť	Počet bodov	Cena bodu v €	Cena za výkon v €
16X	MOM	647	-	-	2,20

Poistovňa uhradí poskytovateľovi vyhodnotenie COVID-19 IgM/IgG rýchleho diagnostického kazetového imunochromatografického testu po predložení dokladu o preškolení personálu poskytovateľa. Doklad osvedčuje schopnosť poskytovateľa správne vyhodnotiť výsledky rýchlotestov a klinicky ich korektne interpretovať. Vystaviť takýto doklad je oprávnený lekár s odbornou špecializačnou skúškou z odboru 034 — klinická mikrobiológia. Okrem potvrdenia o preškolení poskytovateľ predloží nasledujúce doklady preukazujúce kvalitu rýchlotestov na protilátky anti-SARS-CoV-2:

- Declaration of Conformity vystavené originálnym výrobcom,
- CE značka,
- deklarovanie meraných tried imunoglobulínov,
- zabudovaná interná kontrola,
- funkčné aj pri vyššej hladine cholesterolu v sére ako 6,0 mmol/l.

Kritériá vychádzajú z Usmernenia Európskej komisie k diagnostickým testom in vitro na COVID-19 a ich funkčnosti (2020/C 1221/00 zverejnenom v Úradnom vestníku EÚ 15 apríla 2020). Poistovňa poskytovateľovi neuhradí vyhodnotene iných rýchlotestov ako takých, ktoré spĺňajú hore uvedené kritériá kvality.

Výjazdová služba MOM

Typ prevozu	Názov prevozu	Diagnóza	Podmienky úhrady	Cena za 1 km jazdy v €
COVM*	Preprava MOM za účelom odberu biologického materiálu formou výjazdovej služby, k osobe, ktorej je cez CovidPass potvrdená indikácia zo zdravotných dôvodov.	U07.1 U07.2	Indikácia na výjazd na odber MOM a späť, realizovaná lekárom. Poistenec nie je schopný zo závažných zdravotných dôvodov využiť všetky dostupné prostriedky na transport k prevádzkovateľovi MOM. Dôvod musí	0,903

			byť zaznamenaný v zdravotnej dokumentácii.	
--	--	--	--	--

*Poskytovateľ vykazuje prevozy v dátovom rozhraní pre dopravu v dávke 793n.

1.5 Skrining karcinómu krčka maternice

Kód výkonu	Názov, charakteristika alebo podmienky úhrady výkonu	Cena v €
4M04004	Konzultačná, expertná kolposkopia Výkon sa uhrádza • V prípade abnormálneho cytologického nálezu u poistenky. • Ak ho vykazuje lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore onkológia v gynekológii, držiteľ certifikovanej pracovnej činnosti v expertnej kolposkopii a vybrané gynekologicko-pôrodnické ambulancie. • Lekár musí byť evidovaný v informačnom systéme Poistovne u daného Poskytovateľa a súčasne uvedený v Zozname lekárov na konzultácie v prípade zistených abnormálnych cytologických nálezov alebo v inom obdobnom zozname zverejnenom na webovom sídle Ministerstva zdravotníctva SR a platnom v čase vykonania výkonu. • Pri dodržiavaní postupu v zmysle Odborného usmernenia na vykazovanie zdravotných výkonov a diagnóz (kódovanie) pre zdravotníckych pracovníkov a zariadenia ambulantnej zdravotnej starostlivosti participujúcich na skríningu rakoviny krčka maternice v platnom znení.	25,00
4M04007	Punch biopsia Výkon sa uhrádza • V prípade abnormálneho cytologického nálezu u poistenky. • Ak ho vykazuje lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore onkológia v gynekológii, vybraná gynekologicko-pôrodnická ambulancia, držiteľ certifikovanej pracovnej činnosti – expertná kolposkopia a lekári, ktorí sú v príprave na získanie tejto certifikovanej pracovnej činnosti. • Lekár musí byť evidovaný v informačnom systéme Poistovne u daného Poskytovateľa a súčasne uvedený v Zozname lekárov na konzultácie v prípade zistených abnormálnych cytologických nálezov alebo v inom obdobnom zozname zverejnenom na webovom sídle Ministerstva zdravotníctva SR a platnom v čase vykonania výkonu. • Pri dodržiavaní postupu v zmysle Odborného usmernenia na vykazovanie zdravotných výkonov a diagnóz (kódovanie) pre zdravotníckych pracovníkov a zariadenia ambulantnej zdravotnej starostlivosti participujúcich na skríningu rakoviny krčka maternice v platnom znení. • Ak bol vykázaný s niektorou z nasledovných diagnóz v rámci manažmentu abnormálnych cytologických nálezov: - Ascus- R87.60, - ASC-H- R87.61, - L-SIL- R87.62,H-SIL-R87.63, - karcinóm- R87.64, - chýbajú žľazové bunky transformačnej zóny- R87.65, - iný abnormálny cytologický nález- R87.66, - nešpecifikovaný abnormálny cytologický nález- R87.67. • Ak bol vykázaný po stanovení histologickej diagnózy v rámci ďalšieho sledovania, follow up, s niektorým z nasledovných histologických diagnostických kódov: - N87.0 (CIN I, low grade SIL, ľahká dysplázia), - N87.1 (CIN II), - D06.0 (CGIN, AIS-glandulárne neoplázie), - D06.1 (CIN III, high grade SIL, ťažká dysplázia), - C53.0-9 (invazívny karcinóm).	15,00

2. Špecializovaná ambulantná starostlivosť – dialýzy

Cena za výkon		
Kód výkonu	Názov, charakteristika alebo podmienky úhrady výkonu	Cena za výkon v €
794	Prvá hemodialýza alebo akútna dialýza u pacienta. - V cene je zahrnutý aj katéter. - Súčasťou výkonu je aj vyšetrenie pacienta a lekárska starostlivosť. - Uvedený výkon sa môže vykazovať u pacienta iba raz, potom sa vykazuje ako hemodialýza pri chronickom zlyhaní obličiek.	149,62
794r	Hemodiafiltrácia. Súčasťou výkonu je aj vyšetrenie pacienta a lekárska starostlivosť. V cene sú započítané aj náklady na hemofiltračnú kapsulu.	166,00

V cene výkonu sú zahrnuté všetky náklady a úhrada za poskytnutú starostlivosť, vrátane nákladov na lieky so spôsobom úhrady A, nákladov na zdravotnícke pomôcky a materiál.
K výkonom dialýz sa vykazujú pripočítateľné položky, ktoré sú zahrnuté v cene za výkon, v skutočne podanom množstve (jednotky) s uvedením nulovej ceny

3. Jednoduchá zdravotná starostlivosť (JZS)

Cena za výkon				
Kód výkonu	Názov výkonu	Odbornosť	Cena výkonu v €	Podmienky schvaľovania
1390	operácia sivého zákalu s implantáciou umelej vnútroočnej šošovky	015	450	
1391	sekundárna implantácia intraokulárnej šošovky do prednej očnej komory alebo do sulcus ciliare	015	450	
1392	sekundárna implantácia intraokulárnej šošovky transsklerálnou fixáciou	015	450	
1393	operácia sekundárnej katarakty	015	400	
1393A	operácia sekundárnej katarakty laserom	015	220	
1394	repozícia implantovanej umelej vnútroočnej šošovky	015	400	
1395	primárna implantácia umelej vnútroočnej šošovky zo zdravotných dôvodov (Implantácia fakickéj vnútroočnej šošovky zo zdravotných dôvodov)	015	450	
8501A	operácia prietrží bez použitia sieťky	010, 107, 038	440	
8501B	operácia jednoduchých prietrží s použitím sieťky	010, 038	800	
8501C	laparoskopická operácia jednoduchých prietrží	010, 038	700	
8502	transrektálna polypektómia	010, 048	525	

8506	artroskopická operácia subakromiálneho impingement syndrómu	011, 013	600	
8507	operácia poúrazovej paraatikulárnej burzitídy vo všetkých lokalizáciách	011, 013	600	
8508	operačná mobilizácia kontraktúry stuhnutého kĺbu	011, 013	600	
8509	operačná dynamizácia vnútrodreňových klincov	011, 013	440	
8510	operačná repozícia jednoduchých zlomenín v celkovej anestéze	011, 013	440	
8511	operačné riešenie pollex saltans	011, 108	440	
8512	operačné riešenie fractúra metacarpi	011, 013	500	
8513	operačné riešenie epicondylitis radialis	011, 013	400	
8514	operačné riešenie epicondylitis ulnaris	011, 013	400	
8516	operačné riešenie fractúra capitis radii	011, 013	500	
8517	operačné riešenie synovitis cubiti	011, 013	420	
8518	operačné riešenie luxatio acromioclavicularis	011, 013	600	
8519	operačné riešenie fractura claviculae	011, 013	600	
8520	operačné riešenie abruptio tuberculi majoris et minoris humeri	011, 013	600	
8521	operačné riešenie decompressio subacromialis	011, 013	600	
8522	operačné riešenie instabilitas glanohumeralis	011, 013	600	
8523	operačné riešenie ruptúry rotátorovej manžety	011, 013	600	
8524	operačné riešenie SLAP - lezia (poškodenie labrum glenoidale)	011, 013	600	
8525	operačné riešenie hallux valgus bez použitia ŠZM	011	600	
8525A	operačné riešenie hallux valgus s použitím ŠZM	011	750	
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 l.varus	011	500	
8531	operačné riešenie morbus Laderhose	011	500	
8532	operačné riešenie neuralgie Mortoni	011	500	

8533	artroskopické výkony v lakt'ovom zhybe	011, 013	1 100	
8534	artroskopické výkony v ramennom zhybe bez použitia vstrebateľného fixačného materiálu	011, 013, 108	1 200	
8534A	artroskopické výkony v ramennom zhybe s použitím vstrebateľného fixačného materiálu	011, 013	1400	
8535	artroskopické výkony v kolennom zhybe bez použitia vstrebateľného fixačného materiálu	011, 013	1 200	
8535A	artroskopické výkony v kolennom zhybe s použitím vstrebateľného fixačného materiálu	011, 013	1400	
8536	artroskopické výkony v členkovom zhybe	011, 013	1 200	
8537	operačná extrakcia osteosyntetického materiálu a vonkajších fixátorov v anestézii	010, 011, 013, 107, 108,	440	
8538	exstirpácia sakrálneho dermoidu	010	440	
8539	operácia varixov dolných končatín	010, 068	440	
8540	operácia análnych fistúl a/alebo fisúr	010	440	
8542	operácia ruptúry Achilovej šľachy	011, 013	600	
8546	discízia ligamentum carpi transversum s epineurolyzou nervus medianus	011, 038,	400	
8547	exstirpácia a excízia benigných a maligných nádorov kože, podkožia a svalu	010, 011, 038, 107	120	
8548	tenolýza šľachy	108,038, 011, 013,	400	
8549	sutúra šľachy	108,038, 011, 013	500	
8550	voľný šľachový transplantát	108,038, 011,013	440	
8551	transpozícia šľachy	108,011, 013, 038	400	
8552	operácia malých kĺbov ruky - artrolýza	011, 108, 038	400	
8553	operácia malých kĺbov ruky - artrodéza	011, 108, 038	400	
8564	laparoskopická cholecystektómia	010	700	
8565	operácia hemoroidov	010, 068	600	
8566	odstránenie hemoroidov elastickou ligatúrou	010, 068	110	
8567	vytvorenie alebo rekonštrukcia arteriovenózneho fistuly pri chronickej liečbe hemodialýzou	010, 068	600	
8570	transpozícia nervus ulnaris	011	297	

8571	exstirpácia lymfatických uzlín	010, 009	250	
8572	exstirpácia nehmatného benigného nádoru prsnej žľazy verifikovaného zobrazovacou metódou	009, 010, 017	400	
8573	exstirpácia gangliómu	010, 011	100	
8575	amputácia prsta pre gangrénu	010, 038	250	
8576	laparoskopické výkony diagnostické	010, 009	500	
8577	laparoskopická apendektómia	010	700	
8578	artroskopické výkony v zápästí	011, 013	1 280	
8582	operácia Dupuytrenovej kontraktúry - punkčná fasciektómia	011, 038	420	
8583	operácia Dupuytrenovej kontraktúry - parciálna fasciektómia	011, 038	450	
8584	operácia Dupuytrenovej kontraktúry - totálna fasciektómia	011, 038	500	
8585	discízia ligamentum carpi transversum bez epineurolýzy nervus medianus	011, 038	400	
8586	endoskopické vyšetrenie v celkovej anestézii	010, 048	300	
8587	zrušenie arteriovenózneho fistuly	010, 068	260	
8588	nekrektómie	010, 038	150	
8611	konizácia cervixu	009	440	
8612	excízia vulvy - len ako terapeutický zákrok v CA	009	440	
8613	exstirpácia cýst glandule vestibularis - Bartolinskej žľazy	009	400	
8614	kordocentéza	009	310	
8615	amnioinfúzia	009	310	
8619	resekcia vaginálneho septa	009	350	
8620	hysteroskopia (+ prípadná resekcia uterinného septa)	009	500	
8623	sterilizácia ženy zo zdravotných dôvodov	009	360	Výkon musí byť schválený RL GR 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 sieťky)	009	450	
8631	uretrálna suspenzia (s použitím suburetrálnej pásky) na liečbu stresovej inkontinencie alebo pri vezikorenálnom refluxe	009, 012	500	
8631A	uretrálna suspenzia (s použitím suburetrálne plniacej substancie) po zlýhaní 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	
8700	operácia strabizmu zo zdravotných dôvodov	015, 336	320	
8701	plastické operácie na mihalniciach (ektropium, entropium, blefarochalázia) zo zdravotných dôvodov	015, 038, 336	320	Výkon musí byť schválený RL GR pred poskytnutím zdravotnej starostlivosti, súčasťou žiadosti je aj fotodokumentácia a počítačovo vyhotovený periméter
8702	operácia nystagmu	015	300	
8703	elektroepilácia	015	113	
8704	excimer - laserové operácie rohovky len zo zdravotných indikácií (indiačné kritérium: anizometropia od 3,5 D a v prípade rohovkových lézií)	015	400	
8705	fotodynamická terapia sietnice	015	400	
8707	operácia pterygia - ablácia a plastika	015	260	

8708	operácia nádorov mihalníc	015	300	
8709	operácia nádorov spojovky	015	300	
8710	keratoplastika - vrátane ceny za implantát	015	1 856	
8711	operácie slzných bodov a slzných ciest	015	200	
8712	operácie slzného vaku	015	461	
8713	zavedenie trvalej alebo dočasnej sondy do slzných ciest (operácie slzných ciest)	015	200	
8714	tarzorafia	015	300	
8715	operácia lagoftalmu s implantáciou závažia hornej mihalnice (vrátane závažia)	015, 038, 336	696	
8716	operácia zrastov spojovky (operácia zrastov spojovky s voľným transplantátom)	015	300	
8717	krytie rohovky amniovou membránou	015	400	
8718	CXL - corneal cross linking	015	450	
8719	IAK - incízna astigmatická keratotómia	015	450	
8720	intraštomálna implantácia distančných prstencov-vrátane nákladov za prstence	015	1 515	
8721	transpupilárna termoterapia nádorov sietnice a cievovky	015	350	
8722	explantácia a reimplantácia umelej vnútroočnej šošovky	015	406	
8723	skleroplastika	015	400	
8724	intravitreálna aplikácia liekov	015	150	Podmienky úhrady v prípade aplikácie liekov s obsahom liečiv na intravitreálne podanie (S01LA04 Ranibizumab intravitreálne 10 mg/ml, S01LA05 Aflibercept intravitreálne 40 mg/ml): • liečivá podliehajú predchádzajúcemu schváleniu poisťovňou, • liečivá spĺňajú indikačné obmedzenia uvedené v zozname kategorizovaných liekov v platnom znení, lieky sa vykazujú ako pripočítateľná položka k výkonu v súlade s Metodickým usmernením ÚDZS o spracovaní a vykazovaní zdravotných výkonov poskytovateľov

				zdravotnej starostlivosti elektronickou formou
8725	operácia odlúpenia sietnice episklerálne	015	600	
8726	pneumoretinopexia	015	350	
8728	pars plana vitrektómia	015	800	
8729	pars plana vitrektómia a lensektómia s implantáciou umelej vnútroočnej šošovky	015	800	
8731	primárne ošetrovanie hlbkej rany rohovky alebo sklery alebo mihalníc	015	220	
8732	primárne ošetrovanie penetrujúcej rany rohovky alebo sklery bez poranenia šošovky a bez vnútroočného cudzieho telesa	015	370	
8733	primárne ošetrovanie penetrujúcej rany rohovky alebo sklery s poranením šošovky a bez vnútroočného cudzieho telesa	015	400	
8734	primárne ošetrovanie penetrujúcej rany rohovky alebo sklery bez poranenia šošovky s vnútroočným cudzím telesom	015	370	
8735	primárne ošetrovanie penetrujúcej rany rohovky alebo sklery s poranením šošovky s vnútroočným cudzím telesom	015	450	
8750K	operácia sivého zákalu v kombinácii s iným súvisiacim výkonom v odbornosti	015	600	
8800	endoskopická adenotómia	014, 114	470	
8801	tonzilektómia	014, 114	522	
8802	tonzilotómia	014, 114	345	
8803	uvulopalatoplastika	014	375	
8804	plastika oroantrálnej komunikácie	014, 070, 345	355	
8805	extrakcia kameňa submandibulárnej žľazy	014	315	
8806	exstirpácia sublinguálnej slinnej žľazy	014, 114, 070	335	
8807	exstirpácia submandibulárnej slinnej žľazy	014, 070, 114	335	
8808	Parciálna exstirpácia malého tumoru príušnej žľazy	014	385	
8809	endoskopická chordektómia	014	295	
8810	endoskopická laterofixácia	014	345	
8813	exstirpácia mediálnej krčnej cysty	014	418	

