

## Dodatok č. 31

### k Zmluve č. 61NSP2000411

#### Čl. 1

#### Zmluvné strany

**1. Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.**

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

Štatutárny orgán: Mgr. Miroslav Kočan, predseda predstavenstva

Ing. Milan Horváth, podpredseda predstavenstva

doc. JUDr. Mgr. Michal Ďuriš, PhD., člen predstavenstva

PaedDr. Tibor Papp, člen predstavenstva

IČO: 35 937 874

IČ DPH: SK2022027040

Zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel Sa,

vložka číslo: 3602/B

Osoba oprávnená konať vo veci zmluvy: riaditeľ krajskej pobočky v Bratislave,

MUDr. Pavol Martanovič

Adresa krajskej pobočky: Ondavská 3. 825 21 Bratislava 25

Bankové spojenie:

Číslo účtu:

(ďalej len „poisťovňa“)

a

**2. Nemocnica svätého Michala, a.s.**

so sídlom: Satinského I.7770/1, 811 08 Bratislava 1

Zastúpený: MUDr. Marian Križko ,PhD., MHA, MPH - predseda predstavenstva, MUDr.

Juraj Galovič, PhD. - člen predstavenstva, Ing. Radovan Majerský, PhD. - člen

predstavenstva

Identifikátor poskytovateľa: P36845

IČO : 44570783

Zapísaný v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava 1, oddiel Sa,

vložka číslo: 4677/B

Bankové spojenie :

Číslo účtu:

(ďalej len „poskytovateľ“)

#### uzatvárajú

tento dodatok k Zmluve č. 61NSP2000411 (ďalej len „zmluva“)

#### Čl. 2

#### Predmet dodatku

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

1. Príloha č. 1 zmluvy - Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti sa nahrádza novým znením. Nové znenie Prílohy č.1 zmluvy tvorí prílohu č. 1 tohto dodatku, ktorá bude platiť na obdobie od 1.3.2017 do 30.6.2017.

**Čl. 3**  
**Záverečné ustanovenia**

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

V Bratislave dňa .....

Za poskytovateľa:

Za poisťovňu:

.....  
MUDr. Marian Križko, PhD., MPH  
predseda predstavenstva

MUDr. Juraj Galovič, PhD.  
člen predstavenstva

Ing. Radovan Majerský, PhD.  
člen predstavenstva

.....  
MUDr. Pavol Martanovič  
riaditeľ krajskej pobočky Bratislava  
Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.

**Príloha č. 1**  
**k Zmluve č. 61NSP2000411**

**Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti**  
**od 1.3.2017 do 30.6.2017**

**A. Ambulantná zdravotná starostlivosť**

**Všeobecné ustanovenia**

**Kapitácia**

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

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

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

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

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

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

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

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

**Úhrada za výkony vyjadrená cenou bodu**

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

Výkony uvedené v tabuľke Cena bodu sa vo všeobecnej ambulantnej starostlivosti a špecializovanej ambulantnej starostlivosti v odbore gynekológia a pôrodnictvo uhrádzajú za kapitovaných poistencov a poistencov EÚ, ktorí majú nárok na úhradu zdravotnej starostlivosti v plnom rozsahu v zmysle platnej legislatívy, ak nie je v tabuľke uvedené inak.

**Úhrada za výkony vyjadrená cenou za výkon**

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

**Osobitné ustanovenia**

**Individuálna dodatková kapitácia**

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

**Individuálna pripočítateľná položka**

Individuálnou pripočítateľnou položkou (ďalej aj ako „IPP“) sa rozumie úhrada k vybraným výkonom v špecializovanej ambulantnej starostlivosti (ďalej aj ako „ŠAS“), typ ZS 200 a 210, ktorej výška je závislá od koeficientu efektívnosti (ďalej aj ako „KEF“) poskytovateľa v špecializovanej ambulantnej starostlivosti a základu pre výpočet IPP. IPP sa vykazuje ako pripočítateľná položka k vybranému výkonu v riadku, v ktorom sa vykazuje

vybraný výkon, a hradí sa spolu s týmto výkonom. V prípade, ak sa v ambulancii poskytne pacientovi v jeden deň viac vybraných výkonov, IPP sa vykazuje iba k jednému z nich v počte jeden.

#### Koeficient efektívnosti

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

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

Výpočet hodnoty KEF sa vykonáva v štvrťroku, ktorý bezprostredne predchádza tomu kalendárnemu štvrťroku, v ktorom sa vypočítaná KEF uplatní.

Tabuľka č. 1 Ukazovatele pre výpočet KEF pre špecializačný odbor

<b>Všeobecné lekárstvo pre dospelých (typ ZS 101)</b>		
P.č.	Ukazovateľ	Spôsob výpočtu hodnoty ukazovateľa
1.	Priemerný počet návštev na kapitovaného poistenca	podiel počtu návštev kapitovaných poistencov a celkového počtu kapitovaných poistencov (do výpočtu nie sú zahrnuté preventívne prehliadky)
2.	Náklady na lieky na ošetrovaného poistenca do 60 rokov vrátane	podiel nákladov na podané a predpísané lieky, dietetické potraviny, zdravotnícke pomôcky a počtu unikátnych rodných čísel poistencov, ktorým bola poskytnutá zdravotná starostlivosť (do výpočtu nie sú zahrnuté predpísané lieky, dietetické potraviny, zdravotnícke pomôcky na odporúčenie lekárom špecializovanej ambulantnej starostlivosti a očkovacie látky)
3.	Náklady na lieky na ošetrovaného poistenca vo veku nad 60 rokov	podiel nákladov na podané a predpísané lieky, dietetické potraviny, zdravotnícke pomôcky a počtu unikátnych rodných čísel poistencov, ktorým bola poskytnutá zdravotná starostlivosť (do výpočtu nie sú zahrnuté predpísané lieky, dietetické potraviny, zdravotnícke pomôcky na odporúčenie lekárom špecializovanej ambulantnej starostlivosti a očkovacie látky)
4.	Náklady na SVLZ na ošetrovaného poistenca	podiel nákladov na vlastné a indikované výkony SVLZ a počtu unikátnych rodných čísel poistencov, ktorým bola poskytnutá zdravotná starostlivosť (do výpočtu nie sú zahrnuté náklady na vlastné a indikované výkony SVLZ súvisiace s preventívnymi prehliadkami)
<b>Gynekológia a pôrodníctvo (typ ZS 103)</b>		
P.č.	Ukazovateľ	Spôsob výpočtu hodnoty ukazovateľa
1.	Priemerný počet návštev na kapitovaného poistenca	podiel počtu návštev kapitovaných poistencov a celkového počtu kapitovaných poistencov (do výpočtu nie sú zahrnuté preventívne prehliadky)
2.	Náklady na lieky na ošetrovaného poistenca	podiel nákladov na podané a predpísané lieky, dietetické potraviny, zdravotnícke pomôcky a počtu unikátnych rodných čísel poistencov, ktorým bola poskytnutá zdravotná starostlivosť (do výpočtu nie sú zahrnuté predpísané lieky, dietetické potraviny, zdravotnícke pomôcky na odporúčenie lekárom špecializovanej ambulantnej starostlivosti a očkovacie látky)
3.	Náklady na SVLZ na ošetrovaného poistenca	podiel nákladov na vlastné a indikované výkony SVLZ a počtu unikátnych rodných čísel poistencov, ktorým bola poskytnutá zdravotná starostlivosť (do výpočtu nie sú zahrnuté náklady na vlastné a indikované výkony SVLZ súvisiace s preventívnymi prehliadkami)
<b>Všetky špecializačné odbory ŠAS (typ ZS 200 a 210)</b>		
P.č.	Ukazovateľ	Spôsob výpočtu hodnoty ukazovateľa v jednotlivých odbornostiach ŠAS
1.	Náklady na výkony na ošetrovaného poistenca	podiel nákladov na výkony z I. časti Zoznamu výkonov a počtu unikátnych rodných čísel poistencov, ktorým bola poskytnutá zdravotná starostlivosť
2.	Náklady na lieky na ošetrovaného poistenca	podiel nákladov na podané, predpísané a odporúčané lieky, dietetické potraviny, zdravotnícke pomôcky a počtu unikátnych rodných čísel poistencov, ktorým bola poskytnutá zdravotná starostlivosť
3.	Náklady na SVLZ na ošetrovaného poistenca	podiel nákladov na vlastné a indikované výkony SVLZ a počtu unikátnych rodných čísel poistencov, ktorým bola poskytnutá zdravotná starostlivosť

#### Výpočet ukazovateľov

- poisťovňa vypočíta hodnotu ukazovateľa pre každého z poskytovateľov, ktorí poskytujú zdravotnú starostlivosť v rovnakom špecializačnom odbore, pričom počet hodnôt zodpovedá počtu poskytovateľov, a to predstavuje 100 % hodnôt;
- poisťovňa takto vypočítané hodnoty zoradí od najnižšej po najvyššiu;
- prvých 20% hodnôt a posledných 20% hodnôt z celkového počtu hodnôt sa vylúči z výpočtu a zo zostávajúcich 60% hodnôt poisťovňa vypočíta strednú hodnotu a štandardnú odchýlku ukazovateľa;

- d) prostredníctvom strednej hodnoty a štandardnej odchýlky poisťovňa vypočíta dolnú hranicu, ktorá zodpovedá strednej hodnote zníženej o štandardnú odchýlku a hornú hranicu, ktorá zodpovedá strednej hodnote zvýšenej o štandardnú odchýlku. Dolná a horná hranica definujú tri pásma pre hodnotenie ukazovateľa. Hodnota ukazovateľa poskytovateľa v špecializačnom odbore sa nachádza buď pod dolnou hranicou (v dolnom pásme), medzi dolnou hranicou a hornou hranicou (v strednom pásme), alebo nad hornou hranicou (v hornom pásme);
- e) ak sa hodnota ukazovateľa poskytovateľa v špecializačnom odbore nachádza v pásme, v ktorom je ukazovateľ vyhodnotený ako splnený, je mu priradená percentuálna váha príslušného ukazovateľa. V opačnom prípade je váha ukazovateľa 0%.