8814	exstirpácia laterálnej krčnej žľazy	014	425	
8815	turbinoplastika	014, 114	478	
8819	operácia stenózy zvukovodu okrem atrézie	014, 114	365	
8820	myringoplastika	014, 114	650	
8821	tympanoplastika bez protézy	014, 114	650	
8823	stapedoplastika	014	800	
8824	sanačná operácia stredného ucha	014	515	
8825	adenotómia	014,114	245	
8826	mikrochirurgické výkony na hrtane	014, 114	500	
8827	septoplastika - operácia nosovej priehradky (podmienkou je zdravotná indikácia výkonu)	014, 038, 114	380	
8829	plastika nosovej chlopne	014	395	
8830	funkčná endoskopická sínusová chirurgia (FESS)	014	800	
8831	operácia prínosovej dutiny vonkajším prístupom	014	475	
8834	frenulotómia	014, 114	198	
8835	transpozícia vývodu submandibulárnej slinnej žľazy pri sialolitíaze a stenóze vývodu	014	380	
8836	diagnostická mikroendoskopia hrtana	014, 114	305	
8837	exstirpácia ohraničeného tumoru alebo lymfatickej uzliny podkoží na krku	014	195	
8838	diagnostická excízia z tumoru nosohltana	014, 114	330	
8840	korekcia nosového krídla vložením chrupkového transplantátu, auto- alebo alotransplantátu	038, 014	520	
8841	endoskopická operácia prínosových dutín	014,114	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	038, 014	95	
8849	funkčná septorinoplastika	014, 114, 038	339	

8850	endoskopická adetonómia + tonsilektómia	014	720	
8851	endoskopická adenotómia + tonsilotómia	014,114	646	
8852	tonsilektómia + uvulopalatoplastika	014	710	
8853	turbinoplastika + dacryocystostorinostómia	014	825	
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, 114, 038	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, 109	440	
8905	zavedenie a/alebo odstránenie ureterálnej endoprotézy	012	400	
8909	operácia fimózy - cirkumcizia zo zdravotných dôvodov	010, 012, 038, 107, 109	345	
8910	divulzia uretry pri stenóze ženskej uretry	012, 109	255	
8911	plastika verikokély	012, 109	440	
8912	resekcia spermatokély alebo cysty nadsemeníka	012	440	
8914	operácia jednoduchej hydrokély u mužov	012	440	
8915	frenuloplastika pre frenulum breve penis	012, 107	285	
8916	sterilizácia 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 uretotómia krátkej striktúry	012	300	
8921	biopsia prostaty	012	248	
8922	biopsia glans penis	012	138	
8926	ureteroskopia	109,012	330	
8927	ureteroskopická litotripsia a extrakcia konkrementu pri jednoduchej ureterolitiáze	012	400	
8928	dilatácia striktúry uretry	109,012	154	
8929	operačná repozícia parafimózy	010, 012, 038, 107, 108	250	
9101	papilosfinkterektómia a odstránenie konkrementov zo žľčových ciest alebo pankreatického vývodu (endoskopická retrográdna cholangiografia)	048	500	
9103	endoskopické zavedenie drenáže žľčových ciest alebo pankreasu	048	500	
9104	endoskopická polypektómia a endoskopická mukózna resekcia v tráviacom trakte	048	500	
9105	endoskopická injekčná sklerotizácia pažerákových varixov	048	450	
9106	aplikácia stentov v tráviacom trakte pod endoskopickou alebo rtg kontrolou	048	450	
9107	endoskopická laserová a argón plazma koagulačná ablácia v tráviacom trakte	048	400	
9108	fotodynamická ablatívna terapia v tráviacom trakte	048	355	
9109	tenkoihlová biopsia pod endoskopickou ultrasonografickou kontrolou v tráviacom trakte	048	405	
9202	resekcia alebo iná operácia dolnej nosovej mušle	038, 014	315	
9204	korekcia nosa a nosového septa pri rozštepe podnebia	038, 014	315	
9205	korekcia nosných dierok zo zdravotných dôvodov	038, 014	345	
9205A	korekcia nosových dierok zo zdravotných dôvodov u detí do 18 rokov vrátane	014, 114, 038	430	
9254	operácia venter pendulum zo zdravotných dôvodov	038, 010	255	Výkon musí byť schválený RL GR pred poskytnutím zdravotnej starostlivosti, súčasťou žiadosti je aj fotodokumentácia
9255	operácia diastázy priamych brušných svalov	038, 010	395	
9606	sondáž slzných ciest	015, 336,	180	
9607	injekčná aplikácia kortikoidu do periokulárneho hemangiómu	015, 336	180	

9609	laserová koagulácia sietnice	015, 336	170	
9713	rekonštrukcia nosového krídla	014, 114	449	
8664	rekonštrukčná operácia defektu panvového dna s použitím sieťky	009	450	
8706A	operácia glaukómu filtračná	015, 336	415	
8706B	operácia glaukómu laserom	015, 336	305	
8706C	operácia glaukómu kryom	015, 336	279	
8821A	tympanoplastika s protézou	014, 114	860	
8833	aurikuloplastika zo zdravotných dôvodov	014, 038, 114	252	Výkon musí byť schválený RL GR pred poskytnutím zdravotnej starostlivosti, súčasťou žiadosti je aj fotodokumentácia
8847	transmyringická drenáž so zavedením ventilačnej trubičky	014, 114	170	
8924	diagnostická cystoskopia (biopsia močového mechúra)	012, 109	160	
9210	korekcia ptózy hornej mihalnice zo zdravotných dôvodov	015, 038, 336	440	Výkon musí byť schválený RL GR pred poskytnutím zdravotnej starostlivosti, súčasťou žiadosti je aj fotodokumentácia, počítačový periméter, neurologické vyšetrenie a EMG
9300	diagnostická biopsia kože, podkožia a svalov v celkovej anestéze u detí	010, 011, 013, 107	150	

Jednodňová zdravotná starostlivosť (JZS) – zdravotná starostlivosť poskytovaná osobe v zmysle platného Odborného usmernenia Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky číslo 12225/2009-OZS o výkonoch jednodňovej zdravotnej starostlivosti.

Primárne sa do JZS prijíma pacient, u ktorého je predpoklad, že jeho zdravotný stav bude vyžadovať nepretržité poskytovanie zdravotnej starostlivosti nepresahujúce 24 hodín. V odôvodnených prípadoch ak nepretržité poskytovanie zdravotnej starostlivosti presiahne uvedený časový úsek, vykáže sa ako hospitalizačný prípad v systéme DRG.

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 „ŠZM“), ak nie je v zmluve uvedené inak, pričom pri výkonoch JZS, ktorých súčasťou je úhrada ŠZM, poskytovateľ vykáže ako pripočítateľnú položku kód použitého ŠZM podľa kategorizačného zoznamu MZ SR (uvedeného na webovej stránke MZ SR) s nulovou cenou.

Poskytovateľ nie je oprávnený vykazovať výkony JZS v inej odbornosti ako sú definované v rozsahu zazmluvnenia JZS podľa Prílohy č. 2 zmluvy.

Kombinované výkony JZS - poskytovateľ môže vykazovať len zmluvne dohodnuté kombinované výkony JZS. Výkony JZS 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 ŠZM, maximálne však vo výške úhrady kategorizovaného a nekategorizovaného ŠZM so stanovenou maximálnou tzv. pripočítateľnou položkou (ďalej len „pripočítateľná položka“), ktorá je zverejnená na webovej stránke poisťovne, v súlade s indikačnými kritériami:

- ku kódom výkonov č. 1390, 1391, 1392 a 8750K v odbore oftalmológia sa hradí ako pripočítateľná položka nákup vnútroočnej šošovky,

- pri výkone 1395 sa hradia ako pripočítateľné položky, po predchádzajúcom súhlase revízného lekára generálneho riaditeľstva VŠZP, nákup vnútroočnej šošovky z podskupiny XF2.13 - Umelá vnútroočná šošovka s fixáciou v uhle monofokálna fakická – mäkká prednokomorová .
- ku kódu výkonu č. 8631 v odbore gynekológia a urológia sa hradí ako pripočítateľná položka nákup suburetrálnej pásky na liečbu stresovej inkontinencie.
- ku kódu výkonu 8501B v odbore chirurgia a plastická chirurgia sa hradia ako pripočítateľné položky nákup kategorizovaných ŠZM - Sieťka antiadhezívna - veľkosť nad 12 cm, z podskupiny XH1.2.
- ku kódu výkonu 8664 v odbore gynekológia sa hradia ako pripočítateľné položky nákup kategorizovaných ŠZM – Implantáty gynekologické z podskupiny XJ1.
- ku kódom výkonov 9245 a 9247 v odbore plastická chirurgia sa hradia ako pripočítateľné položky nákupy kategorizovaných ŠZM – Implantáty mamárne z podskupiny XK1.

4. Stacionár

Cena za výkon – jeden ošetrovací deň v stacionári		
Kód výkonu	Stacionár v odbore	Maximálna cena za výkon v €
8899	Stacionár v odbore neuroológia	16,00
8899	Stacionár v odbore psychiatria	16,00
Charakteristika a pravidlá vykazovania zdravotnej starostlivosti		
• Stacionár je určený na poskytovanie zdravotnej starostlivosti v čase kratšom ako 24 hodín, kde sa vykonáva súbor pracovných činností pri poskytovaní ambulantnej zdravotnej starostlivosti osobám, ktorých zdravotný stav vyžaduje opakované denné poskytovanie ambulantnej zdravotnej starostlivosti vždy v nadväznosti na ústavnú zdravotnú starostlivosť alebo ambulantnú zdravotnú starostlivosť. • Zdravotná starostlivosť v stacionári sa uhrádza cenou za výkon – jeden ošetrovací deň. • Cena za výkon zahŕňa všetky náklady súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v stacionári vrátane nákladov na lieky so spôsobom úhrady A, nákladov na zdravotnícke pomôcky s výnimkou psychiatrického stacionára, kde sa lieky so spôsobom úhrady A hradia nad cenu ošetrovacieho dňa. • Maximálna dĺžka denného pobytu v stacionári je v súčte najviac 3 mesiace v priebehu posledných 12 mesiacov. • Pobyt v stacionári dlhší ako 3 mesiace je možný len s predchádzajúcim súhlasom poisťovne. • Indikáciu na poskytovanie zdravotnej starostlivosti určí ošetrojúci lekár ústavnej alebo špecializovanej ambulantnej starostlivosti v Návrhu na poskytovanie zdravotnej starostlivosti v dennom stacionári. Tlačivo Návrhu je uverejnené na internetovej stránke poisťovne. Návrh je platný najviac 3 mesiace, je súčasťou zdravotnej dokumentácie poistenca v stacionári a kópia alebo odpis návrhu je súčasťou zdravotnej dokumentácie poistenca u ošetrojúceho lekára špecializovanej ambulantnej starostlivosti alebo v chorobopise ústavnej starostlivosti. • Poskytovateľ vykazuje výkony v dátovom rozhraní pre ambulantnú zdravotnú starostlivosť v dávke 753a.		

5. Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky (SVLZ)

5.1. SVLZ – laboratórne

SVLZ – laboratórne		
Cena bodu		
Kód odbornosti	Špecializačný odbor	Cena bodu v €
024	Klinická biochémia – nepretržitá prevádzka	0,005975
031	Hematológia a transfuziológia – nepretržitá prevádzka	0,006141
034	Klinická mikrobiológia – nepretržitá prevádzka	0,006141
040	Klinická imunológia a alergológia	0,006141
062	Lekárska genetika	0,005975
	Ostatné laboratórne odbornosti neuvedené vyššie	0,005534

5.2. SVLZ – zobrazovacie

SVLZ – zobrazovacie	
Cena bodu	
Špecializačný odbor	Cena bodu v €
Rádiológia odb. 023 – typ ZS 400 – okrem vybraných skiagrafických RTG výkonov: 5010, 5011, 5012, 5015, 5016, 5020, 5021, 5022, 5023, 5024, 5025, 5030, 5031, 5032, 5033, 5035, 5050, 5051, 5052, 5053, 5056, 5060, 5061, 5062, 5065, 5070, 5071, 5072, 5075, 5076, 5077, 5080, 5081, 5082, 5083, 5090, 5095, 5051R	0,007303
výkony externej rádioterapie a rádiofyzyky, vykonané ambulantne v rámci odbornosti radiačnej onkológie – odb. 043	0,014273
CT – počítačová tomografia – typ ZS 420 – Klaster 3	0,004114

5.3. SVLZ – ostatné

SVLZ – ostatné			
Cena bodu			
Kód výkonu	Názov, charakteristika alebo podmienky úhrady výkonu	Počet bodov	Cena bodu v €
509a	Odbornosť 027 - Vybrané výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ) z časti FYZIATRIA BALNEOTERAPIA A LIEČEBNÁ REHABILITÁCIA.	220	0,013166
512		130	
513		250	
514a		450	
516		180	
518		350	
522		290	
523a		145	
530		180	
531		220	
532		300	
533a		450	
540		180	
541		350	
542		300	
-	Odbornosť 027 - Výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ okrem vybraných výkonov) z časti FYZIATRIA BALNEOTERAPIA A LIEČEBNÁ REHABILITÁCIA.	-	0,009080
-	Ostatné výkony SVLZ (zobrazovacie diagnostické metódy – typ ZS 400), okrem SVLZ – laboratórne, SVLZ – zobrazovacie a SVLZ – FBLR	-	0,006971

5.4. Maximálne ceny pripočítateľných položiek k výkonom SVLZ

Maximálne ceny pripočítateľných RD kódov v rádiológii						
Kód výkonu	Počet bodov za výkon	Názov výkonu	RD kód	Max. cena RD v €	Kódy stentu/ stentgraftu	Max. cena stentov, stentgaftov v €/ks
5149	15 000	Endoskopická retrográdna cholangiopankreatikografia (výkon môže vykazovať gastroenterológ v spolupráci s lekárom rádiológom)	RD070	232		
5149a	16 000	Endoskopická retrográdna cholangiopankreatikografia a papilotómia (výkon môže vykazovať gastroenterológ v spolupráci s lekárom rádiológom)	RD071	1 228		
5149b	20 000	Endoskopická retrográdna cholangiopankreatikografia a implantácia stentu (výkon môže vykazovať gastroenterológ v spolupráci s lekárom rádiológom)	RD072	3 024	120226	1 475
5149c*	40 000	Spyglass cholangioskopia*	RD104	6 500		
5154	15 000	Baloniková dilatácia v oblasti ezofágu alebo iného úseku gastrointestinálneho traktu	RD080	996		

5154a	25 000	Implantácia stentu do ezofágu alebo do inej časti gastrointestinálneho traktu	RD081	2 490	120227	1 493
*Podmienky úhrady výkonu 5149c: poisťovňa uhradí výkon pri nejasnej resp. nejednoznačnej lézii (striktúry) žlčových ciest a pankreatického vývodu na definitívne potvrdenie benignity alebo malignity lézie, alebo pri terapeutickom riešení veľkých konkrementov v pankreatiko-biliárnom systéme ako jedinej terapeutickej možnosti alebo pri primárnej sklerotizujúcej cholangitídy.						

Pokiaľ poskytovateľ použije pri poskytovaní SVLZ výkonov v rádiológii nekategorizovaný špeciálny zdravotnícky materiál (ďalej len „SZM“), poisťovňa uhradí poskytovateľovi cenu vo výške skutočných nadobúdacích nákladov SZM, maximálne však vo výške uvedenej v tabuľke vyššie. V cene RD kódu je zahrnutý všetok použitý SZM.

Maximálne ceny pripočítateľných položiek pri výkonoch intervenčnej rádiológie s výnimkou RD kódov

Pri poskytovaní výkonov intervenčnej rádiológie môže poskytovateľ vykázat iba kategorizovaný špeciálny zdravotnícky materiál (ďalej len „SZM“) uvedený v Zozname kategorizovaných špeciálnych zdravotníckych materiálov (ďalej len „Zoznam kategorizovaných SZM“), pokiaľ v zmluve nie je dohodnuté inak. Poisťovňa uhradí poskytovateľovi cenu vo výške skutočných nadobúdacích nákladov SZM, maximálne však vo výške úhrady kategorizovaného SZM so stanovenou maximálnou tzv. pripočítateľnou položkou (ďalej len „pripočítateľná položka“), ktorá je zverejnená na webovej stránke poisťovne v Zozname kategorizovaného SZM s maximálne stanovenou tzv. pripočítateľnou položkou.

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

5.5. Osobitné ustanovenia o spôsobe a podmienkach úhrady vybraných skiagrafických RTG výkonov

Táto časť prílohy sa vzťahuje na skiagrafické RTG výkony uvedené v Tabuľke – Vybrané skiagrafické RTG výkony (ďalej v tejto časti prílohy ako „vybrané výkony“), určuje špecifickú spôsobu a podmienok ich úhrady a spôsob vykazovania PACS ako pripočítateľných položiek k týmto výkonom.