#### Ukazovatele, pásma plnenia a váhy ukazovateľov

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

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

#### Výpočet ceny IDK

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

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

Pre účely výpočtu IDK poskytovateľa v špecializačnom odbore sa pre obdobie od 1.3.2017 do 30.6.2017 uplatní hodnota KEF uvedená v Tabuľke č. 3.

### Výpočet ceny IPP

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

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

Pre účely výpočtu IPP poskytovateľa v špecializačnom odbore sa pre obdobie od 1.3.2017 do 30.6.2017 uplatní hodnota KEF uvedená v Tabuľke č. 3.

Tabuľka č. 3 Hodnota KEF v špecializačnom odbore

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

### Koeficient preventívnej starostlivosti

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

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

Pre potrebu stanovenia KPS sa v špecializačnom odbore Všeobecné lekárstvo pre deti a dorast za kapítovaného poistenca považuje ten poistenec, ktorý v poslednom ukončenom kalendárnom roku dosiahol vek minimálne troch rokov a za ktorého bola poskytovateľovi v poslednom ukončenom kalendárnom roku uhradená kapitácia.

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

Výpočet hodnoty KPS sa vykonáva v priebehu prvého štvrťroka po ukončení kalendárneho roka, za ktorý sa KPS vypočítava.

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

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

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

Na základe dosiahnutej hodnoty KPS za predchádzajúci ukončený kalendárny rok sa u poskytovateľa počnúc druhým štvrťrokom po dobu nasledujúcich dvanástich mesiacov uplatní nárok na zvýhodnenú cenu bodu preventívnych zdravotných výkonov podľa Tabuľky č. 5.

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

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

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

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

**1.1 Všeobecná ambulantná starostlivosť pre dospelých:**

**Cena kapitácie**

do 19 rokov vrátane	2,58 €
od 20 do 28 rokov vrátane	2,03 €
od 29 do 39 rokov vrátane	2,03 €
od 40 do 44 rokov vrátane	2,07 €
od 45 do 49 rokov vrátane	2,12 €
od 50 do 54 rokov vrátane	2,19 €
od 55 do 59 rokov vrátane	2,30 €
od 60 do 64 rokov vrátane	2,43 €
od 65 do 69 rokov vrátane	2,54 €
od 70 do 74 rokov vrátane	2,66 €
od 75 do 79 rokov vrátane	2,77 €
od 80 do 84 rokov vrátane	3,11 €
od 85 rokov a viac	3,18 €

**Základ pre výpočet IDK**

pre všetky vekové skupiny	0,50 €
---------------------------	--------

**IDK na obdobie od 1.3.2017 do 30.6.2017**

pre všetky vekové skupiny	0,30 €
---------------------------	--------

**Cena bodu:**

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

\* v prípade, že poskytovateľ zasiela dávky vrátane faktúr za poskytnutú zdravotnú starostlivosť cez ePobočku

**Cena za výkon TOKS:**

Kód výkonu TOKS	Charakteristika výkonu TOKS	Výsledok výkonu TOKS	Úhrada TOKS
159a	Preventívne vyšetrenie na krv v stolici s použitím troch testovacích papierikov v rámci opatrení na včasnú diagnostiku ochorenia na rakovinu, dodatok k výkonu pod kódom 160. Výkon môže vykazovať	pozitívny	12,00 €

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

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

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

#### Cena za výkon:

Kód výkonu	Charakteristika výkonu	Cena za výkon
60b	<b>Komplexné predoperačné vyšetrenie vrátane odberov krvi, zhodnotenia laboratórnych a prístrojových vyšetrení. Výkon možno vykazovať iba raz v rámci jednej operácie pri dodržaní odborného usmernenia MZ SR. Výkon sa vykonáva samostatne s diagnózou, pre ktorú je poistenec plánovaný na operáciu</b> V prípade odoslania poistenca k špecialistovi, najmä kód odbornosti 001 (vnútorné lekárstvo), za účelom vykonania predoperačného vyšetrenia, zdravotná poisťovňa poskytnutú zdravotnú starostlivosť v súvislosti s predoperačným vyšetrením uhrádza iba cenou kapitácie.	13 €
H0003	<b>Iniciálne vyšetrenie u poistenca s artériovou hypertenziou.</b> Podmienky úhrady výkonu H0003: Všeobecný lekár pre dospelých vykáže nad rámec kapitácie výkon H0003 s príslušnou korektnou diagnózou zistenou pri vyšetrení. Za iniciálne vyšetrenie sa považuje stav, keď poistenec nebol sledovaný ani liečený pre artériovú hypertenziu v posledných 24 mesiacoch. V cene výkonu je zahrnuté komplexné vyšetrenie poistenca, vyhodnotenie laboratórnych, doplnkových a pomocných vyšetrení, odporúčenie ďalšej liečby a stanovenie ďalšieho postupu v zmysle odborného usmernenia MZSR pre diagnostiku a liečbu artériovej hypertenzie.	6 €
H0004	<b>Kontrolné vyšetrenie u poistenca s artériovou hypertenziou jedenkrát za 6 mesiacov.</b> Podmienky úhrady výkonu H0004: Všeobecný lekár pre dospelých vykáže nad rámec kapitácie výkon H0004 s príslušnou korektnou diagnózou. Za kontrolné vyšetrenie sa považuje stav, keď poistenec má diagnostikovanú artériovú hypertenziu. V cene výkonu je zahrnuté komplexné vyšetrenie poistenca, vyhodnotenie laboratórnych vyšetrení, odporúčenie ďalšej liečby a stanovenie ďalšieho postupu v zmysle odborného usmernenia MZSR pre diagnostiku a liečbu artériovej hypertenzie. Poisťovňa akceptuje a osobitne nad rámec kapitácie uhrádza výkon H0004 vo frekvencii jedenkrát za 6 mesiacov (maximálne 2x za rok). V prípade vyššej frekvencie návštev je ďalšia poskytnutá zdravotná starostlivosť uhrádzaná cenou kapitácie.	3 €
H0005	<b>Ošetrovanie akútneho hypertenzného stavu.</b> Podmienky úhrady výkonu H0005: Všeobecný lekár pre dospelých vykáže nad rámec kapitácie výkon H0005 s príslušnou korektnou diagnózou v prípade ošetrovania akútneho hypertenzného stavu. V rámci akútneho hypertenzného stavu je potrebné stabilizovať vitálne funkcie poistenca, vykonať opatrenia na zabránenie orgánového poškodenia, v prípade potreby zabezpečiť bezpečný transport do cieľového zdravotníckeho zariadenia. V cene výkonu je zahrnuté zistenie anamnestických údajov zameraných na prítomnosť subjektívnych ťažkostí poistenca súvisiacich s akútnym hypertenzným stavom,	6 €



	<p>základné vyšetrenie poistenca, vrátane orientačného neurologického, zavedenie intravenózneho kanyly a udržanie jej priechodnosti, monitoring vitálnych funkcií, zaistenie nepretržitého zdravotníckeho dohľadu, úľavovej polohy podľa aktuálneho stavu, pri neporušenom vedomí poistenca perorálne podanie 25-50 mg kaptoprilu, ak je indikované, zabezpečenie transportu ZZS do ústavného zdravotníckeho zariadenia, ak je indikovaný a záznam o ošetrovaní do zdravotnej dokumentácie poistenca v zmysle odborného usmernenia MZSR pre diagnostiku a liečbu artériovej hypertenzie.</p>	
H0006	<p><b>Stratifikácia rizika cievnej mozgovej príhody (CMP) nad 40 rokov.</b>  Podmienky úhrady výkonu H0006:  Všeobecný lekár pre dospelých vykáže nad rámec kapitácie výkon H0006 v kombinácii s výkonom s kódom 160 s diagnózou Z00.0. Podmienkou úhrady výkonu H0006 je vykázanie priložiteľnej položky „dosiahnuté skóre“ (pri stratifikácii rizika CMP) v dávke 751n platného dátového rozhrania podľa Metodického usmernenia ÚDZS, ktorá je v uvedených vybraných položkách vyplnená nasledovne:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- v položke č. 13 –PRIPOČITATEĽNÁ POLOŽKA – uvedie dosiahnuté skóre v tvare SKOR01, pričom na 5. a 6. mieste položky je číselné vyjadrenie dosiahnutého skóre.</li> <li>- v položke č. 14 – MNOŽSTVO – uvedie vždy 1</li> <li>- v položke č. 15 – CENA – uvedie vždy 0.00</li> </ul> <p>V cene výkonu H0006 je vyhodnotenie rizikových faktorov CMP, EKG záznamu minimálne s 10 QRS komplexmi a vyhodnotenie dotazníka "stratifikácia rizika cievnej mozgovej príhody" a stanovenie skóre.  Vyplnený dotazník, záznam a vyhodnotenie EKG s minimálne s 10 QRS sú súčasťou zdravotnej dokumentácie poistenca (Dotazník je uverejnený na webovej stránke poisťovne v časti tlačivá).</p>	3,80 €
H0007	<p><b>Kvantitatívne INR vyšetrenie v ambulancii VLD</b>  Kontrolné kvantitatívne vyšetrenie INR z kapilárnej krvi u poistencov pri dlhodobej alebo celoživotnej liečbe warfarínom.  Podmienkou úhrady výkonu H0007 je splnenie nasledovných podmienok zo strany PZS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- platný doklad o zakúpení, resp. prenájme prístrojového vybavenia;</li> <li>- potvrdenie o zaškolení výrobcou (dovozcom) prístroja;</li> <li>- prehlásenie o zhode k prístroju (jedná o registráciu prístroja na ŠÚKL);</li> <li>- potvrdenie o odbornej spôsobilosti poskytovateľa (lekára) - absolvovaní kurzu na LF alebo SZU</li> <li>- potvrdenie o technickej (kvalitatívnej) kompatibilitate prístroja na ambulatnú diagnostiku, resp. doklad o externej kontrole kvality, ktorý nesmie byť starší ako 12 mesiacov.</li> </ul> <p>Poisťovňa <u>akceptuje</u> a osobitne nad rámec kapitácie uhradza výkon vo frekvencii spravidla raz za 2 mesiace u poistenca (maximálne 6x za kalendárny rok). V cene výkonu je zahrnutý odber kapilárnej krvi, jeho vyhodnotenie a poučenie poistenca.  <u>Výkon nebude akceptovaný:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. pri súčasnom odbere venózneho krvi na laboratórne vyšetrenie;</li> <li>2. ak v kontrolovanom intervale (v rozpätí jedného mesiaca) bolo vyšetrenie INR vykázané zmluvným laboratóriom;</li> <li>3. ak poskytovateľ na požiadanie nepredloží doklad o vykonanej externej kontrole kvality prístroja, ktorý nie je starší ako 12 mesiacov. Akceptovaný doklad externej kvality musí byť vydaný akreditovaným pracoviskom v súlade s platnou legislatívou.</li> </ol>	5,20 €
H0008	<p><b>Stanovenie indexu ABI oscilometrickou metódou</b>  Meranie a vyhodnotenie indexu ABI oscilometrickou metódou na štyroch končatinách pri včasnej diagnóze ischemickej choroby dolných končatin.  Podmienkou úhrady výkonu H0008 je splnenie nasledovných podmienok zo strany PZS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- platný doklad o zakúpení, resp. prenájme prístrojového vybavenia;</li> <li>- potvrdenie o zaškolení výrobcou (dovozcom) prístroja;</li> <li>- prehlásenie o zhode k prístroju (jedná o registráciu prístroja na ŠÚKL)</li> </ul> <p>Poisťovňa <u>akceptuje</u> a osobitne nad rámec kapitácie uhradza výkon 1x za 2 roky pri vykázaní preventívnej prehliadky.  <u>Výkon bude akceptovaný:</u></p>	4,50 €

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. u symptomatických pacientov s podozrením na ischemickú chorobu dolných končatín (ICHDK);</li> <li>2. u asymptomatických pacientov nad 50 rokov s minimálne jedným rizikovým faktorom (arteriálna hypertenzia, abnormálne EKG, diabetes mellitus, obezita s BMI nad 30, fajčiari, vysoká hladina celkového cholesterolu, porucha metabolizmu lipidov, pacienti a postihnutí koronárnymi alebo cerebrálnymi artériami, a pod.);</li> <li>3. u všetkých poistencov nad 60 rokov.</li> </ol> <p><u>Výkon nebude akceptovaný</u>, ak vyšetrenie výkonu bude vykonané v špecializovanej ambulantnej starostlivosti.</p>	
--	---	--

## 1.2 Špecializovaná ambulantná starostlivosť v odbore gynekológia a pôrodnictvo:

### Cena kapitácie

pre všetky vekové skupiny	1,23 €
---------------------------	--------

### Základ pre výpočet IDK

pre všetky vekové skupiny	0,25 €
---------------------------	--------

### IDK na obdobie od 1.3.2017 do 30.6.2017

pre všetky vekové skupiny	0,15 €
---------------------------	--------

### Cena bodu:

preventívne zdravotné výkony č. 157,102,103**,105 a výkon č. 108***	0,04 € * 0,041 €
preventívne zdravotné výkony č. 157,102,103**,105 a výkon č. 108*** v prípade, že poskytovateľ má nárok na zvýhodnenú cenu, na základe dosiahnutej hodnoty KPS	0,044 € * 0,045 €
výkony č. 5303, 5305, 5308 ako súčasť preventívnej prehliadky; výkon č. 5308 „Ultrazvukové vyšetrenie obidvoch prsníkov, axil a regionálnych lymfatických uzlín“ sa vykazuje na základe odbornej spôsobilosti lekára	0,00909 €
výkon č. 5808 v tehotenstve (výkon sa nemôže vykazovať spolu s výkonom č. 108) sa akceptuje z dôvodu zmeny zdravotného stavu, ktorý ohrozuje vývin plodu alebo zdravie matky, vykazuje sa s príslušnou diagnózou pre ktorú bolo vyšetrenie indikované	0,007635 €
výkon č. 118 externé kardiografické vyšetrenie (CTG) – vykazuje sa po 36. týždni tehotenstva s frekvenciou 1 x za týždeň, maximálne 4 x za tehotenstvo	0,019170 €
USG výkony, ktoré nie sú súčasťou preventívnej prehliadky	0,007635 €
výkony z I. časti Zoznamu výkonov pre poistencov EÚ, bezdomovcov, cudzincov a poistencov podľa § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z.	0,018257 €
výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ) pre poistencov EÚ, bezdomovcov, cudzincov a poistencov podľa § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z. a nekapitovaných poistencov	0,007303 €
neodkladná zdravotná starostlivosť poskytnutá poistencom poisťovne, s ktorými poskytovateľ nemá uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti	0,006639 €

\* v prípade, že poskytovateľ zasiela dávky vrátane faktúr za poskytnutú zdravotnú starostlivosť cez ePobočku

\*\* - výkon č. 103 „Vyšetrenie a rady počas gravidity s vyhodnotením výsledkov laboratórných vyšetrení so zreteľom na riziká gravidity“ sa vykazuje spravidla jedenkrát za 28 dní a po 36. týždni gravidity jedenkrát za 7 dní ak poistenka je naďalej vo výlučnej starostlivosti vykazujúceho lekára, s diagnózou Z34.0, Z34.8, Z34.9, Z35.0 až Z35.4, Z35.7 až Z35.9

\*\*\* - výkon č. 108 ako súčasť preventívnej prehliadky v tehotenstve (výkon sa nemôže vykazovať spolu s výkonom č. 5808) s diagnózou Z34.0, Z34.8, Z34.9

## 2. Špecializovaná ambulantná starostlivosť

### 2.1 Špecializovaná ambulantná starostlivosť – vrátane UPS

#### Cena bodu:

výkony z I. časti Zoznamu výkonov okrem výkonov ambulancie UPS a centrálného prijmu	0,0219 €
	* 0,022 €
úhrada vybraných výkonov z I. časti Zoznamu výkonov :	0,0219 €

- výkon č. 60 sa uhrádza vo výške zodpovedajúcej 420 bodom, - výkon č. 62 sa uhrádza vo výške zodpovedajúcej 270 bodom,	* 0,022 €
výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ)	0,007303 €
výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ) vykonávané prístrojovou technikou ULTRAZVUK – USG a FUNKČNÁ DIAGNOSTIKA	0,007635 €
výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ) z časti FYZIATRIA BALNEOTERAPIA A LIEČEBNÁ REHABILITÁCIA s kódmi č.: 509a, 512, 513, 514a, 516, 518, 522, 523a, 530, 531, 532, 533a, 540, 541, 542;	0,011618 €
výkon 15d v počte bodov 150 v odbornosti chirurgia, traumatológia, ortopédia, pneumológia, ORL a reumatológia - zhodnotenie rtg. dokumentácie, ak nie je vykonané pracoviskom RTG, vrátane popisu v zdravotnej dokumentácii.	0,0219 €
- výkon č. 765p - odstránenie jedného polypu pomocou vysokofrekvenčnej elektrickej slučky (elektrických klieští - hot biopsy) – preventívny výkon – uhrádza sa vo výške zodpovedajúcej 946 bodom - výkon sa vykazuje s diagnózou Z12.1	0,0219 € * 0,022 €
výkony z I. časti Zoznamu výkonov – výkony ambulancie UPS a centrálného príjmu okrem odboru stomatológia	0,023734 €
výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ) z časti OSTEODENZITOMETRIA	0,005311 €
preventívny výkon č. 158,158A, 158B, 158C, 158D u urológa	0,04 € * 0,041 €
výkon 5302 ako súčasť preventívnej prehliadky u urológa	0,007635 €
preventívny výkon č. 763P a 763M u gastroenterológa	0,04 € * 0,041 €
výkon 15d v počte bodov 150 v odbornosti chirurgia, traumatológia, ortopédia, pneumológia, ORL a reumatológia - zhodnotenie rtg. dokumentácie, ak nie je vykonané pracoviskom RTG, vrátane popisu v zdravotnej dokumentácii.	0,0219 € * 0,022 €

\*v prípade, že poskytovateľ zasiela dávky vrátane faktúr za poskytnutú zdravotnú starostlivosť cez ePobočku

#### Základ pre výpočet IPP k vybraným výkonom

Kód položky	Individuálna pripočítateľná položka	Základ pre výpočet IPP
IPP1	Individuálna pripočítateľná položka k výkonom: č. 60, 62, 63, 60R, 503, 504, 505	1,20 €
IPP2	Individuálna pripočítateľná položka k výkonom: č. 1544A, 1594, 1240, 820, 822, 825	2,90 €
IPP3	Individuálna pripočítateľná položka k výkonom: č. 3286, 3288, 3306, 3335, 3337, 867, 869, 3351, 3364, 841, 842, 845	4,90 €