Poskytovateľ sa v súvislosti s úhradou zdravotnej starostlivosti podľa tejto časti prílohy zaväzuje:

1. Poskytovať zdravotnú starostlivosť na pracovisku poskytujúcom vybrané výkony minimálne v rozsahu 30 ordinačných hodín týždenne.
2. Vyhотовovať popis snímky ako súčasť vybraných výkonov priamo poskytovateľom.
3. Počnúc rokom 2020, v ročnej periodicite, do 31. 3., zaslať poisťovní anonymizované údaje o dávkach ožiarenia poistencov poisťovne v elektronickej forme a rozsahu uvedenom v Tabuľke – rozsah údajov o ožiarení; alebo formou písomného súhlasu v prospech VŠZP poskytovateľ sprístupní anonymizované údaje, ktoré monitoruje externý dodávateľ minimálne v rovnakom rozsahu. Anonymizovanými údajmi sa účely tohto bodu rozumejú

údaje, ktoré nie je možné priradiť ku konkrétnej osobe ani s použitím dodatočných informácií uchovávaných poskytovateľom.

4. Nevyžadovať od poistenca poisťovne úhradu za vybrané výkony, ktoré sú v zmysle tejto zmluvy a jej príloh hrazené poisťovňou.

Kontrola dodržiavania povinnosti poskytovateľa:

- a) Poisťovňa je kedykoľvek oprávnená vykonať kontrolu dodržiavania povinností uvedených v bodoch 1 až 4 tejto časti prílohy (ďalej v tejto časti prílohy ako „povinnosti poskytovateľa“). V prípade, že poisťovňa zistí porušenie povinností poskytovateľa, je oprávnená ho o tomto zistení písomne informovať a vyzvať poskytovateľa (ďalej v tejto časti prílohy ako „Výzva poisťovne“) na predloženie písomného vyjadrenia (ďalej v tejto časti prílohy ako „Vyjadrenie poskytovateľa“) k zisteniam poisťovne.
- b) Ak poisťovňa neakceptuje odôvodnenie uvedené vo Vyjadrení poskytovateľa alebo poskytovateľ toto Vyjadrenie nedoručí poisťovni v lehote stanovenej vo Výzve poisťovne (minimálne 5 pracovných dní odo dňa doručenia Výzvy poisťovne), je poisťovňa oprávnená uhrádzať vybrané výkony v cene bodu podľa Tabuľky – Cena bodu pre vybrané skiografické výkony pri porušení povinnosti poskytovateľa.
- c) Poisťovňa je oprávnená podľa písm. b) uhrádzať zdravotné výkony za obdobie od kalendárneho mesiaca bezprostredne nasledujúceho po mesiaci, v ktorom bola poskytovateľovi doručená Výzva poisťovne, do kalendárneho mesiaca bezprostredne nasledujúceho po mesiaci, v ktorom poskytovateľ doručil poisťovni písomné stanovisko, v ktorom deklaroval odstránenie následkov porušenia povinnosti poskytovateľa.

Tabuľka – Vybrané skiografické RTG výkony

Číslo výkonu	5010, 5011, 5012, 5015, 5016, 5020, 5021, 5022, 5023, 5024, 5025, 5030, 5031, 5032, 5033, 5035, 5050, 5051, 5052, 5053, 5056, 5060, 5061, 5062, 5065, 5070, 5071, 5072, 5075, 5076, 5077, 5080, 5081, 5082, 5083, 5090, 5095, 5051R
--------------	---

Tabuľka – Cena bodu pre vybrané skiografické RTG výkony a úhrada PACS

Pracovisko		P42383023501			
Typ ZS	Odbornosť	Klaster	Cena bodu v €	Vykazovanie pripočítateľných položiek	
				PACS	FOTO
400	023	3	0,013876	s nulovou cenou	nevykazovať
Pracovisko		P42383023502			
Typ ZS	Odbornosť	Klaster	Cena bodu v €	Vykazovanie pripočítateľných položiek	
				PACS	FOTO
400	023	3	0,013876	s nulovou cenou	nevykazovať
Pracovisko		P42383023503			
Typ ZS	Odbornosť	Klaster	Cena bodu v €	Vykazovanie pripočítateľných položiek	
				PACS	FOTO
400	023	3	0,013876	s nulovou cenou	nevykazovať
Pracovisko		P42383023504			
Typ ZS	Odbornosť	Klaster	Cena bodu v €	Vykazovanie pripočítateľných položiek	
				PACS	FOTO
400	023	3	0,013876	s nulovou cenou	nevykazovať

Tabuľka – Cena bodu pre vybrané skiografické RTG výkony pri porušení povinnosti poskytovateľa

Pre všetky pracoviská			
Typ ZS	Odbornosť	Cena bodu v €	PACS ako pripočítateľná položka je zahrnutá v cene bodu
400	023	0,007303	Nie

Tabuľka – rozsah údajov o ožiarení

Údaj	štruktúra údaju
dátum a čas poskytnutia výkonu	DD.MM.RRRR , HH.MM
vek pacienta	celé číslo
pohlavie pacienta	M / Ž
typ výkonu	číslo výkonu vybraného skiografického výkonu
počet expozícií	celé číslo
dávka žiarenia	mSv (milisievert)
identifikácia prístroja	názov prístroja a rok výroby
bezvýznamý jedinečný identifikátor poistenca	číslo

5.6. Skrining karcinómu prsníka

Preventívne výkony – skrining karcinómu prsníka				
Kód výkonu	Názov výkonu	Charakteristika výkonu	Kód diagnózy	Cena za výkon (€)*
1301	skriningová mamografia	negatívny nález	Z01.6 Z80.3 Z87.7	30,00
1301a		abnormálny nález po mamografii, bez USG a biopsie		
1301b		negatívny nález po mamografii a USG, bez biopsie		
1301c		abnormálny nález po mamografii a USG, bez biopsie		
1301d		negatívny nález po mamografii, USG a biopsii		
1301e		pozitívny nález po mamografii, USG a biopsii		
* V cene za výkon sú zahrnuté náklady za komplexné vyšetrenie poistenky, t. j. cena za mamografiu, USG, biopsiu, administratívne účely s tým spojené a následné odoslanie poistenky na vyššie pracovisko v prípade pozitívneho nálezu.				

Poisťovňa uhradí poskytovateľovi zdravotnú starostlivosť súvisiacu so skriningom karcinómu prsníka za nasledovných podmienok:

- Skrining nádorov prsníkov predstavuje organizovanú a vyhodnocovaciu činnosť majúcu za cieľ včasné zachytenie zhubných nádorov prsníka vykonávaním skriningových mamografických vyšetrení prsníkov a prípadne iných doplnkových diagnostických vyšetrení (USG, biopsia) u poistenkyň pozvaných poisťovňou.
- Skrining nádorov prsníkov sa vykonáva a uhrádza u poistenky, ktorá bola poisťovňou pozvaná na skrining nádorov prsníkov a poskytovateľovi sa preukáže „Pozývacím listom“ poisťovne. Pozývací list sa pre tieto účely považuje za odporúčanie na poskytnutie mamografie a ďalšej zdravotnej starostlivosti súvisiacej so skriningom nádorov prsníkov a pri vykázaní na úhradu do poisťovne sa ako odporúčajúci lekár uvedie lekár v špecializačnom odbore rádiológia zamestnaný u poskytovateľa.
- Poskytovateľ v čase realizácie skriningu nádorov prsníkov spĺňa všetky podmienky vstupu mamografického pracoviska do populačného skriningu rakoviny prsníka zverejnených na webovom sídle Ministerstva zdravotníctva SR v dokumente „Skrining rakoviny prsníka“.
- Poskytovateľ je povinný oboznámiť poistenku o výsledku vyšetrenia bezodkladne po ukončení výkonu. Písomné vyrozumienie zašle poskytovateľ elektronickou alebo bežnou poštou ošetrojúcemu lekárovi, ktorého poistenka uvedie pri skriningovom vyšetrení, a to do 3 pracovných dní od ukončenia výkonu, v prípade biopsie do 14 pracovných dní. V prípade pozitívneho nálezu mamografického skriningu je poskytovateľ povinný odoslať poistenku na vyššie pracovisko.
- Poskytovateľ je povinný nahlásiť poisťovni kontaktné údaje v rozsahu e-mailová adresa a telefonický kontakt slúžiacie na objednanie poistenkyň na skrining mamografie, a to zaslaním kontaktných údajov elektronicky na skrining@vszp.sk do 3 pracovných dní odo dňa zazmluvnenia preventívnych výkonov skriningovej mamografie. Poskytovateľ sa zaväzuje oznamovať poisťovni každú zmenu v kontaktných údajoch bezodkladne. Poskytovateľ zároveň berie na vedomie a súhlasí, že poisťovňa bude poskytovateľom oznámené kontaktné údaje uvádzať na Pozývacom liste.
- Poskytovateľ postupuje v súlade s dokumentom „Štandardný postup na vykonávanie lekárskeho ožiarenia a na výkone prevencie – skriningová mamografia“ vydaným Ministerstvom zdravotníctva SR.
- Výkon skriningovej mamografie sa vykazuje samostatne 1x za 2 kalendárne roky v prípade, ak poistenka v posledných 2 rokoch neabsolvovala preventívnu mamografiu a bola poisťovňou pozvaná na skriningovú mamografiu.
- Poisťovňa akceptuje úhradu výkonu nad zmluvne dohodnutý maximálny rozsah úhrady zdravotnej starostlivosti.
- Výkon nebude poisťovňou akceptovaný v prípade, ak:
 - poistenka bola zaslaná na mamografický skrining v rámci gynekologickej prevencie; poskytovateľ v tomto prípade vykazuje poisťovni zdravotnú starostlivosť pod kódom výkonu prevencie
 - poskytovateľ nepostupoval v súlade s dokumentom „Štandardný postup na vykonávanie lekárskeho ožiarenia a na výkone prevencie – skriningová mamografia“ vydaným Ministerstvom zdravotníctva SR
 - poskytovateľ vykáže výkony skriningovej mamografie (1301a až 1301e) súčasne
 - poskytovateľ vykáže výkony skriningovej mamografie (1301a až 1301e) a diagnostickej (preventívnej) mamografie súčasne.

6. Priamo hradené výkony

Kód výkonu	Názov výkonu	Odbornosť pracoviska	Odbornosť indikujúceho lekára	Kód diagnózy	Max. cena za výkon v €
335	Hyperbarická oxygenoterapia v jednomiestnej komore plnenej kyslíkom pre jedného poistenca poisťovne				70,00
334	Hyperbarická oxygenoterapia – jeden pacient vo veľkej komore pri plánovanej liečbe za 2 hodiny				34,00
7214	Postnatálne vyšetrenie karyotypu z dlhodobej tkanivovej kultivácie prúžkovaním chromozómov	062	062	bez väzby na diagnózu	150,00
7215	Postnatálne vyšetrenie karyotypu z kultivácie lymfocytov prúžkovaním chromozómov	062	062	bez väzby na diagnózu	115,00
7216	Rozšírené vyšetrenie myelodysplastického syndrómu, za každú ďalšiu sondu (doplnok k výkonu 7233A)	062	031, 329, 342	D46*	107,91
7216A	AML prvovýšetrenie, CG + FISH (najmenej 5 sond bez riedenia) + MG	062	031, 329, 342,019	C92.0*, C92.3*, C92.4*, C92.5*, C93.0*, C94.0*, C95.0*	881,00
7216B	AML relaps, CG + FISH (najmenej 5 sond bez riedenia) + MG	062	031, 329, 342,019	C92.0*, C92.3*, C92.4*, C92.5*, C93.0*, C94.0*, C95.0*	881,00
7216C	AML kontrolné vyšetrenie, FISH + MG, v prípade potreby aj CG	062	031, 329, 342,019	C92.0*, C92.3*, C92.4*, C92.5*, C93.0*, C94.0*, C95.0*	350,00
7218A	CML prvovýšetrenie, CG + FISH + MG	062	031, 329, 342, 019	C92.1*, C92.2*, C93.1*, C93.2, C93.3*	500,00
7218B	CML relaps, CG + FISH + MG	062	031, 329, 342, 019	C92.1*, C92.2*, C93.1*, C93.2, C93.3*	500,00
7218C	CML kontrolné vyšetrenie, CG alebo FISH	062	031, 329, 342, 019	C92.1*, C92.2*, C93.1*, C93.2, C93.3*	250,00
7218D	CML kontrolné vyšetrenie, MG	062	031, 329, 342, 019	C92.1*, C92.2*, C93.1*, C93.2, C93.3*	250,00
7218E	CML detekcia mutačného statusu bcr/abl	062	031, 329, 342, 019	C92.1*, C92.2*, C93.1*, C93.2, C93.3*	300,00
7220A	Základné vyšetrenie cystickej fibrózy (gén CFTR), vyšetrenie mutácie F508del pri E84 (postnatálne vyšetrenie)	062	062	E84*	49,05
7220B	Rozšírené vyšetrenie cystickej fibrózy (gén CFTR), vyšetrenie 50 najčastejších bodových mutácií pri E84 (postnatálne vyšetrenie)	062	062	E84*	343,35
7220C	Kompletné vyšetrenie cystickej fibrózy (gén CFTR), sekvenácia celého génu pri E84 (postnatálne vyšetrenie)	062	062	E84*	1 079,10
7221A	ALL prvovýšetrenie, CG + FISH + MG vrátane MLPA IKAROS	062	031, 329, 342,019	C.81*, C.83*, C84*, C85*, C91* (okrem C91.1)	881,00
7221B	ALL relaps, CG + FISH + MG	062	031, 329, 342,019	C.81*, C.83*, C84*, C85*, C91* (okrem C91.1)	881,00
7221C	ALL kontrolné vyšetrenie	062	031, 329, 342,019	C.81*, C.83*, C84*, C85*, C91* (okrem C91.1)	350,00
7223A	CLL prvovýšetrenie, CG + FISH + MG	062	031, 329, 342,019	C91.1*	500,00

Kód výkonu	Názov výkonu	Odbornosť pracoviska	Odbornosť indikujúceho lekára	Kód diagnózy	Max. cena za výkon v €
7223B	CLL relaps, CG + FISH + MG	062	031, 329, 342,019	C91.1*	500,00
7223C	CLL kontrolné vyšetrenie	062	031, 329, 342,019	C91.1*	250,00
7223D	CLL detekcia mutačného statusu IGHV (u pacientov pred transplantáciou)	062	031, 329, 342,019	C91.1*	450,00
7227A	Prenatálne vyšetrenie karyotypu plodu z dlhodobej tkanivovej kultivácie pružkovaním chromozómov	062	062,009	O35*, Z36*, O02.1,O28*	150,00
7227B	Prenatálna genetická diagnostika aneuploídií molekulárno-genetickými alebo cytogenetickými metódami (chromozómy 13,18,21,X,Y)	062	062,009	O35*, Z36*, O02.1,O28*	200,00
7228A	Základné vyšetrenie mnohonásobného myelómu za použitia dvoch sond	062	062, 031, 329, 342, 029, 019, 350	C90.0*,C88*,D47.2	220,00
7228B	Rozšírené vyšetrenie mnohonásobného myelómu, použitie každej ďalšej sondy ako doplnok k výkonu 7228A	062	062, 031, 329, 342, 029, 019, 350	C90.0*,C88*,D47.2	110,00
7229	Vyšetrenie iných zápalov ženských panvových orgánov (mimo chlamýdií a HPV)	062, 029, 034	009,012,018,002	A56*, A63*, N72*, N74.8, N76.8, N87*	40,00
7230A	Vyšetrenie karyotypu z periférnej krvi u jedného z partnerov pri infertilité	062	062	N46*, N97*,N96*	115,00
7230B	Vyšetrenie delícií v AZF oblasti Y - chromozómu (oblasti a/b/c) pri mužskej neplodnosti pri oligo-azoospermii	062	062	N46*	150,00
7230C	Vyšetrenie mužskej neplodnosti pri azoospermii, sekvenovanie génu CFTR	062	062	N46*	1 079,00
7230D	Vyšetrenie SRY, alebo 1 mikrodélcie, alebo podrobnej diferenciácie dokázanej chromozómovej aberácie metódou FISH, alebo 1 sonda z aneutezty	062	062	E34*, E35*, E66*, F70* až F99*, N46*, N51*, Q52* až Q56*,Q64*, Q87*, Q89*, Q90* až Q99*, O35*,Z36*	130,00
7231A	Vyšetrenie na zriedkavé choroby A	062	062	zodpovedajúci kód zriedkavej choroby	190,00
	A1AT-deficiencia				
	CMT1a-PMP22 mlpa				
	Di-George sy				
	FRAX				
	Friedreich ataxia, FRDA				
	Myastenický sy-CHRNE-rómska mutácia:c.1267delG				
	Oculodentodigital syndróm-GJA1				
	Robinow sy-ROR2, známa mutácia c.355C>T				
	SCA1,2,3,6				
	SMA				
	SOX9-známa mutácia				
	TACI K vykázaným výkonom, diagnóza slovné + rodokmeň.				
7231B	Vyšetrenie na zriedkavé choroby B	062	062	zodpovedajúci kód zriedkavej choroby	790,00
	aCGH				