#### IPP k vybraným výkonom na obdobie od 1.3.2017 do 30.6.2017

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

#### Cena za výkon:

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

**Preventívna urologická prehliadka – vykazovanie:**

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

**2.2 Špecializovaná zubno-lekárska starostlivosť**

**Cena bodu:**

zubno-lekárske výkony (vrátane čeľustnej ortopédie) okrem výkonu D54	0,08 €
preventívne výkony v stomatológii D02, D02a, D06	0,08 €

**3. Jednodňová zdravotná starostlivosť ambulantná (JZS)/Výkony hrazené osobitným spôsobom v ústavnej zdravotnej starostlivosti (OHV).**

Kód výkonu	Názov výkonu	odbornosť	JZS /OHV 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 fakickej vnútroočnej šošovky zo zdravotných dôvodov)	015	450	
8501A	operácia prietrží bez použitia sieťky	010	440	
8501B	operácia jednoduchých prietrží s použitím sieťky	010	800	
8501C	laparoskopická operácia jednoduchých prietrží	010	700	
8502	transrektálna polypektómia	010	525	

8506	artroskopická operácia subakromiálneho impingement syndrómu	011*, 013	600	
8507	operácia pourazovej 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*	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 clavulae	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 hammatus	011*	500	
8528	operačné riešenie digitus malleus	011*	500	
8529	operačné riešenie digitus supraductus	011*	500	
8530	operačné riešenie metatarsus I.varus	011*	500	
8531	operačné riešenie morbus Laderhose	011*	500	
8532	operačné riešenie neuralgie Mortoni	011*	500	
8533	artroskopické výkony v lakťovom zhybe	011*, 013	1 100	
8534	artroskopické výkony v ramennom zhybe bez použitia vstrebateľného fixačného materiálu	011*, 013	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	440	
8538	extirpácia sakrálneho dermoidu	010	440	
8539	operácia varixov dolných končatín	010	440	

8540	operácia análnych fistúl a/alebo fisúr	010	440	
8542	operácia ruptúry Achilovej šľachy	011*, 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*	120	
8548	tenolyza šľachy	011*, 013,	400	
8549	sutúra šľachy	011*, 013	500	
8550	voľný šľachový transplantát	011*,013	440	
8551	transpozícia šľachy	011*, 013	400	
8552	operácia malých kĺbov ruky - artrolyza	011*	400	
8553	operácia malých kĺbov ruky - artrodéza	011*	400	
8564	laparoskopická cholecystektómia	010	700	
8565	operácia hemoroidov	010	600	
8566	odstránenie hemoroidov elastickou ligatúrou	010	110	
8567	vytvorenie alebo rekonštrukcia arteriovenózneho fistuly pri chronickej liečbe hemodialýzou	010	600	
8570	transpozícia nervus ulnaris	011*	297	
8571	exstirpácia lymfatických uzlín	010, 009	250	
8572	exstirpácia nehmateľného benigného nádoru prsnej žľazy verifikovaného zobrazovacou metódou	009, 010	400	
8573	exstirpácia gangliómu	010, 011*	100	
8575	amputácia prsta pre gangrénu	010	250	
8576	laparoskopické výkony diagnostické	010, 009	500	
8577	laparoskopická apendektómia	010	700	
8578	artroskopické výkony v zápästí	011*, 013	1 280	
8582	operácia Dupuytrenovej kontraktúry - punkčná fasciektómia	011*	420	
8583	operácia Dupuytrenovej kontraktúry - parciálna fasciektómia	011*	450	
8584	operácia Dupuytrenovej kontraktúry - totálna fasciektómia	011*	500	
8585	discízia ligamentum carpi transversum bez epineurolyzy nervus medianus	011*	400	
8586	endoskopické vyšetrenie v celkovej anestézii	010	300	
8587	zrušenie arteriovenózneho fistuly	010	260	
8588	nekrektómie	010	150	
8611	konizácia cervixu	009	440	
8612	excízia vulvy - len ako terapeutický zákrok v CA	009	440	
8613	exstirpácia 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	laparoskopia s adheziolýzou (rozrušenie zrástov)	009	500	

8625	salpingostómia - laparoskopicky	009	500	
8626	salpingektómia - laparoskopicky	009	500	
8627	ovariálna cystektómia -laparoskopicky	009	500	
8628	oophorektómia - laparoskopicky	009	500	
8629	ablácia endometriotických ložísk - laparoskopicky	009	550	
8630	kolpoperineoplastika (zadná pošvová plastika bez použitia siete )	009	450	
8631	uretrálna suspenzia (s použitím suburetrálnej pásky) na liečbu stresovej inkontinencie alebo pri vezikorenálnom refluxe	009, 012	500	
8631A	uretrálna suspenzia ( s použitím suburetrálne plniacej substancie) po zlyhaní predchádzajúcej chirurgickej liečby inkontinencie moču	009, 012	900	
8634	kyretáž vrátane dilatácie	009	383	
8635	amniocentéza - pod USG kontrolou	009	145	
8640	ablácia cervikálneho polypu	009	308	
8641	adnexektómia - laparoskopicky	009	500	
8642	myomektómia - laparoskopicky	009	500	
8643	predná pošvová plastika	009	450	
8648	prerušenie tehotenstva zo zdravotných dôvodov	009	339	
8660A	hysteroskopia v kombinácii s inými výkonmi v odbornosti	009	700	
8662A	laparoscopia v kombinácii s inými výkonmi v odbornosti	009	700	
8700	operácia strabizmu zo zdravotných dôvodov	015	320	
8701	plastické operácie na mihalniciach (ektropium, entropium, blefarochalázia) zo zdravotných dôvodov	015	320	Výkon musí byť schvalený RL GR pred poskytnutím zdravotnej starostlivosti, súčasťou žiadosti je aj fotodokumentácia a počítačovo vyhotovený perimeter
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 mihalnic	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	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	intrastromálna 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	
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 ošetrenie hlbkej rany rohovky alebo skléry alebo mihalníc	015	220	
8732	primárne ošetrenie penetrujúcej rany rohovky alebo skléry bez poranenia šošovky a bez vnútroočného cudzieho telesa	015	370	
8733	primárne ošetrenie penetrujúcej rany rohovky alebo skléry s poranením šošovky a bez vnútroočného cudzieho telesa	015	400	
8734	primárne ošetrenie penetrujúcej rany rohovky alebo skléry bez poranenia šošovky s vnútroočným cudzím telesom	015	370	
8735	primárne ošetrenie penetrujúcej rany rohovky alebo skléry 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	470	
8801	tonzilektómia	014	522	
8802	tonzilotómia	014	345	
8803	uvulopalatoplastika	014	375	
8804	plastika oroantrálnej komunikácie	014	355	
8805	extrakcia kameňa submandibulárnej žľazy	014	315	
8806	exstirpácia sublingválnej slinnej žľazy	014	335	
8807	exstirpácia submandibulárnej slinnej žľazy	014	335	
8808	Parciálna exstirpácia malého tumoru 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	478	
8819	operácia stenózy zvukovodu okrem atrézie	014	365	



8820	myringoplastika	014	650	
8821	tympanoplastika bez protézy	014	650	
8823	stapedoplastika	014	800	
8824	sanačná operácia stredného ucha	014	515	
8825	adenotómia	014	245	
8826	mikrochirurgické výkony na hrtane	014	500	
8827	septoplastika - operácia nosovej priehradky (podmienkou je zdravotná indikácia výkonu)	014	380	
8829	plastika nosovej chlopne	014	395	
8830	funkčná endoskopická sínusová chirurgia (FESS)	014	800	
8831	operácia prínosovej dutiny vonkajším prístupom	014	475	
8834	frenulotómia	014	198	
8835	transpozícia vývodu submandibulárnej slinnej žľazy pri sialolitíaze a stenóze vývodu	014	380	
8836	diagnostická mikroendoskopia hrtana	014	305	
8837	exstirpácia ohraničeného tumoru alebo lymfatickej uzliny podkoží na krku	014	195	
8838	diagnostická excízia z tumoru nosohltana	014	330	
8840	korekcia nosového krídla vložení chrupkového transplantátu, auto- alebo alotransplantátu	014	520	
8841	endoskopická operácia prínosových dutín	014	700	
8842	dakryocystorinostómia	014	490	
8843	dekompresia orbity	014	454	
8844	rekonštrukcia dna orbity pri blow-out fraktúre	014	468	
8846	operácia povrchového tumoru tváre a krku	014	95	
8849	funkčná septorinoplastika	014	339	
8850	endoskopická adenotómia + tonzilektómia	014	720	
8851	endoskopická adenotómia + tonzilotómia	014	646	
8852	tonzilektómia + uvulopalatoplastika	014	710	
8853	turbinoplastika + dakryocystorinostómia	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	430	
8900	orchiektómia pri atrofickom semenníku	012	440	
8901	orchiektómia pre karcinóm prostaty	012	440	
8902	resekcia kondylomat na penise	012	295	
8903	Orchiopexia retinovaného hmatného semenníka (nie pri kryptorchizme)	012	440	