Kód výkonu	Názov výkonu	Odbornosť pracoviska	Odbornosť indikujúceho lekára	Kód diagnózy	Max. cena za výkon v €
	aCGH, dif. Dg. FRAX				
	Akútna intermitentná porfýria-HMBS				
	Cowden sy-PTEN				
	Crouzon sy-FGFR2				
	Crouzon syndróm-FGFR2				
	Dysostosis cleidochanialis-RUNX2				
	Hereditárna pankreatitída-PRSS1, SPINK1				
	Hereditárny angioedém-C1 inhibítor				
	Marfan sy-TGFBR2				
	McCune-Albright sy-GNAS				
	Popliteal Pterygium syndróm-IRF6 gén				
	FOXP2				
	Neurofibromatóza typ 2-NF2 K vykázaným výkonom, diagnóza slovné + rodokmeň.				
7231C	Vyšetrenie na zriedkavé choroby C				
	Angelman sy-UBE3A				
	Congenitálna adrenogenitálna hyperplázia-CYP21A2				
	Familiárna stredomorská horúčka- MEFV, MVK				
	FRAX, aCGH				
	GLUT1 deficiencia				
	Noonan syndróm-PTPN11				
	Silver-Russel sy				
7231D	Vyšetrenie na zriedkavé choroby D				
	FOXP2				
	Neurofibromatóza typ 2-NF2				
7231E	Vyšetrenie na zriedkavé choroby E				
	ANDFLE-CHRNA4, CHRNA2,CHRNA2				
	atypický HUS				
	Cadasil sy-NOTCH3				
	Cohenov sy-COH1				
	Famil. adematózna polypóza- APC				
	Juvenilná myoklonická epilepsia- LGI1, CLCN2, GABRA1				
	Juvenilná myoklonický epilepsia- LGI1, CLCN2, GABRA1				
	Marfan sy-FBN1				
	Marfan sy-FBN1, TGFBR2				
	Marfan syndróm-FBN1				
	Neurofibromatóza typ 1-NF1				
	Osteogenesis imperfecta- COL1A1, COL1A2				
	Progresívna externá oftalmoplégia-POLG				

Kód výkonu	Názov výkonu	Odbornosť pracoviska	Odbornosť indikujúceho lekára	Kód diagnózy	Max. cena za výkon v €
	Stickler sy-COL2A1				
	Tuberózna skleróza-TSC1, TSC2				
	Usher sy-MYO7A				
	vitD dependentná rachitída typ 1-PHEX				
	Xeroderma pigmentosum K vykázaným výkonom, diagnóza slovne + rodokmeň.				
7233A	Vyšetrenie myelodysplastického syndrómu, CG + FISH s použitím 3 sond	062	031, 329, 342	D46*	400,00
7234	Vyšetrenie Gilbertovho syndrómu, detekcia polymorfizmov v UGT1A1 géne	062	062, 048, 154, 216, 007, 008, 001, 031, 019, 319, 043, 229, 322, 219, 350	E80*	60,00
7236A	Vyšetrenie na myeloprolif. ochorenia - esenciálna trombocytóza, polycytémia vera, osteomyelofibróza, MG	062	019, 031, 329, 342	D45*, D47.0,D47.1, D47.3,D47.4, D47.5, D75*	280,00
7236B	Vyšetrenie na myeloprolif. ochorenia - esenciálna trombocytóza, polycytémia vera, osteomyelofibróza, MG + CG	062	019, 031, 329, 342	D45*, D47.0,D47.1, D47.3,D47.4, D47.5, D75*	350,00
7237A	Základné vyšetrenie Wilsonovej choroby (gén ATP7B), mutácia H1069Q	062	062, 048, 007, 008, 001, 154, 216, 031, 004, 104, 005	E83.0	30,00
7237B	Rozšírené vyšetrenie Wilsonovej choroby (gén ATP7B), štyri najčastejšie mutácie 3402delC, W779X, R778G, 1340del 4	062	062, 048, 007, 008, 001, 154, 216, 031, 004, 104, 005	E83.0	60,00
7237C	Kompletné vyšetrenie Wilsonovej choroby (gén ATP7B), 21 exónov	062	062, 048, 007, 008, 001, 154, 216, 031, 004, 104, 005	E83.0	1 400,00
7238	Základné vyšetrenie hemochromatózy, polymorfizmy C282Y, H63D, S65C v géne HFE	062	062, 048, 154, 216, 007, 008, 001, 031	E83.1	120,00
7238A	Rozšírené vyšetrenie hemochromatózy, 15 mutácií v génoch HFE, FPN1, TFR2	062	062, 048, 154, 216, 007, 008, 001, 031	E83.1	150,00
7239A	Vyšetrenie trombofilných mutácií - základný set (faktor V a II)	062	062, 031, 329, 342, 001, 004, 010, 009, 017, 008	bez väzby na diagnózu	150,00
7239B	Vyšetrenie trombofilných mutácií - MTHFR polymorfizmy C677T a A1298C, po predošlom vyšetrení hladiny homocysteínu	062	062, 031, 329, 342, 001, 004, 010, 009, 017, 008	bez väzby na diagnózu	19,62
7239C	Vyšetrenie trombofilných mutácií - každá ďalšia mutácia	062	062, 031, 329, 342	bez väzby na diagnózu	20,00
9999A	Vstupné vyšetrenie chimerizmu po transplantácii krvotvorných buniek, vstupná typizácia, porovnanie DNA darcu a príjemcu	062	019, 031, 329, 342	D45*, D46*, D47*, D75*, C81*, C83*, C84*, C85*, C91* (okrem C91.1), C92*, C92.10, C92.11, C93*, C94*, C95*	1 250,00

Kód výkonu	Názov výkonu	Odbornosť pracoviska	Odbornosť indikujúceho lekára	Kód diagnózy	Max. cena za výkon v €
9999B	Kontrolné vyšetrenie chimerizmu po transplantácii krvotvorných buniek, MG	062	019, 031, 329, 342	D45*, D46*, D47*, D75*, C81*, C83*, C84*, C85*, C91* (okrem C91.1), C92*, C92.10, C92.11, C93*, C94*, C95*	450,00
9999C	Expresia génov pre topoizomerazy	062	019, 062	C50*, C18 – C20*, C56*, C40* - 41*, C81* - 96*	310,00
9999E	DPYD (3 exóny)	062	019, 062	C16* - C26*, C50*	140,00
9999H	MLH1, MSH2, MSH6 (1 exón)	062	019, 062	C18* - C20*, C54*, C56*	280,00
9999J	MSH6 (18 fragmentov)	062	019, 062	C18* - C20*, C54*, C56*	3 200,00
9999K	MLPA, MLH1, MSH2	062	019, 062	C18* - C20*, C54*, C56*	130,00
9999L	CDH1 (16 fragmentov)	062	019, 062	C16*, C50*	2.900,00

7. Ambulantná pohotovostná služba (APS)

Cena za výkon		
Kód výkonu	Názov, charakteristika alebo podmienky úhrady výkonu	Cena za výkon v €
4	Štandardné vyšetrenie jedného orgánového systému – kontrolné vyšetrenie. - Súčasťou výkonu je anamnéza, opis 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 č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „lekár všeobecnej starostlivosti“), lekár ambulantnej pohotovostnej služby (APS), ako aj lekár záchrannej zdravotnej služby (ZZS).	4,75
5	Štandardné fyzikálne vyšetrenie jedného orgánového systému. - Kontrolné vyšetrenie, na základe symptomatologickej anamnézy vrátane rady a dokumentácie cez deň v sobotu, v nedeľu, počas sviatkov a 31. decembra. - Výkon môže vykazovať lekár všeobecnej starostlivosti, lekár poskytujúci APS, ako aj lekár ZZS.	8,31
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, lekár poskytujúci APS, ako aj lekár ZZS.	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 dispenzárnej starostlivosti, lekár poskytujúci APS, 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.	11,87

	• Vyžaduje sa časový údaj.	
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 vyžiadanú 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 príplatok: 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 ambulantnej pohotovostnej služby ošetrojúcemu lekárovi.	1,07
200	Obväz s výnimkou rýchlych obväzov a sprejov, očných a ušných kapiiek, 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 lekársym 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
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	Odobor krvi do uzavretého systému, alebo odber 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 vyprázdenie 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	1,00
3526	Nekompletný dôkaz najviac troch z uvedených základných patologických súčastí moču, za každú pacientsku vzorku	0,70
3635a	Kontrola glykémie glukomerom	1,19
Výška úhrady (paušál) mesačne na ambulanciu pevnej ambulantnej pohotovostnej služby		
V súlade s platným Nariadením vlády SR č. 115/2018 Z.z. ktorým sa ustanovuje výška úhrad zdravotnej poisťovne za poskytovanie zubno-lekárskej pohotovostnej služby a ambulantnej pohotovostnej služby, spôsob výpočtu a pravidlá výpočtu týchto úhrad, sa výška úhrady zdravotnej poisťovne za poskytovanie ambulantnej pohotovostnej služby ustanovuje nasledovne: Poisťovňa mesačne poskytovateľovi uhrádza časť paušálnej úhrady na jednu ambulanciu pevnej ambulantnej pohotovostnej služby, pričom podiel zdravotnej poisťovne na paušálnej úhrade zodpovedá podielu poisťencov zdravotnej poisťovne na celkovom počte poisťencov na území SR pre príslušný kalendárny rok.		
Úhrada nad rámec mesačného paušálu a úhrady za výkony		
Nad rámec mesačného paušálu a úhrady za výkony sa uhrádza doprava lekára v prípade návštevy APS. Úhrada pri prevoze APS, LSPR sa realizuje len za skutočný počet prejazdených kilometrov s lekárom (za nevyťažené vozidlo poisťovňa úhradu nerealizuje).		
Typ prevozu		Cena za 1km v €
APS - služobným alebo objednaným vozidlom ambulantnej zdravotnej služby		0,50
LSPR - vlastným vozidlom		0,30

B.1 Ústavná zdravotná starostlivosť

Cena za ošetrovací deň (OD)

Odbornosť oddelenia	Názov oddelenia	Cena za OD v € od 1.4.2021 do 30.4.2021	Cena za OD v € od 1.5.2021 do 31.3.2022
205	dĺhodoboch chorých Podmienky úhrady: - poisťovňa bude akceptovať úhradu za OD len v prípade, ak bude trvanie hospitalizácie viac ako 10 dní a maximálne 60 dní vrátane, - v prípade trvania hospitalizácie nad 60 dní je možná úhrada OD len na základe žiadosti poskytovateľa a predchádzajúcom súhlase revízneho lekára s miestom výkonu práce v sídle miestnej príslušnej pobočky VŠZP poskytovateľa. Tlačivo „Žiadosť o predĺženie poskytovania ústavnej ZS v LDCH/ODCH“ je zverejnené na stránke www.vszp.sk, - v prípade, že bude trvanie hospitalizácie 10 a menej dní, bude uhradená cena OD vo výške 50 %, okrem ukončenia hospitalizácie exitom pacienta alebo neodkladným prekladom pacienta na iné pracovisko/oddelenie	96,50	83,50

	- v cene OD sú zahrnuté náklady za rehabilitáciu poskytovanú na lôžku pacienta cenou ošetrovacieho dňa budú hradené aj hospitalizácie neukončené v mesiaci december 2015		
--	--	--	--

Cena za ukončenú hospitalizáciu (UH)

Odbornosť oddelenia	Názov oddelenia	Cena za UH v € od 1.4.2021 do 30.4.2021	Cena za UH v € od 1.5.2021 do 31.3.2022
001	vnútorné lekárstvo	1 141	986
002	infektológia	1 037	896
003	pneumológia a ftizeológia	1 199	1 036
004	neuroológia	1 192	1 030
005	psychiatria	1 633	1 411
007	pediatria	1 115	964
009	gynekológia a pôrodnictvo	1 045	903
010	chirurgia	1 403	1 213
011	ortopédia	1 265	1 093
012	urológia	975	842
013	úrazová chirurgia	1 292	1 117
014	otorinolaryngológia	894	772
015	oftalmológia	934	807
019	klinická onkológia - v cene UH sú zahrnuté aj výkony rádioterapie	2 169	1 874
025	OAIM	5 945	5 137
027	FBLR	949	820
051	neonatológia	1 033	893
056	angiológia	1 339	1 157
060	geriatria	1 309	1 131
196	JIS interná	1 141	986
201	JIS neurologická	1 192	1 030
202	JIS chirurgická	1 403	1 213
203	JIRS pre deti	2 562	2 214
613	JIS úrazová chirurgia	1 292	1 117
707	JISN	1 284	1 109

Príplatok k ukončenej hospitalizácii na OAIM:

odbornosť	Názov oddelenia	Cena v € od 1.4.2021 do 30.4.2021	Cena v € od 1.5.2021 do 31.3.2022
025	OAIM	2 589	2 238

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

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

Cena UH JIS:

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

Poisťovňa 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.

Cena za ukončenú hospitalizáciu, ošetrovací deň v ústavnej zdravotnej starostlivosti

I. Podmienky akceptácie a úhrady ústavnej zdravotnej starostlivosti.

1. UZS je poskytovaná poistencovi, ktorého zdravotný stav vyžaduje nepretržité poskytovanie zdravotnej starostlivosti dlhšie ako 24 hodín. Neodkladná UZS je poskytovaná aj bez odporúčania iného ošetrojúceho lekára. Odkladná (plánovaná) UZS je poskytovaná na základe odporúčania ošetrojúceho lekára poistenca 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 hrazených osobitným spôsobom. Cena za ukončenú hospitalizáciu sa uhrádza za oddelenie, na ktorom bola poistencovi poskytovaná zdravotná starostlivosť dlhšie ako 24 hodín.
3. Cena za ukončenú hospitalizáciu a cena za ošetrovací deň zahŕňa všetky náklady a úhradu za komplexnú poskytnutú starostlivosť, pokiaľ ďalej nie je uvedené inak.
4. Ak bol poistenec prijatý na lôžkové oddelenie na poskytovanie UZS, hospitalizácia však nebola dlhšia ako 24 hodín, je poskytovateľ oprávnený vykazať poisťovni všetky výkony, ktoré boli poskytnuté poistencovi formou ambulantných výkonov.
5. Ak bol poistenec prijatý na lôžkové oddelenie na poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti, hospitalizácia však nebola dlhšia ako 24 hodín v dôsledku úmrtia poistenca, je poskytovateľ oprávnený vykazať poisťovni hospitalizáciu a pripočítateľné položky, ktoré boli poskytnuté poistencovi počas poskytovania ústavnej zdravotnej starostlivosti v dávke ústavnej starostlivosti vo výške 50% ceny za ukončenú hospitalizáciu.
6. Ak bol poistenec prijatý na lôžkové oddelenie na poskytovanie UZS, hospitalizácia však nebola dlhšia ako 1 hodinu v dôsledku úmrtia poistenca, je poskytovateľ oprávnený 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 zlyhávaní jednej alebo viacerých životných funkcií a orgánových systémov, podporu jednej alebo viacerých základných životných funkcií počas najmenej 24 hodín hospitalizácie na oddelení, nepretržité neinvazívne, ev. invazívne monitorovanie všetkých životných funkcií, vrátane záznamu, opakované sledovanie rozšírených hematologických a biochemických parametrov, opakované intervencie pre poruchu funkcie orgánových systémov alebo vnútorného prostredia. Za prístrojové udržiavanie životných funkcií sa nepovažuje krátkodobá umelá pľúcna ventilácia poistencov po anestézii. Pri posudzovaní odôvodnenosti hospitalizácie poistenca bude poisťovňa 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 hrozjacej poruche jednej alebo viacerých životných funkcií a orgánových systémov počas najmenej 24 hodín hospitalizácie na oddelení, nepretržité monitorovanie najmenej dvoch životných funkcií, vnútro žilovú infúziu liečbu, nepretržité sledovanie zdravotného stavu poistenca, bilanciú príjmu a výdaja tekutín, vrátane hodinovej diurézy, indikované laboratórne sledovanie základných hematologických a biochemických parametrov najmenej 1x denne a vedenie osobitnej dokumentácie (dokumentácia musí obsahovať písomné zdôvodnenie indikácie intenzívnej starostlivosti lekárom, ktorý žiada prijatie na oddelenie pediatrickej intenzívnej starostlivosti). Pri posudzovaní odôvodnenosti hospitalizácie poistenca bude poisťovňa 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 dlhodobo chorých alebo do liečebne dlhodobo 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 magistralných cievach: operačné výkony na karotických artériách, hrudnej a brušnej aorte, hornej a dolnej dutej žile, by-passové operácie na periférnych vetvách artériového cievneho riečiska, trombektómie 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 lekárske predpis.

12. Na oddeleniach paliatívnej starostlivosti, jednotkách paliatívnej medicíny a hospicioch je poskytovaná paliatívna starostlivosť poistencom s chronickou nevyhlásiteľnou, 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 akceptovaný a uhradený.
16. Poskytovateľ môže odoslať poistenca na poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti k inému poskytovateľovi po vzájomnej dohode len v prípade, ak to nevyhnutne vyžaduje zdravotný stav poistenca. Odoslanie poistenca na ďalšie poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti podľa predchádzajúcej vety musí byť podrobne odôvodnené v zdravotnej dokumentácii a v prepúšťacej správe a musí byť podpísané primárom oddelenia, resp. primárom alebo prednostom kliniky, v ktorej bol poisteneц hospitalizovaný.
17. Hospitalizácia poistenca, ktorá nadväzuje na hospitalizáciu na oddelení iného zdravotníckeho zariadenia, a ktorá nesplňa podmienky odôvodnenia pokračovania poskytovania UZS podľa predchádzajúceho bodu, nebude poisťovňou akceptovaná a uhradená.
18. Poisťovňa neuhradí v priebehu hospitalizácie ambulantné výkony poskytnuté v špecializovanej ambulantnej starostlivosti okrem prvého a posledného dňa hospitalizácie 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 poisteneц 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 vyhlášky č. 151/2011 Z. z. (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 poisťovňou.
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 poisťovňou.
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 poisteneц 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, zaradenia 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, ktorej úhrada vyžaduje schválenie poskytnutia vopred, podá Žiadosť o schválenie poskytnutia a úhrady ŠZM (ďalej len „žiadost“) v dvoch vyhotoveniach zmluvnej pobočky (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 mimoriadne finančne náročnej zdravotnej starostlivosti (ďalej aj len „MFNZS“) – finančne nákladných liekov v ÚZZ:
- a. Poisťovňa považuje za MFNZS podanie lieku, ktorý sa nenachádza medzi pripočítateľnými položkami v Katalógu prípadových paušálov platnom pre príslušný kalendárny rok, ako jedinej terapeutickú alternatívu, ktorá bola použitá v súlade so súhrnom charakteristických vlastností lieku (SPC) a súčasne s indikačnými a preskripčnými obmedzeniami podľa aktuálneho Zoznamu kategorizovaných liekov. Poskytovateľ môže požiadať o úhradu MFNZS, ak náklady na podanie jedného lieku alebo skupiny liekov prevyšujú sumu vypočítanú ako násobok dvojnásobku efektívnej relatívnej váhy konkrétneho hospitalizačného prípadu a základnej sadzby poskytovateľa platnej pre daný kalendárny rok. 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 zasiela žiadosť o úhradu MFNZS 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 ÚZZ. Neoddeliteľnou súčasťou žiadosti sú:
 - prepúšťacia lekárska správa,
 - medicínske zdôvodnenie MFNZS, t.j. 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 žiadaniek z ústavnej lekáreň s vyznačením mena a rodného čísla poistenca.
31. Výkony MFNZS sú hradené nad rámec Hospitalizačného prípadu a vykazujú sa v samostatnej faktúre.

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

1. Poskytovateľ je povinný prostredníctvom ePobočky posilať poisťovní najmenšie jedenkrát počas pracovného dňa údaje potrebné na vedenie zoznamu poistencov za účelom poskytnutia ústavnej zdravotnej starostlivosti (ďalej len: „hospitalizácia“) vrátane osobitne hradených 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 nahláseným plánovaným hospitalizáciám poskytovateľa do dvoch týždňov od ich nahlásenia.
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.
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 100% z ceny ukončenej hospitalizácie na príslušnom oddelení, alebo z ceny výkonov uhrádzaných v ústavnej starostlivosti. Zmluvné strany sa dohodli, že za porušenie povinností poskytovateľa stanovených v bodoch 1, 4, 5 alebo 6 tejto časti, má poisťovňa nárok uplatniť si u poskytovateľa zmluvnú pokutu vo výške 300 EUR za každé jedno porušenie
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.“

B.2 Klasifikačný systém (DRG)

1. Základné pojmy

Hospitalizačný prípad je zdravotná starostlivosť poskytnutá pacientovi počas hospitalizácie u poskytovateľa na oddeleniach s DRG relevantnou odbornosťou podľa metodického usmernenia Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou platného v čase prijatia pacienta na hospitalizáciu, od dátumu jeho prijatia na hospitalizáciu až do dátumu prepustenia z hospitalizácie (ďalej len „Hospitalizačný prípad“). Ak poskytovateľ prevádzkuje viacero zdravotníckych zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti, považuje sa Hospitalizačný prípad za ukončený prepustením pacienta z ústavného zdravotníckeho zariadenia.

Poskytovateľom prevádzkujúcim viaceré ústavné zdravotnícke zariadenia sa pre účely klasifikačného systému DRG rozumie:

- a. Univerzitná nemocnica Bratislava, IČO: 31813861
- Univerzitná nemocnica Bratislava – ANTOLSKÁ
 - Univerzitná nemocnica Bratislava – RUŽINOVSKÁ
 - Univerzitná nemocnica Bratislava – MICKIEWICZOVA
 - Univerzitná nemocnica Bratislava – LIMBOVÁ
- b. SVET ZDRAVIA, a.s., IČO: 35960884
- SVET ZDRAVIA, a.s. - RIMAVSKÁ SOBOTA
 - SVET ZDRAVIA, a.s. - ŽIAR NAD HRONOM, BANSKÁ ŠTIAVNICA
- c. Národný ústav srdcových a cievnych chorôb, a.s., IČO: 35971126
- Národný ústav srdcových a cievnych chorôb, a.s. – Limbová DKC
 - Národný ústav srdcových a cievnych chorôb, a.s. – Pod Krásnou hôrkou
- d. Univerzitná nemocnica - Nemocnica svätého Michala, a. s., IČO: 44570783
- Univerzitná nemocnica - Nemocnica svätého Michala, a. s. – Bratislava
 - Univerzitná nemocnica - Nemocnica svätého Michala, a. s. – Košice

Oddelenia DRG nerelevantných odborností sú určené v časti B.2, v bode 3.4 tejto Prílohy.

Definičná príručka obsahuje detailný popis slovenského klasifikačného systému DRG (ďalej aj ako „klasifikačný systém“) s uvedením grafického znázornenia všetkých zaraďovacích algoritmov, ako aj k nim prislúchajúcim logických výrazov a tabuliek.

Základná sadzba je suma v absolútnej hodnote, ktorá je uhrádzaná podľa klasifikačného systému za jednotlivý Hospitalizačný prípad s relatívnou váhou 1,0.

Relatívna váha je hodnota uvedená pri príslušnej diagnosticko-terapeutickej skupine v katalógu prípadových paušálov platného ku dňu prijatia poistenca do ústavného zdravotníckeho zariadenia.

Katalóg prípadových paušálov je zoznam jednotlivých DRG skupín, ktorý obsahuje relatívne váhy a ďalšie údaje relevantné pre DRG zúčtovanie, ako napr. ošetrovacie doby a jej hraničné hodnoty pre jednotlivé DRG skupiny, zníženia a zvýšenia relatívnej váhy a prípadne ďalšie pripočítateľné položky.

Efektívna relatívna váha sa určuje z relatívnej váhy pri príslušnej diagnosticko-terapeutickej skupine v závislosti od toho, či dĺžka Hospitalizačného prípadu je mimo intervalu ošetrovacej doby v zmysle katalógu prípadových paušálov platného ku dňu prijatia poistenca do ústavného zdravotníckeho zariadenia.

Grouper je softvérový nástroj (počítačový program), ktorý zabezpečuje zaradenie Hospitalizačného prípadu do konkrétnej DRG skupiny.

Ošetrovacia doba je počet ošetrovacích dní medicínsky opodstatneného pobytu poistenca u poskytovateľa na oddeleniach s DRG relevantnou odbornosťou v súvislosti s Hospitalizačným prípadom, pričom do tohto počtu dní sa nezapočítava deň prijatia poistenca do ústavného zdravotníckeho zariadenia.

2. Úhrada za Hospitalizačný prípad

- 2.1 Úhrada Hospitalizačného prípadu je určená na základe podmienok úhrady platných v deň prijatia poistenca do zdravotníckeho zariadenia ústavnej zdravotnej starostlivosti.
- 2.2 Úhrada za Hospitalizačný prípad je daná súčinom základnej sadzby a efektívnej relatívnej váhy s pripočítaním ceny pripočítateľných položiek k DRG v súlade s platnými dokumentmi vydanými Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou v znení platnom v čase prijatia poistenca do zdravotníckeho zariadenia ústavnej zdravotnej starostlivosti: Definičná príručka, Katalóg prípadových paušálov, Kódovacie pravidlá, Kalkulačná príručka ako aj ďalšie nevyhnutne súvisiace dokumenty vydané Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.
- 2.3 Základná sadzba pre príslušný kalendárny rok po konvergencii je stanovená Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou vo výške zverejnenej na webovej stránke <http://www.udzs-sk.sk>.
- 2.4 Úhrada za Hospitalizačný prípad u poskytovateľa zahŕňa úhradu za akceptovanú komplexnú zdravotnú starostlivosť (vrátane nákladov na lieky, zdravotnícke pomôcky, dietetické potraviny a špeciálny zdravotnícky materiál, tkanivá a bunky poskytované pri transplantáciách, materské mlieko, transfúzne lieky), ak z medicínskeho hľadiska tieto mali byť podané poistencovi počas trvania Hospitalizačného prípadu:
- a) poskytnutú pacientovi poskytovateľom zdravotnej starostlivosti počas Hospitalizačného prípadu,
 - b) poskytnutú pacientovi iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti počas Hospitalizačného prípadu na základe žiadanky alebo výmenného lístka vystaveného poskytovateľom,
 - c) poskytnutú aj po ukončení Hospitalizačného prípadu, ak žiadanka alebo výmenný lístok na poskytnutú zdravotnú starostlivosť boli vystavené počas Hospitalizačného prípadu.
- 2.5 Úhrada za Hospitalizačný prípad nezahŕňa úhradu za:
- a) poskytnutú zdravotnú starostlivosť na základe žiadanky alebo výmenného lístka, ak neboli vystavené počas Hospitalizačného prípadu,
 - b) výkony dialyzačnej liečby pri náhlom zlyhaní obličiek,
 - c) výkony dialyzačnej liečby pri chronickom zlyhaní obličiek,
 - d) dialyzačný stacionár,
 - e) výkony plazmaferézy,
 - f) hemoperfúziu cez aktívne uhlie a iné sorbenty,
 - g) dopravnú službu (DS),
 - h) vrtuľníkovú záchrannú zdravotnú službu (VZZS),
 - i) záchrannú zdravotnú službu (ZZS)
 - j) lieky, zdravotnícke pomôcky a dietetické potraviny predpísané v deň prepustenia pacienta zo zdravotníckeho zariadenia v ambulancii poskytovateľa alebo iného poskytovateľa, ak z medicínskeho hľadiska tieto lieky, zdravotnícke pomôcky a dietetické potraviny nemali byť podané poistencovi ešte počas trvania Hospitalizačného prípadu,
 - k) komplexnú zdravotnú starostlivosť v ambulancii záchrannej zdravotnej služby pri preprave novorodencov a detí,
- 2.6 Úhrada za komplexnú zdravotnú starostlivosť na základe žiadanky vystavenej poskytovateľom alebo iným poskytovateľom v deň prijatia a v deň prepustenia z hospitalizácie, ako aj kedykoľvek počas hospitalizácie, bez ID Hospitalizačného prípadu, bude automaticky započítaná do úhrady za Hospitalizačný prípad, pokiaľ poskytovateľ nepreukáže, že zdravotná starostlivosť nesúvisí s Hospitalizačným prípadom. V prípade, ak na žiadanke nebude uvedený dátum vystavenia, zdravotná poisťovňa zdravotnú starostlivosť neuhradí a požiada poskytovateľa alebo iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o jeho doplnenie.

3. DRG nerelevantné odbornosti oddelení

- 3.1 Poskytovateľ je povinný počas hospitalizácie pacienta (vrátane hospitalizácie na oddelení s DRG nerelevantnou odbornosťou, ktorej predchádzala hospitalizácia na oddelení s DRG relevantnou odbornosťou a/alebo ktorá pokračovala hospitalizáciou na oddelení s DRG relevantnou odbornosťou) uvádzať na všetkých žiadankách a odporúčaníach na ambulantnú zdravotnú starostlivosť (vrátane zdravotnej starostlivosti poskytovanej zariadením spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek), ako aj na služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti ID Hospitalizačného prípadu, kód PZS (oddelenia alebo ambulancie) a dátum vystavenia žiadanky.

- 3.2 Hospitalizácia pacienta na psychiatrickom oddelení alebo inom oddelení s DRG nerelevantnou odbornosťou okrem Domu ošetrovateľskej starostlivosti a Hospicu, ktorému predchádzala hospitalizácia na oddelení s DRG relevantnou odbornosťou a/alebo ktorá pokračovala hospitalizáciou na oddelení s DRG relevantnou odbornosťou v jednom zdravotníckom zariadení, sa považujú za samostatné hospitalizačné prípady.
- 3.3 Hospitalizácia pacienta v Hospici a/alebo v Dome ošetrovateľskej starostlivosti, ktorému predchádzala hospitalizácia na oddelení s DRG relevantnou odbornosťou a/alebo ktorá pokračovala hospitalizáciou na oddelení s DRG relevantnou odbornosťou v jednom zdravotníckom zariadení, sa považujú za samostatné hospitalizačné prípady.
- 3.4 Za DRG nerelevantné odbornosti sa považujú:
005 – psychiatria
073 – medicína drogových závislostí
074 – gerontopsychiatria
105 – detská psychiatria
223 – neuropsychiatria
709 – JIS psychiatrická
193 – ústavná ošetrovateľská starostlivosť
620 – ústavná hospicová starostlivosť
252 – ošetrovateľská starostlivosť v psychiatrii
568 – starostlivosť o drogovu závislých
578 – drogové závislosti
144 – klinická psychológia
241 – psychoterapia
- 3.5 Ústavná zdravotná starostlivosť poskytovaná na oddeleniach DRG nerelevantných odborností je uhrádzaná podľa časti B.1 tejto Prílohy.

4. Spôsob vykazovania a fakturácie poskytnutej ústavnej zdravotnej starostlivosti

- 4.1 Poskytovateľ zaradený v systéme vykazovania poskytnutej ústavnej zdravotnej starostlivosti podľa DRG, vykazuje ústavnú zdravotnú starostlivosť vo formáte dávky 274* za DRG relevantné aj nerelevantné odbornosti oddelení v zmysle platnej legislatívy.
- 4.2 Poskytovateľ zaradený v systéme vykazovania poskytnutej ústavnej zdravotnej starostlivosti podľa DRG, vykazuje ústavnú zdravotnú starostlivosť za všetkých poistencov EÚ ošetrovaných v príslušnom mesiaci v jednej samostatnej faktúre v súlade s platným metodickým usmernením Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.
- 4.3 Poskytovateľ zaradený v systéme vykazovania poskytnutej ústavnej zdravotnej starostlivosti podľa DRG vykazuje pripočítateľné položky k hospitalizačným prípadom podľa dokumentu „Pripočítateľné položky DRG r. 2021“, ktorý je zverejnený na webom sídla poisťovne (www.vszp.sk). V prípade, že pripočítateľné položky nebudú poisťovni vykázané spôsobom podľa predchádzajúcej vety, poisťovňou akceptované nebudú.
- 4.4 Poskytovateľ vykazuje a poisťovňa akceptuje a uhradí pripočítateľné položky len k výkonom poskytnutým Poskytovateľom v rámci daného hospitalizačného prípadu. Poskytovateľ vykazuje pevnú cenu pripočítateľnej položky uvedenú v Zozname pripočítateľných položiek DRG r. 2021, avšak v prípade podania liekov, ktoré poisťovňa obstarala Poskytovateľovi centrálnym nákupom Poskytovateľ vykazuje súvisiacu pripočítateľnú položku s cenou 0 eur.
- 4.5 Pripočítateľné položky s typom úhrady B sú hrazené, ak sa na úhrade a cene týchto pripočítateľných položiek Poisťovňa a Poskytovateľ dohodli. Ak cena pre úhradu nebola pevne stanovená je Poskytovateľ oprávnený Poisťovňu vopred písomne požiadať o jej dohodnutie. Postup je uvedený v podbode 4.6.
- 4.6 Zmluvné strany sa dohodli, že v prípade pripočítateľnej položky, ktorej pevná cena nie je stanovená v Katalógu prípadových paušálov a ani v dokumente „Pripočítateľné položky DRG r. 2021“ (ďalej len „dokument“), ktorý je zverejnený na webom sídla poisťovne (www.vszp.sk), je poskytovateľ oprávnený poisťovňu vopred písomne požiadať o jej dohodnutie. V prípade, ak zo strany poskytovateľa ide o použitie pripočítateľnej položky, ktorá nemá stanovenú alebo dohodnutú cenu v súvislosti s poskytnutím neodkladnej zdravotnej starostlivosti, poskytovateľ môže poisťovňu požiadať o dohodnutie ceny pripočítateľnej položky aj dodatočne, najneskôr však do päť pracovných dní od poskytnutia tejto neodkladnej zdravotnej starostlivosti. V žiadosti je poskytovateľ povinný uviesť nadobúdaciú cenu pripočítateľnej položky a predložiť poisťovni všetky k nej sa viažuce nadobúdacie doklady – poisťovňa je v prípade potreby oprávnená vyžiadať si od poskytovateľa aj ďalšie relevantné doklady. Poisťovňa žiadosť poskytovateľa posúdi a v prípade, že jej vyhovie, túto skutočnosť poskytovateľovi písomne oznámi. Cena danej pripočítateľnej položky sa tým považuje za dohodnutú. Poisťovňa následne takto dohodnutú cenu pripočítateľnej položky platnú pre všetkých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti zverejní v dokumente, pričom zverejnená cena je odo dňa jej zverejnenia, resp. odo dňa uvedeného v dokumente. Poisťovňa si vyhradzuje právo na prehodnotenie

dohodnutej ceny pripočítateľnej položky najmä v prípade, kedy nadobudne vedomosť o nižšej nadobúdajúcej cene danej pripočítateľnej položky ako je uvedená v dokumente.