8905	zavedenie a/alebo odstránenie ureterálnej endoprotézy	012	400	
8909	operácia fimózy - cirkumcizia zo zdravotných dôvodov	010, 012	345	
8910	divulzia uretry pri stenóze ženskej uretry	012	255	
8911	plastika verikokély	012	440	
8912	resekcia spermatokély alebo cysty nadsemeníka	012	440	
8914	operácia jednoduchej hydrokély u mužov	012	440	
8915	frenuloplastika pre frenulum breve penis	012	285	
8916	sterilizácia u muža so zdravotných dôvodov	012	335	Výkon musí byť schvalený RL GR pred poskytnutím zdravotnej starostlivosti
8917	resekcia karunkuly uretry	012	250	
8918	exstirpácia kožných nádorov na vonkajších genitáliách	012	176	
8919	sutúra kožnej rany v oblasti vonkajších genitálií	012	135	
8920	optická uretrotómia krátkej striktúry	012	300	
8921	biopsia prostaty	012	248	
8922	biopsia glans penis	012	138	
8926	ureteroskopia	012	330	
8927	ureteroskopická litotripsia a extrakcia konkrémentu pri jednoduchej ureterolitiáze	012	400	
8928	dilatácia striktúry uretry	012	154	
8929	operačná repozícia parafimózy	010, 012	250	
9202	resekcia alebo iná operácia dolnej nosovej mušle	014	315	
9204	korekcia nosa a nosového septa pri rozštepe podnebia	014	315	
9205	korekcia nosných dierok zo zdravotných dôvodov	014	345	
9205A	korekcia nosových dierok zo zdravotných dôvodov u detí do 18 rokov vrátane	014	430	
9254	operácia venter pendulum zo zdravotných dôvodov	010	255	Výkon musí byť schvalený RL GR pred poskytnutím zdravotnej starostlivosti, súčasťou žiadosti je aj fotodokumentácia
9255	operácia diastázy priamych brušných svalov	010	395	
9302	nekrektómia s anestézou u detí	010	300	
9303	drenáž povrchového abscesu s anestézou u detí	010	300	
9306	operačné odstránenie zarastajúceho nechta u detí (resekcia a plastika nechtového lôžka) po predchádzajúcej neúspešnej ambulantnej liečby	010	300	
9310	exstirpácia a/alebo biopsia lymfatických uzlín z jednej lokality u detí	010	350	
9606	sondáž slzných ciest	015	180	
9607	injekčná aplikácia kortikoidu do periokulárneho hemangiómu	015	180	
9609	laserová koagulácia sietnice	015	170	
9713	rekonštrukcia nosového krídla	014	449	
8664	rekonštrukčná operácia defektu panvového dna s použitím sieťky	009	450	

8706A	operácia glaukómu filtračná	015	415	
8706B	operácia glaukómu laserom	015	305	
8706C	operácia glaukómu kryom	015	279	
8821A	tympanoplastika s protézou	014	860	
8833	aurikuloplastika zo zdravotných dôvodov	014	252	Zdravotné indikácie: 1. Asymetrické deformácie ušnic 2. Deformácie ušnic po úraze 3. Plastická operácia po onkologickom ochorení ušnic
8847	transmyringická drenáž so zavedením ventilačnej trubičky	014	170	
8924	diagnostická cystoskopia (biopsia močového mechúra )	012	160	
9210	korekcia ptózy hornej mihalnice zo zdravotných dôvodov	015	440	Výkon musí byť schválený RL GR pred poskytnutím zdravotnej starostlivosti, súčasťou žiadosti je aj fotodokumentácia, počítačový perimeter, neurologické vyšetrenie a EMG
9300	diagnostická biopsia kože, podkožia a svalov v celkovej anestéze u detí	010, 011*, 013	150	

Kód výkonu	Názov výkonu	odbornosť	JZS cena výkonu v €	podmienky schvaľovania
8502	transrektálna polypektómia	048	525	
8586	endoskopické vyšetrenie v celkovej anestézii	048	300	
9101	papilosfinkterektómia a odstránenie konkrementov zo žilových ciest alebo pankreatického vývodu (endoskopická retrográdna cholangiografia)	048	500	
9103	endoskopické zavedenie drenáže žilových 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	

**011\*** - výkony OHV je možné akceptovať na oddelení úrazovej chirurgie len v prípade, ak na oddelení realizuje výkon špecialista v odbore ortopédia

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

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

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

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

Súčasťou výkonov hradených osobitným spôsobom je:

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

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

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

- a) hospitalizáciu dlhšiu ako 72 hodín a zároveň je poskytovaná liečba, ktorá vyžaduje podanie liekov v celkovej sume viac ako 50% z ceny úhrady za osobitne hradený výkon,
- b) pobyt na OAIM alebo JIS dlhší ako 24 hodín,
- c) každé preklasifikovanie osobitného výkonu na hospitalizáciu musí mať podrobné odôvodnenie v zdravotnej dokumentácii a zároveň je predmetom priamej revíznej kontroly.

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

Ku kódom nižšie uvedených výkonov poisťovňa uhradí poskytovateľovi cenu vo výške skutočných nadobúdacích nákladov 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, 8729 a 8750K v odbore oftalmológia sa hradí ako pripočítateľná položka vnútroočná šošovka,
- pri výkone 1395 sa hradia ako pripočítateľné položky, po predchádzajúcom súhlase revízneho lekára generálneho riaditeľstva VŠZP, vnútroočná šošovka 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 suburetrálna páska na liečbu stresovej inkontinencie,
- ku kódu výkonu 8501B v odbore chirurgia a plastická chirurgia sa hradí ako pripočítateľná položka kategorizovaný ŠZM - Sieťka antiadhezívna - veľkosť nad 12 cm, z podskupiny XH1.2,
- ku kódu výkonu 8664 v odbore gynekológia sa hradí ako pripočítateľná položka kategorizovaný ŠZM – Implantáty gynekologické z podskupiny XJ1,

#### 4. Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky (SVLZ)

SVLZ – laboratórne:

Kód odbornosti	Špecializačný odbor	Cena bodu v €
024	Klinická biochémia – nepretržitá prevádzka	0,005527
031	Hematológia a transfuziológia – nepretržitá prevádzka	0,005975

**SVLZ – zobrazovacie:**

Špecializačný odbor	cena bodu v €
Rádiológia odb. 023 – typ ZS 400	0,007303
CT – počítačová tomografia – typ ZS 420 – Klaster 3	0,004114
MR – magnetická rezonancia – typ ZS 421 – Klaster 3	0,005773
MR – magnetická rezonancia – typ ZS 421 – Výkony 5612A, 5613 - Klaster 3	0,005158
MR – magnetická rezonancia – typ ZS 421 – Výkony 5605A, 5605 - Klaster 3	0,004542
Výkony osteodenzitometrie – typ ZS 400	0,005311

**SVLZ – ostatné:**

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

**Maximálne ceny pripočítateľných položiek k výkonom SVLZ (typ ZS 400) :**

**a) Maximálne ceny pripočítateľných položiek pri výkonoch intervenčnej rádiológie**

Pri poskytovaní výkonov intervenčnej rádiológie môže poskytovateľ vykázať 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. Poistovňa 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.

**b) Maximálne ceny pripočítateľných položiek - PACS archivácie pri výkonoch v rádiológii**

**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.

**c) 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, stentgraftov 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	4 149	120226	2 600
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 terapeuticko-nej 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.

## 5. Stacionár

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

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

### Cena za ošetrovací deň:

	maximálna cena za 1 ošetrovací deň v €
Stacionár v odbore neurológia	13,88

- Maximálna dĺžka pobytu v stacionári je 3 mesiace v priebehu posledných 12 mesiacov. Pobyt v stacionári dlhší ako 3 mesiace je možný len s predchádzajúcim súhlasom poisťovne.
- Indikáciu na poskytovanie zdravotnej starostlivosti určí ošetrojúci lekár ústavnej, špecializovanej ambulantnej starostlivosti, alebo všeobecný lekár pre deti a dorast (pre detský stacionár) 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, všeobecného lekára pre deti a dorast, alebo v chorobopise ústavnej starostlivosti.

## B.1 Ústavná zdravotná starostlivosť

### Cena za ukončenú hospitalizáciu (UH):

Odbornosť oddelenia	Názov oddelenia	Cena za UH v €
001	vnútorné lekárstvo	830,00
196	JIS interná	830,00
004	neuroológia	890,00
009	gynekológia	768,00
010	chirurgia	1 190,00
012	urológia	1 030,00
202	JIS chirurgická	1 190,00
049	kardiológia	873,00
197	JIS kardiologická	873,00
014	otorinolaryngológia	930,00
015	oftalmológia	851,00
025	anesteziológia a intenzívna medicína	5 489,00
013	úrazová chirurgia	1 230,00

### Príplatok k ukončenej hospitalizácii:

Odbornosť oddelenia	Názov oddelenia	Cena v €
025	OAIM	1 400,00

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.

### Ceny diagnosticko-terapeutických výkonov:

kód	Názov výkonu	Cena za výkon	Odbornosť
H5560	Ukončená hospitalizácia za účelom: a) pozorovania zdravotného stavu, alebo b) jednorazového podania liekov, alebo c) vykonania plánovaného diagnostického vyšetrenia Podmienkou úhrady je kontinuálne poskytovanie zdravotnej starostlivosti viac ako 24 hodín a maximálne do 72 hodín.	390 €	Všetky odbornosti

Poskytovateľ vykazuje výkony v dátovom rozhraní pre ústavnú starostlivosť v dávke 274a ako pripočítateľnú položku v príslušnej cene k ukončenej hospitalizácii s nulovou cenou.