B.3 Úhrada za ústavnú zdravotnú starostlivosť na oddeleniach DRG relevantných odborností

- 1.1 Úhrada za ústavnú zdravotnú starostlivosť je zložená z dvoch častí, pričom:
 - a) Prvá časť úhrady je súčet cien ošetrovacích dní na ODCH, cien ukončených hospitalizácií a cien všetkých pripočítateľných položiek podľa časti B.1 tejto Prílohy vynásobený činiteľom 0,0.
 - b) Druhá časť úhrady je súčet cien Hospitalizačných prípadov podľa časti B.2 tejto Prílohy vynásobený činiteľom 1,0.
- 1.2 Poistovňa bude akceptovať Hospitalizačný prípad, ktorý trval kratšie ako 24 hodín v súlade s pravidlami klasifikačného systému DRG.
- 1.3 V prípade hospitalizácie, ktorej doba presiahne 6 po sebe nasledujúcich kalendárnych mesiacov a stav pacienta nedovoľuje jeho prepustenie do domácej starostlivosti, poskytovateľ môže poisťovňu požiadať o schválenie úhrady zdravotnej starostlivosti cenou ošetrovacieho dňa. V prípade schválenia úhrady cenou ošetrovacieho dňa poskytovateľ Hospitalizačný prípad ukončí posledným dňom 6. mesiaca a od prvého dňa 7. mesiaca bude ústavná zdravotná starostlivosť v prípade tohto pacienta uhrádzaná formou ceny ošetrovacieho dňa. Cena ošetrovacieho dňa bude zo strany poisťovne určená až po posúdení náročnosti zdravotnej starostlivosti.
- 1.4 Pri výpočte efektívnej relatívnej váhy pri externých prekladoch sa postupuje podľa MU ÚDZS č. 02/2/2019 účinného od 1.1.2021 a podľa platných dokumentov Centra pre klasifikačný systém ÚDZS.

2. Chybové DRG

- 2.1 V prípade, ak Hospitalizačný prípad bol klasifikovaný do diagnosticko-terapeutickej skupiny, ktorá je v platnom katalógu prípadových paušálov uvedená ako chybová DRG bez relatívnej váhy, je takto klasifikovaný prípad poisťovňou zamietnutý. Poskytovateľ si však môže vykázat Hospitalizačný prípad opätovne v súlade s pravidlami kódovania.

3. Úhrada Hospitalizačného prípadu bez relatívnej váhy

- 3.1 V prípade, ak Hospitalizačný prípad bol klasifikovaný do diagnosticko-terapeutickej skupiny, ktorá je v platnom katalógu prípadových paušálov uvedená bez relatívnej váhy, pri vybraných kódach DRG sa použije relatívna váha uvedená v nasledovnej tabuľke:

Kód DRG	Názov DRG	Relatívna váha
B76A	Záchvaty, viac ako jeden deň hospitalizácie, s komplexnou diagnostikou a liečbou	0,8776
E76A	Tuberkulóza, viac ako 14 ošetrovacích dní	2,6820
B61B	Určité akútne ochorenia a poranenia miechy bez komplexného výkonu alebo viac ako 13 dní ošetrovacích dní alebo žiadne preloženie ďalej	1,9168
Všetky ostatné DRG skupiny bez určenej relatívnej váhy v platnom Katalógu prípadových paušálov		1,1400

V ostatných prípadoch je takto klasifikovaný prípad poisťovňou zamietnutý. Poskytovateľ si však môže vykázat Hospitalizačný prípad opätovne v súlade s pravidlami kódovania.

B.4 Podmienky akceptácie a úhrady ústavnej zdravotnej starostlivosti v klasifikačnom systéme DRG

- 1.1. Ak poisťovňa kontrolou zdravotnej starostlivosti uhrádzanej podľa klasifikačného systému zistí, že poskytovateľ porušil pravidlá kódovania podľa dokumentov vydaných Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou v znení platnom v čase prijatia poistenca do zdravotníckeho zariadenia ústavnej zdravotnej starostlivosti, Hospitalizačný prípad bude poisťovňou zamietnutý. Poskytovateľ si však môže vykázat Hospitalizačný prípad opätovne v súlade s pravidlami kódovania. Poisťovňa zároveň:

- a) po vykonaní kontroly na vzorke určenej diagnosticko-terapeutickej skupiny, kde vzorka obsahuje minimálne 5 % všetkých prípadov a minimálne však 30 prípadov vykazanej zdravotnej starostlivosti v kontrolovanom období, zníži evidovanú sumu za všetky prípady poskytnutej zdravotnej starostlivosti vykázané v kontrolovanom období v určenej diagnosticko-terapeutickej skupine o sumu priemerného rozdielu medzi evidovanou sumou za zdravotnú starostlivosť vykázanú poskytovateľom a sumou zistenou na kontrolovanej vzorke prípadov vykazanej zdravotnej starostlivosti;
 - b) po vykonaní kontroly v jednotlivom určených prípadoch postupuje podľa bodu 7.10.2.2. zmluvy; postupom podľa Všeobecných zmluvných podmienok v platnom znení je poisťovňa zároveň oprávnená uplatniť si u poskytovateľa zmluvnú pokutu vo výške rozdielu medzi evidovanou sumou za zdravotnú starostlivosť jednotlivého prípadu vykázaného poskytovateľom a sumou za zdravotnú starostlivosť zistenú kontrolou poisťovne, ktorá mala byť poskytovateľovi za tento jednotlivý určený prípad poisťovňou podľa správnosti uhradená.
- 1.2 Poskytovateľ je povinný poskytovať ošetrovateľskú starostlivosť správne, tak aby nedochádzalo k zvýšeniu finančnej náročnosti Hospitalizačného prípadu.
- 1.3 Po ukončení Hospitalizačného prípadu je poskytovateľ povinný vyhotoviť prepúšťaciu správu (táto zásada platí aj pri preklade pacienta na iné oddelenie), ktorá okrem komplexného zhodnotenia zdravotného stavu poistenca a súhrnu výkonov poskytnutej zdravotnej starostlivosti musí obsahovať aj:
- a) zoznam liekov, ktoré poskytovateľ podal poistencovi počas hospitalizácie,
 - b) zoznam liekov a zdravotníckych pomôcok, ktoré poskytovateľ odporúča predpisovať poistencovi po ukončení hospitalizácie,
 - c) mená a kódy lekárov - špecialistov, ktorí odporúčali predpísanie liekov za podmienky dodržania preskripčných a indikačných obmedzení podľa písmena b) tohto bodu,
 - d) medicínske zdôvodnenie prekladu na iné oddelenie, resp. do iného zdravotníckeho zariadenia,
 - e) ID, dátum a čas začiatku Hospitalizačného prípadu,
 - f) ID, dátum a čas začiatku a ukončenia Hospitalizačného prípadu, ak Hospitalizačný prípad bol ukončený.
- 1.4 Poskytovateľ je povinný na žiadosť poisťovne umožniť nahliadnutie do evidencie nozokomiálnych nákaz na jednotlivých oddeleniach v zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti, prehľadov sledovania rezistencie jednotlivých mikrobiálnych kmeňov, ústavných liekových formulárov, spotreby antibiotík resp. iných liekov, zaradenia poistencov do klinického výskumu.

C. Lekárska starostlivosť

V zmysle bodu 2.1. zmluvy je predmetom zmluvy zabezpečovanie poskytovania a úhrady zdravotnej starostlivosti, lekárskej starostlivosti a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, v cenách, rozsahu a za podmienok stanovených v zmluve, jej prílohách a Všeobecných zmluvných podmienkach, ktoré sú zverejnené na webovom sídle poisťovne www.vszp.sk pod názvom „Všeobecné zmluvné podmienky účinné od 1. 10. 2016“ (ďalej aj len „VZP“) a tvoria prílohu č. 6 zmluvy. Odchylné dojednania zmluvy majú prednosť pred znením VZP.

Zmluvné strany sa s ohľadom na špecifiká poskytovania a úhrady lekárskej starostlivosti vo verejnej lekární poskytovateľa dohodli, že výlučne vo vzťahu k lekárskej starostlivosti poskytovanej poskytovateľom podľa zmluvy sa znenie VZP nepoužije a zmluvné strany budú vo vzťahu k lekárskej starostlivosti poskytovanej poskytovateľom uplatňovať podmienky stanovené touto časťou prílohy č. 1 tvoriacej súčasť zmluvy.

Všeobecná časť

Lekárska starostlivosť zahŕňa:

- a) zabezpečovanie, uchovávanie, prípravu, kontrolu a výdaj liekov vrátane internetového výdaja,
- b) zabezpečovanie, uchovávanie a výdaj zdravotníckych pomôcok vrátane internetového výdaja,
- c) zhotovovanie zdravotníckych pomôcok na mieru a ich výdaj,
- d) zabezpečovanie a výdaj dietetických potravín,
- e) poskytovanie odborných informácií a rád o liekoch, zdravotníckych pomôckach a dietetických potravinách potrebných na kvalitné poskytovanie zdravotnej starostlivosti podľa bezpečnej a racionálnej liekovej terapie,
- f) dohľad nad liekmi a dohľad nad zdravotníckymi pomôckami,
- g) zabezpečovanie, uchovávanie a výdaj doplnkového sortimentu,
- h) vykonávanie fyzikálnych a biochemických vyšetrení zameraných na primárnu prevenciu a sledovanie účinnosti a bezpečnosti farmakoterapie, ktoré si nevyžadujú ďalšie laboratórne spracovanie,
- i) spätný predaj humánnych liekov zaradených v zozname kategorizovaných liekov držiteľovi povolenia na veľkodistribúciu humánnych liekov, ktorý ich držiteľovi povolenia na poskytovanie lekárskej starostlivosti vo verejnej lekární alebo v nemocničnej lekární dodal, a predaj humánnych liekov zaradených v zozname kategorizovaných liekov medzi držiteľmi povolenia na poskytovanie lekárskej starostlivosti vo verejnej lekární alebo v nemocničnej lekární na účel ich výdaja vo verejnej lekární alebo v nemocničnej lekární ak

bol tento predaj uskutočnený v súlade s § 23 ods. 1 písm. as) zákona č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 362/2011 Z. z.“).

Výška úhrady poisťovňou, výška úhrady pacienta a podmienky úhrady sa riadia:

- Zoznamom kategorizovaných liekov plne uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia,
- Zoznamom kategorizovaných zdravotníckych pomôcok plne uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia,
- Zoznamom kategorizovaných dietetických potravín plne uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia

platnými v čase výdaja lieku, zdravotníckej pomôcky a dietetickej potraviny.

Osobitné prípady úhrad registrovaných ale nekategorizovaných liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín sa riadia ustanoveniami § 88 zákona č. 363/2011 Z. z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 363/2011 Z. z.“).

Zmluvné strany sa zaväzujú poskytovať si vzájomnú súčinnosť v opodstatnených prípadoch podozrenia na spoluprácu zástupcov poskytovateľa a poskytovateľa ambulantnej zdravotnej starostlivosti. Poisťovňa oznámi v prípadoch podľa prvej vety všetky zistenia a skutočnosti potvrdzujúce podozrenie Kontrolnému výboru Slovenskej lekárskej komory alebo orgánom činným v trestnom konaní.

Osobitná časť

Článok 1: Práva a povinnosti poskytovateľa

- a) poskytuje poistencom poisťovne lekárenskú starostlivosť vo verejnej lekárni v rozsahu činnosti stanovenej v povolení na poskytovanie lekárenskej starostlivosti vydanom príslušným orgánom,
- b) prevádzkuje verejnú lekáreň v súlade so zákonom č. 362/2011 Z. z. a s ďalšími súvisiacimi platnými všeobecne záväznými právnymi predpismi,
- c) zodpovedá za to, že odborný zástupca vykonáva činnosť odborného zástupcu len na jednom mieste výkonu činnosti a že zdravotnícki pracovníci poskytujúci lekárenskú starostlivosť spĺňajú zákonom stanovené podmienky na poskytovanie tejto starostlivosti,
- d) dodržiava povinnosti stanovené v § 23 ods. 1 zákona č. 362/2011 Z. z., najmä:
 - da) poskytuje lekárenskú starostlivosť podľa zákona č. 362/2011 Z. z.,
 - db) dodržiava požiadavky správnej lekárenskej praxe,
 - dc) poskytuje odborné informácie o liekoch, zdravotníckych pomôckach, konzultuje určovanie a sledovanie liečebného postupu,
 - dd) vyberá od poistencov poisťovne úhradu za humánne lieky, zdravotnícke pomôcky a dietetické potraviny čiastočne uhrádzané na základe verejného zdravotného poistenia pri zachovaní stanoveného pomeru úhrady poisťovne a poistenca poisťovne s výnimkou postupu podľa § 89 ods. 2 zákona č. 363/2011 Z. z.,
 - de) uvádza na doklade z registračnej pokladne údaj o výške prepočítaného doplatku za najlacnejší náhradný liek, ak sa tento započítava do úhrnnej výšky úhrad poistenca poisťovne podľa osobitného predpisu,
 - df) pri výdaji lieku, zdravotníckej pomôcky alebo dietetickej potraviny na základe lekárskeho predpisu alebo lekárskeho poukazu, ktoré sú čiastočne alebo úplne uhrádzané na základe verejného zdravotného poistenia, overiť zhodu údajov na lekárskom predpise alebo lekárskom poukaze s údajmi v preskripčnom zázname a s údajmi na preukaze poistenca, občianskom preukaze s elektronickým čipom alebo doklade o pobyte s elektronickým čipom a ak zistí nesprávnosť údajov lekárskeho predpisu alebo lekárskeho poukazu v mene, priezvisku, rodnom čísle alebo v číselnom kóde zdravotnej poisťovne, pričom pôjde o zjavnú chybu v písaní, vykonať opravu týchto údajov na lekárskom predpise alebo lekárskom poukaze, inak je oprávnený lekársky predpis alebo lekársky poukaz odmietnuť,
- e) zabezpečí pri zaobchádzaní s liekmi, zdravotníckymi pomôckami a dietetickými potravinami podmienky pre zachovanie ich kvality, účinnosti a bezpečnosti,
- f) vydá liek, dietetickú potravinu a zdravotnícku pomôcku len na preskripčný záznam, výpis z preskripčného záznamu, lekárske predpisy, výpisy z lekárskeho predpisu a lekárske poukazy, ktoré spĺňajú náležitosti podľa zákona č. 362/2011 Z. z., s výnimkou dôležitých liekov, o ktorých vydaní rozhodne osoba oprávnená vydať liek,
- g) vydá liek, zdravotnícku pomôcku, dietetickú potravinu na základe preskripčného záznamu, ak bol liek, zdravotnícka pomôcka, dietetická potravina predpísaná elektronicky vytvorením preskripčného záznamu,
- h) na základe lekárskeho poukazu vydá poistencovi poisťovne len zdravotnícku pomôcku platne registrovanú alebo evidovanú Štátnym ústavom pre kontrolu liečiv (ďalej len „ŠÚKL“) v súlade s § 110 zákona č. 362/2011 Z. z.,
- i) lieky, zdravotnícke pomôcky alebo dietetické potraviny, ktoré tvoria osobitné prípady úhrad a vyžadujú predchádzajúci súhlas poisťovne s ich úhradou, vydá poskytovateľ iba v prípade, ak na zadnej strane

- lekárskeho predpisu je predpisujúcim lekárom uvedené evidenčné číslo žiadosti, dátum schválenia, meno a priezvisko revízneho lekára, ktorý žiadosť schválil. V prípade, že ide o preskripčný záznam, na ktorom nie sú tieto údaje uvedené, musí mať označenie „PRODUKT NA VÝNIMKU“.
- j) vedie riadne a v súlade so skutočným stavom kusovú evidenciu liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín a systém kusovej evidencie sprístupní poisťovní na požiadanie tak, aby poisťovňa mohla účinne skontrolovať správnosť predpisovania a výdaja; na požiadanie sprístupní poisťovní všetky doklady o nadobudnutí liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín a umožní súčasne kontrolu skladových zásob, údaje o počtoch všetkých vydaných liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín v kontrolovanom období za všetky zdravotné poisťovne,
 - k) ak poistenec poisťovne nepredloží občiansky preukaz s elektronickým čipom, ak ho má vydaný, preukaz poistenca alebo európsky preukaz zdravotného poistenia, poskytovateľ môže vydať liek, dietetickú potravinu alebo zdravotnícku pomôcku len za plnú úhradu poistencom poisťovne; poskytovateľ nemá v takom prípade voči poisťovní nárok na úhradu,
 - l) je povinný plniť vlastné daňové povinnosti podľa § 78 zákona č. 222/2004 Z. z. o dani z pridanej hodnoty v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 222/2004 Z. z.“) tak, aby poisťovňa nebola zaviazaná na plnenie ručenia za daň v zmysle § 69b tohto zákona,
 - m) je povinný na základe údajov uvedených na preskripčných záznamoch, dispenzačných záznamoch, lekárske predpisoch a lekárske poukazoch fakturovať lekárenskú starostlivosť poskytnutú v zúčtovacom období riadne, správne, pravdivo, úplne a bez formálnych nedostatkov v súlade s platnými právnymi predpismi a zmluvnými podmienkami,
 - n) je povinný poskytovať lekárenskú starostlivosť priamo vo verejnej lekární, v pobočke verejnej lekárne tak, aby prostriedky zdravotného poistenia boli vynakladané účelne, efektívne, hospodárne a správne,
 - o) oznamovať poisťovní trvalú zmenu otváracích hodín, ako aj akékoľvek ďalšie zmeny týkajúce sa zmluvného vzťahu medzi poskytovateľom a poisťovňou (napr. zmena odborného zástupcu),
 - p) poskytovať lekárenskú starostlivosť prostredníctvom osôb, ktoré spĺňajú podmienky na výkon zdravotníckeho povolania v príslušnom odbore v súlade s platnou právnou úpravou,
 - q) zabezpečiť zastupovanie v rozsahu povolenia počas svojej dočasnej neprítomnosti, a súčasne na viditeľnom mieste označiť poskytovateľa, ktorý ho bude zastupovať. Neprítomnosť poskytovateľa oznámi poisťovní bezodkladne, najneskôr do 5 dní odo dňa kedy nastala táto skutočnosť,
 - r) spracovávať a vykazovať údaje z lekárske predpisov a lekárske poukazov správne, pravdivo, úplne, bez formálnych nedostatkov v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi tak, aby údaje z lekárske predpisov a lekárske poukazov poskytovali pravdivý a komplexný prehľad o preskribovaných liekoch, zdravotných pomôckach a dietetických potravinách,
 - s) postupovať v súlade s platným odborným usmernením MZ SR pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v oblasti poskytovania a úhrady vecných dávok podľa platnej legislatívy Európskej únie (ďalej len „EÚ“) pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti poistencom EÚ v Slovenskej republike,
 - t) pri výdaji liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín dodržiavať všetky preskripčné obmedzenia, množstvé, finančné a časové limity stanovené v záväzných opatreniach MZ SR,
 - u) vydať poistencovi poisťovne predpísaný liek, zdravotnícku pomôcku alebo dietetickú potravinu, ktorých úhrada vyžaduje v súlade s platnými právnymi predpismi a zmluvou vydanie súhlasu revízneho lekára poisťovne, len ak je na zadnej strane uvedené evidenčné číslo vydaného súhlasu, dátum vydania súhlasu s úhradou, dobu trvania vydaného súhlasu, množstvo bal./ks, na ktorý je vydaný súhlas, meno a priezvisko revízneho lekára, ktorý súhlas vydal a výšku úhrady poisťovňou,
 - v) vykazovať lekárenskú starostlivosť pravdivo podľa lekárenskej starostlivosti, ktorú poskytovateľ v skutočnosti poskytol. Lekárenskú starostlivosť, ktorú poskytovateľ pri objektívnom posúdení všetkých okolností reálne nemohol poskytnúť alebo neposkytol, sa považuje za lekárenskú starostlivosť vykázanú nepravdivo,
 - w) zabezpečiť, aby výdajová pečiatka lekárne bola vyhotovená podľa aktuálne platného Metodického usmernenia Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou o pečiatkach lekárov, vybraných pracovníkov v zdravotníctve a poskytovateľov zdravotnej starostlivosti,
 - x) zodpovedá za doručenie faktúry poisťovní, pričom za deň doručenia faktúry sa považuje deň, kedy k zaslanej faktúre boli dodané do centra spracovania výkonov príslušného podľa miesta prevádzky poskytovateľa (ďalej aj ako „do poisťovne“) lekárske predpisy a lekárske poukazy, ktoré sú neoddeliteľnou prílohou faktúry,
 - y) je povinný, na základe osobitnej písomnej žiadosti poisťovne, zabezpečiť uskladnenie liekov a zdravotníckych pomôcok obstaraných poisťovňou na základe žiadosti poskytovateľa zdravotnej starostlivosti v zmysle § 6 ods. 13 písm. b) zákona č. 581/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov a zabezpečiť ich výdaj poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti v súlade s požiadavkami na správnu lekárenskú prax a zabezpečiť, aby nedošlo k ich poškodeniu alebo zneužitiu,
 - z) sa zaväzuje dodržiavať povinnosti stanovené zákonom č. 153/2013 Z. z. o národnom zdravotníckom informačnom systéme a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,
 - aa) je povinný bezodkladne vytvoriť dispenzačný záznam podpísaný zdokonaleným elektronickým podpisom v elektronickej zdravotnej knižke o vydanom humánnom lieku, ktorého predpis je viazaný na lekárske predpis, dietetickej pomôcke, dietetickej potravinu, ktorá je uvedená v zozname kategorizovaných dietetických potravín, alebo zdravotníckej pomôcke, ktorá je uvedená v zozname kategorizovaných zdravotníckych pomôcok, ak je dietetická potravina alebo zdravotnícka pomôcka uhrádzaná na základe verejného zdravotného poistenia,
 - bb) je oprávnený, v prípade záujmu poistenca poisťovne, autentifikovať tohto poistenca za účelom aktivácie mobilnej aplikácie poisťovne. Podrobnosti ohľadne postupu autentifikácie poistenca sú zverejnené na webovom sídle poisťovne.

Článok 2: Práva a povinnosti poisťovne

- a) na základe poskytovateľom predložených faktúr vystavených v súlade so zákonom č. 431/2002 Z. z. o účtovníctve v znení neskorších predpisov a touto zmluvou uhradiť poskytovateľovi vykázanú lekárenskú starostlivosť na základe verejného zdravotného poistenia poskytnutú poisťovňou,
- b) je povinná uchovávať lekárske predpisy a lekárske poukazy najmenej jeden rok odo dňa úhrady za humánny liek, zdravotnícku pomôcku a dietetickú potravinu, ktorých výdaj je viazaný na lekárske predpisy alebo lekárske poukazy; to neplatí, ak sa humánny liek, zdravotnícka pomôcka alebo dietetická potravina vydáva na základe preskripčného záznamu.
- c) ak poskytovateľ vydal liek, zdravotnícku pomôcku alebo dietetickú potravinu na základe lekárskeho predpisu alebo lekárskeho poukazu, ktorého predpísaním predpisujúci lekár porušil povinnosť dodržiavať preskripčné a indikačné obmedzenia alebo povinnosť podľa § 119 ods. 11 zákona č. 362/2011 Z. z., poisťovňa je povinná uhradiť lekárenskú starostlivosť poskytovateľovi.

Článok 3: Postupy pri výdaji liekov a manipulácii s lekáskymi predpismi a poukazmi

- a) Platnosť lekárskeho predpisu alebo preskripčného záznamu je
 - aa) sedem dní na hromadne vyrábaný humánny liek a individuálne pripravovaný humánny liek, ak neobsahuje protimikrobiálne antibiotikum, chemoterapeutikum, omamnú látku II. skupiny a psychotropnú látku II. skupiny a dietetickú potravinu,
 - ab) päť dní na humánny liek s obsahom omamnej látky II. skupiny a psychotropnej látky II. skupiny,
 - ac) tri dni na humánny liek s obsahom protimikrobiálneho antibiotika a chemoterapeutika,
 - ad) jeden deň na humánny liek predpísaný lekárom zubnolekárskej pohotovostnej služby, lekárom ambulantnej pohotovostnej služby a lekárom ústavnej pohotovostnej služby,
 - ae) pri preskripčnom zázname s poznámkou „REPETATUR“ najviac jeden rok.
- b) Platnosť preskripčného záznamu, ak ide o zdravotnícku pomôcku a lekárske poukazy je jeden mesiac. Platnosť preskripčného záznamu a lekárskeho poukazu na individuálne zhotovenie ortopedicko-protetickej zdravotníckej pomôcky na mieru alebo stomatologickej zdravotníckej pomôcky je tri mesiace.
- c) Poskytovateľ nevydá humánny liek, zdravotnícku pomôcku a dietetickú potravinu, ak nie sú splnené požiadavky § 120 ods. 1 zákona č. 362/2011 Z. z. okrem dôležitého humánneho lieku, o vydaní ktorého rozhodne osoba oprávnená vydať humánny liek s prihladením na naliehavosť podania humánneho lieku poisťovni poisťovne, ak ide o bezprostredné ohrozenie života alebo hrozí závažné zhoršenie jeho zdravotného stavu.
- d) Pri výdaji humánneho lieku alebo dietetickej potraviny predpísanej na lekárskom predpise alebo pri výdaji zdravotníckej pomôcky predpísanej na lekárskom poukaze poskytovateľ, ktorý vydáva lieky, zdravotnícke pomôcky a dietetické potraviny je povinný vytvoriť dispenzačný záznam podľa § 121 ods. 3 písm. d) zákona č. 362/2011 Z. z. a potvrdiť výdaj humánneho lieku, zdravotníckej pomôcky alebo dietetickej potraviny svojím podpisom na lekárskom predpise alebo lekárskom poukaze, odtlačkom pečiatky verejnej lekáreň alebo výdajne zdravotníckych pomôcok a dátumom výdaja; to neplatí, ak sa humánny liek, zdravotnícka pomôcka alebo dietetická potravina vydáva na základe preskripčného záznamu.
- e) Poskytovateľ, ktorý vydáva lieky, zdravotnícke pomôcky a dietetické potraviny pri výdaji humánneho lieku, zdravotníckej pomôcky alebo dietetickej potraviny je povinná vyznačiť v dispenzačnom zázname časť ceny vydaného humánneho lieku, zdravotníckej pomôcky alebo dietetickej potraviny, ktorú uhrádza príslušná zdravotná poisťovňa, a časť ceny vydaného humánneho lieku, zdravotníckej pomôcky alebo dietetickej potraviny, ktorú uhrádza poisťenec. Osoba oprávnená vydávať lieky pri výdaji humánneho lieku potvrdí v liekovej knižke poisťenca výdaj humánneho lieku, ak ju poisťencovi vydala zdravotná poisťovňa a poisťenec ju pri výdaji humánnych liekov predložil; to neplatí, ak sa humánny liek, zdravotnícka pomôcka alebo dietetická potravina vydáva na základe preskripčného záznamu.
- f) Poskytovateľ je povinný pripojiť lekárske predpisy a lekárske poukazy, na základe ktorého bol vydaný humánny liek, dietetická potravina alebo zdravotnícka pomôcka uhrádzaná z verejného zdravotného poistenia k faktúre, ktorú zašle poisťovni ak v tejto zmluve nie je uvedené inak. V prípade lekárskeho predpisu na lieky s obsahom omamnej látky II. skupiny je prvopis osobitného tlačiva lekárskeho predpisu povinnou prílohou faktúry podľa § 120 ods. 8 zákona č. 362/2011 Z. z.. V prípade poisťencov EÚ je poskytovateľ povinný k faktúre ako prílohu pripojiť kópiu nárokového dokladu, ak sa poisťenec iného štátu preukázal európskym preukazom alebo náhradným certifikátom a súčasne lekárske predpisy alebo výpisy z lekárskeho predpisu. Kópia nárokového dokladu sa nepredkladá za poisťenca EÚ, ktorý sa preukázal preukazom zdravotnej poisťovne SR s označením „EÚ“, príslušným nárokovým dokladom zaevidovaným v slovenskej zdravotnej poisťovni.
- g) Poskytovateľ zodpovedá za správnosť výdaja podľa preskripčného záznamu lekárskeho predpisu a lekárskeho poukazu. Ak ide o výdaj humánneho lieku je osoba oprávnená vydávať lieky povinná kontrolovať správnosť dávkovania humánneho lieku z hľadiska prekročenia najvyššej jednotlivej a dennej dávky liečiva a upozorniť na osobitné varovania pri užívaní a používaní humánneho lieku. Rovnako je osoba, ktorá vydáva humánny liek, zdravotnícku pomôcku alebo dietetickú potravinu na základe lekárskeho predpisu alebo lekárskeho poukazu, povinná kontrolovať správnosť údajov uvedených na lekárskom predpise alebo

- lekárskom poukaze s údajmi uvedenými v preskripčnom zázname; to neplatí, ak bol lekársky predpis alebo lekársky poukaz vystavený ručne.
- h) Ak má poskytovateľ, ktorý vydáva humánny liek, zdravotnícku pomôcku a dietetickú potravinu pochybnosti o správnosti lekárskeho predpisu, lekárskeho poukazu alebo o správnosti preskripčného záznamu alebo o správnosti dávkovania humánneho lieku z hľadiska prekročenia najvyššej jednotlivéj a dennej dávky liečiva alebo o dodržaní preskripčných a indikačných obmedzení a nemožno tieto pochybnosti odstrániť ani po overení u predpisujúceho lekára, humánny liek, zdravotnícku pomôcku alebo dietetickú potravinu nevýdá.
- i) Poskytovateľ, ktorý vydáva humánny liek, zdravotnícku pomôcku a dietetickú potravinu pri výdaji
- ia) humánneho lieku, ktorý je uhrádzaný alebo čiastočne uhrádzaný na základe verejného zdravotného poistenia, je povinný informovať poistenca poisťovne o možnosti výberu náhradného humánneho lieku a o výške doplatku poistenca poisťovne za všetky náhradné humánne lieky podľa platného zoznamu kategorizovaných liekov, ktoré je možné vydať na základe predloženého preskripčného záznamu alebo lekárskeho predpisu,
 - ib) je povinný vydať poistencovi poisťovne humánny liek, ktorého liečivo je uvedené v prílohe č. 1 zákona č. 362/2011 Z. z., ktorý je bez doplatku alebo s najnižším doplatkom poistenca poisťovne a ktorý je dostupný, ak si poistenec poisťovne nevyberie inak,
 - ic) humánneho lieku, zdravotníckej pomôcky a dietetickej potraviny vyznačí v dispenzačnom zázname a na lekárskom predpise alebo lekárskom poukaze názov a kód vydaného humánneho lieku,
 - id) je povinný bezodkladne vytvoriť dispenzačný záznam podpísaný zdokonaleným elektronickým podpisom v elektronickej zdravotnej knižke o vydanom humánnom lieku, ktorého výdaj je viazaný na lekársky predpis, dietetickej potravine, ktorá je uvedená v zozname kategorizovaných dietetických potravín, alebo zdravotníckej pomôcke, ktorá je uvedená v zozname kategorizovaných zdravotníckych pomôcok, ak je dietetická potravina alebo zdravotnícka pomôcka uhrádzaná na základe verejného zdravotného poistenia,
 - ie) je povinný vydať humánny liek, zdravotnícku pomôcku alebo dietetickú potravinu na základe preskripčného záznamu, ak bol humánny liek, zdravotnícka pomôcka alebo dietetická potravina predpísaná elektronicky vytvorením preskripčného záznamu,
 - if) humánneho lieku na základe preskripčného záznamu s poznámkou „REPETATUR“ je povinný zaznamenať v dispenzačnom zázname počet balení vydaného humánneho lieku; pri výdaji humánneho lieku na základe preskripčného záznamu s poznámkou „REPETATUR“ sa nesmie vyhotoviť výpis z lekárskeho predpisu.

Článok 4: Platobné podmienky

Časť A. Všeobecné podmienky vykazovania lekárenskej starostlivosti a platobné podmienky

1. Poisťovňa uhrádza poskytovateľovi poskytnutú lekárenskú starostlivosť uhrádzanú na základe verejného zdravotného poistenia na základe tejto zmluvy.
2. Podkladom na úhradu poskytnutej lekárenskej starostlivosti sú dispenzačné záznamy vytvorené poskytovateľom do mesačnej závierky dispenzačných záznamov (ďalej len „mesačná závierka“) príslušného zúčtovacieho obdobia.
3. Finančné zúčtovanie (ďalej aj len „faktúra“) poskytovateľ zasiela poisťovni elektronicky prostredníctvom ePobočky.
4. Finančné zúčtovanie nie je možné zasielať v listinnej podobe.
5. Poskytovateľ predloží za jedno zúčtovacie obdobie poisťovni jednu samostatnú faktúru za lekárenskú starostlivosť poskytnutú fyzickým osobám, podľa kategórií v zmysle § 3 a nasledujúcich zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 580/2004 Z. z.“) nasledovným spôsobom:
 - 5.1. fyzická osoba – poistenec poisťovne,
 - 5.2. fyzická osoba – cudzinec,
 - 5.3. fyzická osoba – poistenec EÚ,
 - 5.4. fyzická osoba – bezdomovec, ktorý sa zdržiava na území Slovenskej republiky,
 - 5.5. fyzická osoba – bez podanej prihlášky v zmysle § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z.
6. Faktúra podľa bodu 5 tejto Časti A. obsahuje dispenzačné záznamy vyhotovené poskytovateľom do mesačnej závierky príslušného zúčtovacieho obdobia za lieky, dietetické potraviny a zdravotné pomôcky.
7. Pokiaľ nie je v zmluve uvedené inak, opravné, nevytvorené alebo nezaslané dispenzačné záznamy posiela poskytovateľ do poisťovne ako súčasť faktúry za zúčtovacie obdobie, ktoré nasleduje po zúčtovanom období, za ktoré boli alebo mali byť pôvodné dispenzačné záznamy evidované.
8. Prílohy k faktúre posiela poskytovateľ výlučne prostredníctvom ePobočky, ak nie je v zmluve uvedené inak.
9. Poisťovňa vykonáva mesačnú závierku raz za kalendárny mesiac, a to v posledný deň kalendárneho mesiaca o 24:00 hod.
10. Poskytovateľ je povinný fakturovať za poskytnutú lekárenskú starostlivosť a je oprávnený zaslať faktúru najskôr po uplynutí zúčtovacieho obdobia, ktorým je jeden kalendárny mesiac. V prípade doručenia faktúry pred uplynutím zúčtovacieho obdobia sa za deň doručenia faktúry považuje prvý kalendárny deň nasledujúceho mesiaca. Faktúru alebo faktúru s prílohami poskytovateľ doručí do poisťovne najneskôr do 10 dní po uplynutí zúčtovacieho obdobia.

11. Lekárenskú starostlivosť poskytnutú osobám z členských štátov EÚ, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu a Švajčiarska vykonáva poskytovateľ poisťovní v súlade s platným Odborným usmernením MZ SR pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v oblasti poskytovania a úhrady vecných dávok podľa platnej legislatívy EÚ, ak v tejto zmluve nie je uvedené inak.
12. Lekárenskú starostlivosť poskytnutú cudzincom tých štátov, s ktorými má Slovenská republika uzatvorené dohody o poskytnutí zdravotnej starostlivosti z prostriedkov štátneho rozpočtu na základe medzinárodných zmlúv a bezdomovcom (okrem členských štátov EÚ, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu a Švajčiarska) zdržujúcim sa na území Slovenskej republiky, ak nemôžu preukázať poisťný vzťah preukazom poistenca, vykonáva poskytovateľ na samostatných zúčtovacích dokladoch podľa platného metodického usmernenia Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, ak v tejto zmluve nie je uvedené inak.
13. Pri vydaní zdravotníckej pomôcky, ktorá je zaradená v skupine so špeciálnym režimom výdaja, bude prílohu k lekárskej pomôcku tvoriť v jednom vyhotovení riadne vyplnená a poistencom poisťovne podpísaná dohoda o používaní zdravotníckej pomôcky v originálnom vyhotovení, v ktorej poskytovateľ vyznačí výrobné číslo vydané zdravotníckej pomôcky, dátum výdaja, výšku úhrady poisťovňou a poistencom poisťovne.