### Maximálne ceny výkonov v ústavnej starostlivosti (balíčkové ceny TEP)

Kód výkonu	Názov výkonu				Cena za výkon všeobecné nemocnice
130101	Implantácia cementovanej TEP bedra, cena zahŕňa náklady na použité ŠZM, hospitalizáciu na oddelení, na ktorom bola implantovaná TEP, prípadne hospitalizáciu na jednotke intenzívnej starostlivosti bezprostredne súvisiacu s implantáciou TEP				1 825 €
130103	Implantácia necementovanej TEP bedra, cena zahŕňa náklady na použité ŠZM - TEP, hospitalizáciu na oddelení, na ktorom bola implantovaná TEP, prípadne hospitalizáciu na jednotke intenzívnej starostlivosti bezprostredne súvisiacu s implantáciou TEP				3 525 €

130102	Implantácia hybridnej TEP bedra, cena zahŕňa náklady na použité ŠZM - TEP, hospitalizáciu na oddelení, na ktorom bola implantovaná TEP, prípadne hospitalizáciu na jednotke intenzívnej starostlivosti bezprostredne súvisiacu s implantáciou TEP				2 625 €
130109	Implantácia cementovanej TEP kolena, cena zahŕňa náklady na použité ŠZM - TEP, hospitalizáciu na oddelení, na ktorom bola implantovaná TEP, prípadne hospitalizáciu na jednotke intenzívnej starostlivosti bezprostredne súvisiacu s implantáciou TEP				3 175 €
130111	Implantácia necementovanej TEP kolena, cena zahŕňa náklady na použité ŠZM - TEP, hospitalizáciu na oddelení, na ktorom bola implantovaná TEP, prípadne hospitalizáciu na jednotke intenzívnej starostlivosti bezprostredne súvisiacu s implantáciou TEP				4 425 €
130110	Implantácia hybridnej TEP kolena, cena zahŕňa náklady na použité ŠZM - TEP, hospitalizáciu na oddelení, na ktorom bola implantovaná TEP, prípadne hospitalizáciu na jednotke intenzívnej starostlivosti bezprostredne súvisiacu s implantáciou TEP				3 475 €
<p>V cene výkonov uhrádzaných v ústavnej zdravotnej starostlivosti sú zahrnuté všetky náklady na použité zdravotnícke pomôcky. Uvedené ceny výkonov platia pre komplexnú plánovanú aj neodkladnú zdravotnú starostlivosť v špecializačnom odbore ortopédia alebo traumatológia.</p> <p>Poskytovateľ vykazuje výkony v dátovom rozhraní pre ústavnú starostlivosť v dávke 274a ako pripočítateľnú položku v príslušnej cene k ukončenej hospitalizácii s nulovou cenou a zároveň vykáže kód použitého ŠZM podľa kategorizačného zoznamu (uvedeného na webovej stránke MZ SR) s nulovou cenou.</p>					

### 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.

### Príplatok k cene UH

Príplatok k cene UH (ďalej len „BON“) sa uhrádza ako pripočítateľná položka vo vybraných chirurgických odboroch vrátane príslušných kódov odbornosti JIS (kódy vybraných chirurgických odborov: 009, 010, 012, 013, 014, 015,) pri ukončenej hospitalizácii vo výške max. 300 € k cene UH základného oddelenia za súčasného splnenia nasledovných podmienok:

- 1) dĺžka hospitalizácie vrátane JIS bola v trvaní **viac ako 72 hodín**,
- 2) pri operačnom výkone bola podaná celková alebo regionálna anestézia za účasti anestéziologického tímu, uvedená v platnom Metodickom usmernení ÚDZS pod kódom ANST<sub>12</sub>, ANST<sub>13</sub>, ANST<sub>01</sub>, ANST<sub>02</sub> a ANST<sub>03</sub>. Poskytovateľ podané anestézie vykáže s nulovou cenou ako pripočítateľnú položku k cene UH,
- 3) ukončená hospitalizácia bola vykázaná v dávke 274a platného dátového rozhrania podľa Metodického usmernenia ÚDZS, ktorá je v uvedených vybraných položkách vyplnená nasledovne:
  - v položke 21 - TYP VÝKONU – uvádza sa znak „O“ (operačný) alebo „K“ (kombinácia výkonu operačného a intervenčnej rádiológie),
  - v položke 22 - KÓD OPERAČNÉHO VÝKONU – uvádza sa kód operačného výkonu podľa zoznamu výkonov dodaných poisťovňou v elektronickej forme (ZZV\_VsZP\_1). Kód operačného výkonu sa zadáva v tvare bez použitia bodky,



- 4) pripočítateľná položka BON bola vykázaná v samostatnom riadku za vetou, kde bola vykázaná ukončená hospitalizácia v dávke 274a platného dátového rozhrania podľa Metodického usmernenia ÚDZS, ktorá je v uvedených vybraných položkách vyplnená nasledovne:
- v položke 6 - DEŇ NÁSTUPU – uvedie sa deň ukončenia hospitalizácie,
  - v položke 11 - PRIPOČÍTATEĽNÉ POLOŽKY - uvedie sa znak BON,
  - v položke 12 - MNOŽSTVO – uvedie sa znak 1,
  - v položke 13 - CENA - uvedie sa cena max. 300 €,
  - v položke 25 - TYP HOSPITALIZÁCIE – uvedie sa znak „Z“ (vykázaná pripočítateľná položka),
  - v položke 26 - DÁTUM Z ČAKACEJ LISTINY – uvedie sa skutočný dátum operačného výkonu (nepovinná položka),
- 5) pripočítateľná položka BON sa vykazuje a hradí až pri ukončenej hospitalizácii,
- 6) pripočítateľná položka BON sa neuhrádza pri operačných výkonoch resp. zákrokoch, ktoré sú súčasťou výkonov jednodňovej zdravotnej starostlivosti uvedené v Odbornom usmernení MZ SR č. 42 o výkonoch JZS zo dňa 18.08.2009, číslo 12225/2009-OZS, uverejneného vo Vestníku MZ SR dňa 31. augusta 2009, Čiastka 33-39, Ročník 57.

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

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

## **Cena za ukončenú hospitalizáciu, ošetrovací deň v ústavnej zdravotnej starostlivosti**

### *1. Podmienky akceptácie a úhrady ústavnej zdravotnej starostlivosti.*

1. UZS je poskytovaná 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. Poistovňa uhradí za hospitalizáciu dlhšiu ako 24 hodín cenu za ukončenú hospitalizáciu alebo cenu za ošetrovaní deň, to neplatí v prípade výkonov hradených osobitným spôsobom. Cena za ukončenú hospitalizáciu sa uhrádza za oddelenie, na ktorom bola 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. V tomto prípade má poskytovateľ nárok na úhradu vo výške 50% ceny za ukončenú hospitalizáciu.
6. Ak bol poistenec prijatý na lôžkové oddelenie na poskytovanie UZS, hospitalizácia však nebola dlhšia ako 1 hodinu v dôsledku úmrtia poistenca, je poskytovateľ oprávnený vykazať výkony poskytnuté počas resuscitácie spolu s pripočítateľnými položkami, ktoré sú vykazované v dávkach ambulantnej starostlivosti.
7. Hospitalizácie na oddelení anestéziológie a intenzívnej medicíny budú posudzované vždy individuálne, na základe dokumentovaného zdravotného stavu poistenca a poskytnutej zdravotnej starostlivosti. Hospitalizácia bude považovaná za odôvodnenú, ak zdravotný stav poistenca vyžadoval nepretržitú intenzívnu starostlivosť najvyššieho alebo vyššieho stupňa pri zlyhaní alebo 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, bilanciu 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 pediatickej 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 dlhodobochorých alebo do liečebne dlhodobochorých možno prijať poistenca, ktorého zdravotný stav predpokladá trvanie hospitalizácie dlhšie ako 21 kalendárnych dní.
  10. Hospitalizácia na oddeleniach cievnej chirurgie bude poisťovňou posudzovaná ako odôvodnená a bude uhrádzaná vtedy, ak u poistenca bude vykonaný operačný výkon na magistrálnych cievach: operačné výkony na karotických artériách, hrudnej a brušnej aorte, hornej a dolnej dutej žily, by-passové operácie na periférnych vetvách artériového cievného riečiska, tromboektómie a embolektómie.
  11. Podmienkou akceptovania hospitalizácie na oddeleniach, kde je poskytovaná liečba cytostatickými a imunomodulačnými liekmi (napr. onkológia, hematológia, urológia, pneumológia, atď.) a jej úhrady je, že lieky podávané počas hospitalizácie neboli predpísané na lekárske predpis.
  12. Na oddeleniach paliatívnej starostlivosti, jednotkách paliatívnej medicíny a hospicioch je poskytovaná paliatívna starostlivosť poistencom s chronickou nevyliciteľnou, pokročilou a aktívne progredujúcou chorobou s časovo obmedzeným prežívaním a terminálna starostlivosť zomierajúcim poistencom.
  13. Vysokošpecializované ústavy môžu prijímať poistencov len s ochoreniami, na ktoré je ústav špecializovaný.
  14. Poskytovateľ môže poistenca, ktorému poskytuje UZS, preložiť na iné oddelenie toho istého zdravotníckeho zariadenia len v prípade, ak zdravotný stav poistenca nevyhnutne vyžaduje hospitalizáciu na inom oddelení.
  15. Opakovaná hospitalizácia na rovnakom oddelení počas jedného súvislého poskytovania UZS sa považuje za jednu pokračujúcu hospitalizáciu na príslušnom oddelení. Preklad z oddelenia na oddelenia z dôvodu poskytnutia výkonu, vyšetrenia, ošetrovania, ktoré hospitalizáciu na ďalšom oddelení nevyžaduje, nebude poisťovňou akceptovaný a uhradený.
  16. Poskytovateľ môže odoslať poistenca na poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti kinému poskytovateľovi po vzájomnej dohode len v prípade, ak to nevyhnutne vyžaduje zdravotný stav poistenca. Odoslanie poistenca na ďalšie poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti podľa predchádzajúcej vety musí byť podrobne odôvodnené v zdravotnej dokumentácii a v prepúšťacej správe a musí byť podpísané primárom oddelenia, resp. primárom alebo prednostom kliniky, v ktorej bol poistenec hospitalizovaný.
  17. Hospitalizácia poistenca, ktorá nadväzuje na hospitalizáciu na oddelení iného zdravotníckeho zariadenia, a ktorá nespĺňa podmienky odôvodnenia pokračovania poskytovania UZS podľa predchádzajúceho bodu, nebude poisťovňou akceptovaná a uhradená.
  18. Poisťovňa neuhradí v priebehu hospitalizácie ambulantné výkony poskytnuté v špecializovanej ambulantnej starostlivosti okrem prvého a posledného dňa hospitalizácie a výkonov špecializovanej ambulantnej starostlivosti, ktoré nesúvisia s ochorením resp. Dg. hospitalizovaného pacienta.
  19. Poisťovňa počas hospitalizácie poistenca neuhradí osobitne SVLZ výkony rovnakej odbornosti ako je odbornosť oddelenia, na ktorom je poistenec hospitalizovaný (napr. radiačná onkológia, fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia, výkony funkčnej diagnostiky prislúchajúce odbornosti lôžkového oddelenia).
  20. Poisťovňa podľa § 1 vyhlášky MZ SR č. 412/2009 Z. z., ktorou sa ustanovujú podrobnosti o zozname poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti, v znení neskorších predpisov (ďalej len „vyhláška“) vedie pre poskytovateľa zoznam poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti (ďalej len „zoznam“) osobitne podľa súpisu vybraných chorôb a s nimi súvisiacich zdravotných výkonov.
  21. Poskytovateľ pri vykonávaní výkonov plánovanej zdravotnej starostlivosti dodržiava poradie poistencov v zozname, ktorý je oznamovaný poskytovateľovi poisťovňou.
  22. Ak poskytovateľ pri vykonávaní výkonov plánovanej zdravotnej starostlivosti poskytol výkon poistencovi nezariadenému 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 poistenec na pripustke, sú zdravotníckemu zariadeniu uhrádzané v dĺžke najviac 3 dni vo výške 30% ceny ošetrovacieho dňa, pričom celkový stanovený zmluvný rozsah výkonov sa musí dodržať.
  27. Po ukončení hospitalizácie je poskytovateľ povinný vyhotoviť prepúšťaciu správu (táto zásada platí aj pri preklade pacienta na iné oddelenie), ktorá okrem komplexného zhodnotenia zdravotného stavu poistenca a súhrnu výkonov poskytnutej zdravotnej starostlivosti musí obsahovať aj:
    - a) zoznam liekov, ktoré poskytovateľ podal poistencovi počas hospitalizácie,
    - b) zoznam liekov a zdravotníckych pomôcok, ktoré poskytovateľ odporúča predpisovať poistencovi po ukončení hospitalizácie,
    - c) mená a kódy lekárov - špecialistov, ktorí odporúčali predpísanie liekov za podmienky dodržania preskripčných a indikačných obmedzení,
    - d) medicínske zdôvodnenie prekladu na iné oddelenie, resp. do iného zdravotníckeho zariadenia.
    - e) dátum a čas začiatku a ukončenia hospitalizácie
  28. Poskytovateľ je povinný na žiadosť poisťovne umožniť nahliadnutie do evidencie nozokomiálnych nálezov 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, ktorého úhrada vyžaduje schválenie poskytnutia vopred, podá Žiadosť o schválenie poskytnutia a úhrady ŠZM (ďalej len „žiadosť“) 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 finančne nákladných liekov v UZZ
    - a. Poisťovňa považuje za finančne náročnú liečbu podanie lieku ako jedinej terapeutickú alternatívu, ktorá bola použitá v súlade s SPC a súčasne s indikačnými a preskripčnými obmedzeniami podľa aktuálneho Zoznamu kategorizovaných liekov. Poskytovateľ môže požiadať o úhradu finančne náročnej liečby, ak náklady na podanie jedného lieku alebo skupiny liekov prevýšia cenu ukončenej hospitalizácie. Ak je pri poskytovaní ústavnej zdravotnej starostlivosti pacient hospitalizovaný na viacerých oddeleniach, uvedený postup sa vzťahuje na oddelenie, ktoré liečbu indikovalo. Požiadavku na úhradu si môže uplatniť poskytovateľ až po ukončení hospitalizácie.
    - b. Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti zasiela žiadosť o úhradu finančne náročnej liečby Generálnemu riaditeľstvu poisťovne - Sekcii nákupu zdravotnej starostlivosti na osobitnom tlačíve uverejnenom na internetovej stránke poisťovne, ktorá je potvrdená podpisom a odtlačkom pečiatky vedúceho lekára lôžkového zariadenia a odtlačkom pečiatky a podpisom riaditeľa UZZ. Neoddeliteľnou súčasťou žiadosti sú:
      - prepúšťacia lekárska správa,
      - medicínske zdôvodnenie podania finančne náročných liekov,
      - vyčíslenie nákladov podľa jednotlivých položiek,
      - povolenie na použitie lieku vydané MZ SR, ak ide o liek, u ktorého sa vyžaduje povolenie MZ SR na použitie podľa zákona č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,
      - kópia dokladu o nadobudnutí lieku (faktúra od dodávateľa),
      - kópie žiadaniek z ústavnej lekárne s vyznačením mena a rodného čísla poistenca.
  31. Výkony finančne náročnej zdravotnej starostlivosti sú hradené ako pripočítateľná položka k cene za ukončenú hospitalizáciu ak nie je v Zmluve uvedené inak.

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

1. Poskytovateľ je povinný prostredníctvom ePobočky posilať poisťovni najmenej 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. Poistovňa je povinná vyjadriť sa k nahláseným plánovaným hospitalizáciám poskytovateľa do dvoch týždňov od ich nahlásenia.
  3. Poistovňa 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 poisťovni 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 poisťovni prostredníctvom dávky 901 začatie aj ukončenie hospitalizácie pacienta.
  6. Poskytovateľ prijme pacienta na hospitalizáciu na poskytovanie plánovanej zdravotnej starostlivosti počas dňa, ktorý poisťovňa určí v súhlase, alebo kedykoľvek po tomto dni; ak takýto deň poisťovňa v súhlase neurčila, tak najskôr v deň udelenia súhlasu. Poskytovateľ nesmie prijať pacienta na hospitalizáciu na poskytovanie plánovanej zdravotnej starostlivosti, ak mu poisťovňa neudelila súhlas na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti pacientovi alebo skôr, než v deň určený poisťovňou v súhlase. Poskytovateľ je povinný prijať pacienta na hospitalizáciu na poskytovanie plánovanej zdravotnej starostlivosti najneskôr do 3 mesiacov odo dňa určeného poisťovňou v súhlase.
  7. Opakovaná hospitalizácia poistenca na rovnakom oddelení u poskytovateľa počas jedného súvislého poskytovania ústavnej starostlivosti sa považuje za jednu hospitalizáciu na príslušnom oddelení a poskytovateľovi patrí len jedna úhrada za ukončenú hospitalizáciu na príslušnom oddelení.
  8. Za hospitalizáciu, ktorou poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť v rozpore s bodmi 1, 4, 5 alebo 6 tejto časti, poisťovňa poskytovateľovi uhradí 25% z ceny ukončenej hospitalizácie na príslušnom oddelení, alebo z ceny výkonov uhrádzaných v ústavnej starostlivosti.
  9. Zasielaním údajov o hospitalizáciách alebo akceptovaním hospitalizácie v dávke 901 nie sú dotknuté ustanovenia uvedené v časti „Podmienky akceptácie a úhrady ústavnej zdravotnej starostlivosti“.

### Maximálne ceny pripočítateľných položiek v ústavnej starostlivosti:

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

#### 1. Úhrada pripočítateľných položiek - kategorizovaný ŠZM

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

#### 2. Úhrada pripočítateľných položiek - nekategorizovaný ŠZM

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

#### Zoznam nekategorizovaného ŠZM so stanovenou maximálnou pripočítateľnou položkou

Kód NŠZM	schvaľovanie	Názov nekategorizovaného špeciálneho zdravotníckeho materiálu
170007		Nožnice k harmonickému skalpelu
Vysvetlivky:		
R	schvaľuje revízný lekár pobočky	
RR	schvaľuje revízný lekár generálneho riaditeľstva	

•	ZP nie je schvaľovaná vopred, RL pobočky vykoná kontrolu vykázaných ZP na konci kalendárneho štvrťroka
**	možné použiť viac kusov pre jedného pacienta

#### b) Ceny transfúzných liekov

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

#### c) Maximálne úhrady výkonov finančne náročnej zdravotnej starostlivosti

Kód	Názov výkonu	Maximálna úhrada VŠZP v €
	<b>Transplantácia krvotvorných buniek:</b>	
90601	Transplantácia rohovky – náklady súvisiace s odberom rohovky	647,28

## 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. – DKC
  - Národný ústav srdcových a cievnych chorôb, a.s.
- d. Nemocnice s poliklinikami n.o., IČO: 45732205
  - Nemocnice s poliklinikami n.o. – TOPOL'ČANY
  - Nemocnice s poliklinikami n.o. – LEVICE

**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 zaradovacích 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.

**Groupier** 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. V prípade, že hospitalizácia začne pred nadobudnutím účinnosti tohto dodatku, úhrada bude uskutočnená podľa úhradového mechanizmu uvedeného v bode B.1. zmluvy.
- 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 rok 2017 je ustanovená vo výške **910,00 €**.
- 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), 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.
- 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.

2.7 Zdravotná poisťovňa je oprávnená žiadať od poskytovateľa refundáciu nákladov na úhradu zdravotnej starostlivosti, ktoré poisťovňa uhradila nad rámec Hospitalizačného prípadu poskytovateľovi alebo inému poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti napriek tomu, že podľa ustanovení časti B.2 bodu 2.1 tejto Prílohy sú zahrnuté v úhrade za Hospitalizačný prípad. Zmluvné strany sa dohodli, že refundácia nákladov podľa predchádzajúcej vety sa bude realizovať s faktúrami za poskytnutú zdravotnú starostlivosť.

2.8 Poisťovňa a poskytovateľ sa vzájomne dohodli, že zdravotná poisťovňa má právo na náhradu nákladov podľa časti B.2 bodu 2.7 tejto Prílohy vo výške určenej koeficientom 1,0.