Časť B. Kontrola formálnej a vecnej správnosti faktúry a jej splatnosť

Ustanovenia tejto Časti B. sa používajú primerane vo vzťahu k ostatným častiam Článku 4.

1. Poisťovňa vykoná kontrolu formálnej správnosti doručenej faktúry a úplnosti povinných príloh faktúry v zmysle tohto Článku 4 a ak zistí, že faktúra nie je formálne správna, vráti ju poskytovateľovi najneskôr do 5 pracovných dní odo dňa jej doručenia do poisťovne na jej doplnenie alebo opravu spolu s uvedením dôvodu vrátenia. Lehota stanovená na vecnú kontrolu uvedená v bode 3 tejto Časti B. a lehota splatnosti dohodnutá v bode 5 tejto Časti B. plynú odo dňa doručenia formálnej správnej faktúry do poisťovne.
2. Poisťovňa u formálnej správnej faktúry vykoná vecnú kontrolu vykazanej lekárskej starostlivosti, zameranú najmä na správnosť a úplnosť vykázaných údajov poskytovateľom.
3. Ak poisťovňa pri vecnej kontrole zistí lekárenskú starostlivosť fakturovanú v rozpore so všeobecne záväznými právnymi predpismi alebo v rozpore so zmluvou, spracuje tieto zistenia do chybových protokolov, v ktorých budú uvedené neakceptované lekárske predpisy, výpisy z lekárskeho predpisu a lekárske poukazy alebo dispenzačné záznamy s uvedením dôvodu ich zamietnutia. Tieto doklady spolu s neakceptovanými lekáskymi predpismi, výpismi z lekárskeho predpisu a lekáskymi poukazmi, ktoré boli povinnou prílohou k faktúre, budú odoslané poskytovateľovi najneskôr do 25 dní odo dňa doručenia formálnej správnej faktúry spolu so Žiadosťou o vystavenie opravného dokladu k faktúre. Poskytovateľ vystaví opravný doklad k predloženej faktúre a to vo výške uvedenej v doklade Žiadosť o vystavenie opravného dokladu k faktúre. Doručením opravného dokladu zodpovedajúceho sume uvedenej na doklade Žiadosť o vystavenie opravného dokladu k faktúre sa považuje faktúra za vecne správnu. Vystavenie opravného dokladu nevylučuje postup podľa bodu 4 tejto Časti B.
4. Ak poskytovateľ nesúhlasí so skutočnosťami uvedenými v chybovom protokole, doručí poisťovni námietky voči skutočnostiam uvedeným v chybovom protokole do 10 dní odo dňa doručenia chybových protokolov. Námietky poisťovňa posúdi do 30 dní odo dňa ich doručenia. Opakované námietky v tej istej veci budú zmluvné strany riešiť dohodovacím konaním. Výzva na dohodovacie konanie musí byť písomná.
5. Splatnosť formálnej a vecnej správnej faktúry je 30 dní odo dňa jej doručenia do poisťovne. Ak posledný deň lehoty pripadne na sobotu, nedeľu, sviatok alebo deň pracovného pokoja, posledným dňom lehoty je najbližší nasledujúci pracovný deň. V prípade predloženia vecne nesprávnej faktúry, t. j. v prípade potreby vystavenia opravného dokladu k pôvodne predloženej faktúre v zmysle bodu 3 tejto Časti B., je splatnosť takto opravenej faktúry 5 pracovných dní odo dňa doručenia opravného dokladu, najmenej však 30 dní odo dňa doručenia pôvodnej, formálnej správnej faktúry.
6. V prípade, že poisťovňa na základe výsledkov kontroly podľa bodu 5 tejto Časti B. prílohy zistí neoprávnenosť vykazania už realizovaného a uhradeného plnenia v súlade s touto Časťou B., poskytovateľ sa zaväzuje vrátiť poisťovni takúto neoprávnenú úhradu za lieky, zdravotnícke pomôcky a dietetické potraviny najneskôr v deň uzatvorenia kontroly v zmysle Článku 5 bodu 9. Za neoprávnené vykázané lekárenskú starostlivosť sa považuje najmä nepravdivé a nesprávne vykazovanie. V prípade, že poskytovateľ poisťovni v dohodnutej lehote nevráti neoprávnené vyúčtované a zaplatené úhrady, poisťovňa vykoná jednostranný zápočet svojej pohľadávky voči najbližšiemu splatnému vyúčtovaniu poskytovateľa. Ustanovenia Článku 6 tým nie sú dotknuté.
7. Poskytovateľ pri vyúčtovaní zdravotnej starostlivosti poskytnutej osobám z členských štátov Európskej únie, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu, a Švajčiarska, cudzincom tých štátov, s ktorými má Slovenská republika uzatvorené dohody o poskytnutí zdravotnej starostlivosti z prostriedkov štátneho rozpočtu na základe medzinárodných zmlúv a bezdomovcom postupuje podľa platného Odborného usmernenia MZ SR a Metodického usmernenia Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou a podľa členenia v zmysle Článku 4, Časti A., bodu 5.

Časť C. Všeobecne o ePobočke vo vzťahu k vykazovaniu a úhrade lekárskej starostlivosti

1. Poskytovateľ alebo poverená osoba poskytovateľa musí mať uzatvorenú s poisťovňou samostatnú zmluvu o využívaní elektronických služieb v ePobočke VŠZP, a to „PZS Podacie miesto“, „PZS Prehľad“ a „PZS Komplet“, ktorých predmetom je využívanie elektronickej podateľne a zasielanie faktúry a jej príloh elektronicou formou.

2. Poskytovateľ môže realizovať opravu dispenzačného záznamu formou stornovania pôvodného dispenzačného záznamu a nahraním nového dispenzačného záznamu kedykoľvek do mesačnej závierky príslušného zúčtovacieho obdobia.
3. Po mesačnej závierke príslušného zúčtovacieho obdobia je možné poisťovňou odmietnutý dispenzačný záznam stornovať a nahradiť ho až v nasledujúcom zúčtovacom období.
4. Poisťovňa priebežne sprístupňuje zoznam dispenzačných záznamov, ktorý si poskytovateľ môže na ePobočke skontrolovať.
5. V okamihu mesačnej závierky bude poskytovateľovi na ePobočke sprístupnený zoznam dispenzačných záznamov spolu so sumou, ktorú je možné uviesť na faktúre.

Časť D. Všeobecné podmienky vykazovania lekárskej starostlivosti – papierové lekárske predpisy a papierové lekárske poukazy dohodnuté najdlhšie do 31.3.2022

K faktúram:

1. za výdaj humánneho lieku s obsahom omamnej látky II. skupiny alebo psychotropnej látky II. skupiny, ktorý je plne uhrádzaný alebo čiastočne uhrádzaný na základe verejného zdravotného poistenia, alebo
2. zasielaným podľa § 12 ods. 3 Vyhlášky Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 232/2014 Z. z., ktorou sa upravuje postup poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, zdravotnej poisťovne a Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou pri poskytovaní cezhraničnej zdravotnej starostlivosti, alebo
3. za výdaj humánneho lieku, dietetickej potraviny alebo zdravotníckej pomôcky, uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia, keď lekársky predpis/dispenzačný záznam alebo lekársky poukaz/dispenzačný záznam neobsahuje identifikátor preskripčného záznamu,

pripája poskytovateľ ako povinnú prílohu originály riadne vyplnených, otaxovaných lekárske predpisov, výpisov z lekárske predpisov a lekárske poukazov. Tieto originály balí poskytovateľ do zväzkov. Počet originálov v jednom zväzku nie je stanovený. Každý zväzok bude označený príslušným číslom faktúry, zúčtovacím obdobím faktúry, dvoma poradovými číslami, ktoré budú zodpovedať prvému a poslednému poradovému číslu originálu v zväzku, celkovým počtom dokladov vo zväzku. Každý zväzok bude tiež označený IČO, názvom poskytovateľa, kódom poskytovateľa, a názvom prevádzkarne, pričom môžu byť označené aj pečiatkou poskytovateľa s uvedenými údajmi.

Článok 5: Kontrola

1. Poisťovňa prostredníctvom poverených zamestnancov vykonáva kontrolnú činnosť u poskytovateľa zameranú na správnosť, oprávnenosť, rozsah, kvalitu, účelnosť, efektívnosť a hospodárnosť vynakladania prostriedkov verejného zdravotného poistenia a na dodržiavanie ustanovení zmluvy a všeobecne záväzných právnych predpisov.
2. Poisťovňa vykonáva kontrolu aj na základe informácií, podkladov, dokumentov, ktoré poskytol poskytovateľ poisťovni a údajov obsiahnutých v informačnom systéme poisťovne.
3. Zamestnanci poverení výkonom kontroly (kontrolná skupina) sú povinní preukázať sa pri kontrole služobným preukazom a písomným poverením na výkon kontroly. Kontrolná činnosť sa vykonáva za prítomnosti poskytovateľa, alebo ním poverenej osoby tak, aby nebola závažne narušená činnosť poskytovateľa.
4. Poskytovateľ alebo osoba ním poverená, je pri výkone kontroly povinný najmä:
 - a) umožniť vykonanie kontroly, umožniť vstup do všetkých objektov lekárne, zariadení a pobočiek, na pozemky a do iných priestorov kontrolovaného poskytovateľa, ak súvisia s predmetom kontroly, poskytnúť súčinnosť a požadované informácie a vysvetlenia pri výkone kontroly,
 - b) poskytnúť všetky účtovné a iné doklady a dokumenty, vrátane technických nosičov údajov v elektronickej forme, ktoré súvisia s nákladmi uhrádzanými z verejného zdravotného poistenia za účelom kontroly správnosti, pravdivosti, oprávnenosti, účelnosti, efektívnosti a hospodárnosti vynakladania prostriedkov z verejného zdravotného poistenia,
 - c) vyhotovenie výpisu, alebo kópie kontrolovaných dokumentov,
 - d) sprístupniť systém kusovej evidencie liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín, ktoré plne alebo čiastočne uhrádza poisťovňa z prostriedkov verejného zdravotného poistenia.
5. Finančnú a kusovú kontrolu liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín, ktoré plne alebo čiastočne uhrádza zdravotná poisťovňa z prostriedkov verejného zdravotného poistenia vykoná farmaceut, alebo poverený zamestnanec poisťovne overením skutočnosti, či v kontrolovanom období poskytovateľ disponoval sledovanými liekmi, dietetickými potravinami a zdravotníckymi pomôckami v množstve a cene zodpovedajúcej množstvu a cene vykazanej poisťovni. Pri podozrení na nezákonnú spoluprácu poskytovateľa a predpisujúceho lekára alebo poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, môže poisťovňa kontaktovať dotknutých pacientov (poistencov poisťovne), u ktorých je možné sa domnievať, že lekárska starostlivosť im nebola poskytnutá vo verejnej lekární alebo pobočke verejnej lekárne poskytovateľa, v požadovanom (t. j. vykázanom) rozsahu. V takomto prípade je poisťovňa oprávnená časť vykázaných nákladov poskytovateľa až do uzatvorenia kontroly neuhradiť. V prípade ak sa potvrdia podozrenia poisťovne, tá je oprávnená vykázanú zdravotnú starostlivosť s definitívnou platnosťou odmietnuť a zároveň okrem sankcií v zmysle Článku 6 odstúpiť vec na ďalšie šetrenie Slovenskej lekárskej komore ako aj ďalším orgánom kontroly v zmysle zákona č. 362/2011 Z. z. Kontrolu u poskytovateľa vykonáva kontrolná skupina, ktorá o výsledku kontroly vypracuje:

- a) „Záznam o kontrole“, ak sa nezistí porušenie všeobecne záväzných právnych predpisov alebo porušenie podmienok zmluvy; podpísaním záznamu poskytovateľom a vedúcim kontrolnej skupiny je kontrola uzavretá,
 - b) „Protokol o kontrole“, ak sa kontrolou zistí porušenie všeobecne záväzných právnych predpisov alebo porušenie podmienok dohodnutých v zmluve,
 - c) „Chybový protokol“, ak sa pri kontrole zistí porušenie zmluvy alebo porušenie všeobecne záväzných právnych predpisov, a to v prípade kontroly vykonávanej u poskytovateľa počas lehoty na kontrolu vecnej správnosti faktúry v súlade s Článkom 4, Časť B., bod 3. V tomto prípade sa záznam, resp. protokol o kontrole nevystavuje.
6. Protokol o kontrole alebo záznam o kontrole zašle poisťovňa poskytovateľovi najneskôr do 15 dní od ukončenia kontroly. Ukončenie kontroly je vykonanie všetkých úkonov potrebných na posúdenie kontrolovaných skutočností v súlade s právnymi predpismi a touto zmluvou.
 7. Poskytovateľ má právo podať písomné námietky proti obsahu protokolu, opodstatnenosti a preukázateľnosti kontrolných zistení a záverov uvedených v protokole do 15 dní od doručenia protokolu. Pokiaľ poskytovateľ v stanovenej lehote nepodá námietky k protokolu o kontrole, kontrola sa považuje za uzavretú dňom nasledujúcim po uplynutí lehoty na podanie námietok.
 8. Pokiaľ poskytovateľ v stanovenej lehote podá námietky k protokolu o kontrole, zmluvné strany prerokujú námietky k protokolu do 30 dní odo dňa ich doručenia poisťovni. Poisťovňa vyhotoví zápisnicu o prerokovaní námietok k protokolu, ktorú podpíše vedúci kontrolnej skupiny a zodpovedný zástupca poskytovateľa. Za prerokovanie sa považuje aj písomná odpoveď poisťovne na podané námietky.
 9. Kontrola je uzavretá v deň prerokovania protokolu a podpísania zápisnice o prerokovaní protokolu, resp. dňom odmietnutia podpísania zápisnice o prerokovaní námietok k protokolu poskytovateľom. V prípade písomného prerokovania námietok je kontrola uzavretá v nasledujúci deň po prevzatí zápisnice o prerokovaní námietok k protokolu poskytovateľom. Ak si poskytovateľ z akéhokoľvek dôvodu zásielku nepreberie, kontrola je ukončená dňom vrátenia nedoručenej zásielky poisťovni.
 10. Kontrolní pracovníci poisťovne sa zaväzujú pri výkone kontroly dodržiavať platný hygienický režim verejnej lekárne, ako aj ďalšie platné predpisy vzťahujúce sa k pobočke lekárne.

Článok 6: Následky porušenia povinností

1. Za porušenie povinností podľa tejto časti prílohy má poisťovňa právo uplatniť si u poskytovateľa zmluvnú pokutu:
 - a) vo výške jednonásobku hodnoty lekárenskej starostlivosti, ktorú poskytovateľ neoprávnene vykázal alebo neposkytol,
 - b) vo výške dvojnásobku neoprávnene vykazanej hodnoty lekárenskej starostlivosti, ak poskytovateľ na požiadanie nepredloží doklady o nadobudnutí liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín, ktoré mali byť predmetom poskytnutej lekárenskej starostlivosti, alebo v prípade, keď boli poisťencovi poisťovne vydané iné lieky, ako boli vykázané poskytovateľom,
 - c) vo výške 500 Eur za akékoľvek porušenie niektorej z povinností podľa Článku 1 písm. a), b) a c), Článku 3 písm. h) a Článku 5 bodu 4, maximálne však do výšky 5 000 Eur za kontrolované obdobie,
 - d) vo výške 300 Eur, ak poskytovateľ poruší zákon č. 362/2011 Z. z., v prípade ak poisťovňa v čase kontroly zistí, že stav kontrolovaných liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín nie je totožný so systémom kusovej evidencie maximálne však do výšky 600 Eur,
 - e) vo výške najmenej 500 Eur za marenie kontroly, ak poskytovateľ odmietne v čase kontroly poskytnúť účtovné doklady nevyhnutné ku kontrole alebo sprístupniť kusovú evidenciu liekov, zdravotníckych pomôcok alebo dietetických potravín, maximálne však do výšky 5 000 Eur.
2. Za preukázané porušenie ostatných povinností a postupov definovaných v Článku 1 majú zmluvné strany právo uplatniť si u druhej zmluvnej strany zmluvnú pokutu vo výške 100 Eur za každý jeden prípad porušenia, a to aj opakovane.
3. Poisťovňa má nárok na náhradu škody, ktorá jej preukázateľne vznikla nesplnením vlastnej daňovej povinnosti poskytovateľa podľa § 78 zákona č. 222/2004 Z. z. a následne uplatnením ručenia za daň voči poisťovni v zmysle § 69b zákona č. 222/2004 Z. z.. Poisťovňa má súčasne právo na náhradu trov konania, ktoré jej vznikli v tejto súvislosti v konaní pred príslušným daňovým úradom.
4. V prípade, že poisťovňa neuhradí riadne doručení, formálne a vecne správnu faktúru v dohodnutej lehote splatnosti, má poskytovateľ právo na zaplatenie úroku z omeškania vo výške podľa Obchodného zákonníka.
5. Pohľadávku poisťovne podľa tohto článku, je možné jednostranne započítať s pohľadávkou poskytovateľa za neuhradenú poskytnutú lekárenskú starostlivosť.