### 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 odporúčaniach 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 DOS a Hospic, 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 považuje za súčasť jedného Hospitalizačného prípadu (má rovnaké ID), avšak jej trvanie sa nezapočítava do obdobia trvania Hospitalizačného prípadu a zároveň náklady na hospitalizáciu pacienta na psychiatrickom oddelení alebo inom oddelení s DRG nerelevantnou odbornosťou okrem DOS a Hospic sa nezapočítavajú do úhrady za Hospitalizačný prípad.

3.3 Hospitalizácia pacienta v Hospici a/alebo v Domove 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 nepovažuje za súčasť jedného Hospitalizačného prípadu (nemá rovnaké ID), jej trvanie sa nezapočítava do obdobia trvania Hospitalizačného prípadu a zároveň náklady na zdravotnú starostlivosť a služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti sa nezapočítavajú do úhrady za Hospitalizačný prípad.

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 drogovo 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.

3.6 Hospitalizácia novorodenca a hospitalizácia matky novorodenca sa považujú za dva samostatné hospitalizačné prípady s vlastným ID Hospitalizačného prípadu.

3.7 Novorodenci bez ochorenia, ktorých Hospitalizačný prípad sa nachádza v diagnosticko-terapeutickej skupine P66D alebo P67D, sa do zdravotnej poisťovne vykazujú na rodné číslo matky novorodenca vtedy, ak v deň pôrodu bola matka novorodenca poistenkyňou zdravotnej poisťovne.

3.8 Novorodenci s ochorením sa do zdravotnej poisťovne vykazujú na rodné číslo novorodenca a to až po jeho pridelení. Vykazujú sa do tej zdravotnej poisťovne, u ktorej je potvrdená prihláška Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

#### 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 274a za DRG relevantné aj nerelevantné odbornosti oddelení v zmysle platnej legislatívy.
- 4.2 Pre účely zabezpečenia úhradovej neutrality sa poskytovateľ zaväzuje za každé ústavné zdravotnícke zariadenie vykázať mesačne všetky hromadné dávky poskytnutej ústavnej zdravotnej starostlivosti (typ ZS 60\*) na jednej faktúre, ktorej súčasťou budú aj opravné a aditívne dávky poskytnutej ústavnej zdravotnej starostlivosti z predchádzajúcich období.
- 4.3 V prípade, že poskytovateľ vykáže za poskytnutú ústavnú zdravotnú starostlivosť poistencom poisťovne v príslušnom kalendárnom mesiaci viac ako jednu faktúru, spracovaná bude len prvá faktúra doručená poisťovní a každá ďalšia bude poskytovateľovi vrátená. Poskytovateľ má nárok poskytnutú ústavnú zdravotnú starostlivosť z takto vrátených faktúr zahrnúť do vykázania poskytnutej ústavnej zdravotnej starostlivosti v nasledujúcom fakturačnom období v zmysle časti B.2 bodu 4.2. tejto Prílohy.
- 4.4 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.

#### 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 Poisťovňa bude akceptovať Hospitalizačný prípad, ktorý trval kratšie ako 24 hodín v súlade s pravidlami klasifikačného systému DRG.

#### 2. Úhradová neutralita

- 2.1 Zmluvné strany sa vzájomne dohodli, že v období od 1.4.2017 do 30.6.2017 bude úhrada za ústavnú zdravotnú starostlivosť poskytovanú na oddeleniach DRG relevantných odborností úhradovo neutrálna.
- 2.2 Úhradová neutralita je zabezpečená, ak výška mesačnej úhrady za ústavnú zdravotnú starostlivosť poskytovanú na oddeleniach DRG relevantných odborností je vo výške súčtu pripočítateľných položiek (PP okrem ďalej uvedených) a minimálne **112%** a maximálne vo výške **116%** zo súčtu mesačných úhrad za ukončené hospitalizácie (UH), príplatkov k cene ukončených hospitalizácií (BON), osobitne hradených výkonov (OHV) a balíčkových cien TEP (BALTEP) podľa časti B.1 tejto Prílohy, na základe vzorcov:

$$UHR_{dolna} = (UH + BON + OHV + BALTEP) \times 1,12 + PP$$

$$UHR_{horná} = (UH + BON + OHV + BALTEP) \times 1,16 + PP$$

- 2.3 V prípade, ak by mesačná úhrada za ústavnú zdravotnú starostlivosť poskytnutú na oddeleniach DRG relevantných odborností bola nižšia ako  $UHR_{dolna}$ , poisťovňa zvýši druhú časť úhrady vypočítanú podľa bodu 1.1 b) časti B.3 tejto Prílohy tak, aby úhrada za ústavnú zdravotnú starostlivosť poskytnutú na oddeleniach DRG relevantných odborností predstavovala dolnú hranicu mesačnej úhrady ( $UHR_{dolna}$ ).
- 2.4 V prípade, ak by mesačná úhrada za ústavnú zdravotnú starostlivosť poskytnutú na oddeleniach DRG relevantných odborností bola vyššia ako  $UHR_{horná}$ , poisťovňa zníži druhú časť úhrady vypočítanú podľa bodu 1.1 b) časti B.3 tejto Prílohy tak, aby úhrada za ústavnú zdravotnú starostlivosť poskytnutú na oddeleniach DRG relevantných odborností predstavovala hornú hranicu mesačnej úhrady ( $UHR_{horná}$ ).

#### 3. Chybové DRG

- 3.1 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 uhradený podľa časti B.3 tejto Prílohy v rovnakej výške ako úhrada ukončenej hospitalizácie podľa časti B.1 tejto Prílohy.



#### 4. Úhrada Hospitalizačného prípadu bez relatívnej váhy

- 4.1 V prípade, ak Hospitalizačný prípad bol klasifikovaný do diagnosticko-terapeutickej skupiny, ktorá je v platnom katalógu prípadových paušálov uvedená bez relatívnej váhy, je takto klasifikovaný prípad uhradený podľa časti B.3 tejto Prílohy v rovnakej výške ako úhrada ukončenej hospitalizácie podľa časti B.1 tejto Prílohy.

#### 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, a poisťovňa uhradila za poskytnutú zdravotnú starostlivosť vyššiu ako oprávnenú úhradu:
- a) po vykonaní kontroly na vzorke určenej diagnosticko-terapeutickej skupiny, kde vzorka obsahuje minimálne 5 % všetkých prípadov a minimálne však 30 prípadov vykázaných zdravotnej starostlivosti v kontrolovanom období, poisťovňa zníži úhradu za všetky prípady poskytnutej zdravotnej starostlivosti vykázané v kontrolovanom období v určenej diagnosticko-terapeutickej skupine o sumu priemerného rozdielu medzi výškou úhrady za zdravotnú starostlivosť vykázanú poskytovateľom a výškou úhrady zistenú na kontrolovanej vzorke prípadov vykázaných zdravotnej starostlivosti, alebo
  - b) po vykonaní kontroly v jednotlivých prípadoch poisťovňa zníži úhradu v každom jednotlivom určenom prípade poskytnutej zdravotnej starostlivosti o rozdiel medzi výškou úhrady za zdravotnú starostlivosť vykázanú poskytovateľom vhodným pre klasifikačný systém a výškou úhrady zistenú pri kontrole a uplatní u tohto poskytovateľa zmluvnú pokutu vo výške 1-násobku rozdielu medzi výškou úhrady za zdravotnú starostlivosť vykázanú týmto poskytovateľom a výškou úhrady zistenej pri kontrole, a to za každý jednotlivý určený prípad.
- 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.

#### B.5 Prechodné ustanovenia

##### 1. Prechodné ustanovenia:

- 1.1 V prípade, že hospitalizácia pacienta, ktorá začala pred nadobudnutím účinnosti tohto dodatku, bude úhrada za ústavnú zdravotnú starostlivosť v kalendárnom roku 2017 uskutočnená poisťovňou podľa úhradového mechanizmu podľa bodu B.1 tejto Prílohy.
- 1.2 V prípade, že hospitalizácia pacienta, ktorá začala pred nadobudnutím účinnosti tohto dodatku, ústavná zdravotná starostlivosť, ktorej poskytovanie začalo do 31.3.2017, bude vykázaná poskytovateľom podľa časti B.1 tejto Prílohy.
- 1.3 Úhradová neutralita podľa časti B.3 bodu 2.1 je obmedzená platnosťou Prílohy č. 1 k zmluve a bude upravovaná v závislosti od úpravy platnosti Prílohy č. 1 k zmluve.

- 1.4 Časť B.4 tejto prílohy sa bude uplatňovať od 1.1.2018, pričom do uvedeného obdobia bude revízná činnosť realizovaná v súlade s časťou B.1 tejto Prílohy a platnými Všeobecnými zmluvnými podmienkami.“

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

Cena za 1 kilometer podľa typu prevozu :

Typ prevozu	Stav pacienta	Maximálna cena za 1km
LIEK		0,50 €
INF*	chodiaci	0,44 €
	sediaci/ležiaci	0,44 €
DZS	chodiaci/sediaci/ležiaci	0,59 €
DIAL	chodiaci/sediaci/ležiaci	0,59 €
DZSP	chodiaci/sediaci/ležiaci	0,76 €
DZSD	chodiaci	0,46 €
	sediaci/ležiaci	0,50 €
DZSZ		0,60 €

#### \*Typ prevozu INF

Pod typom prevozu „INF“ poisťovňa hradí individuálnu prepravu poistenca v prípadoch:

- ak je poistenec v akútnom štádiu závažného infekčného ochorenia s vysokým rizikom prenosu alebo
- ak je to poistenec trpiaci psychiatrickým ochorením v nestabilnom stave alebo
- ak je poistenec prevážaný na / z hospitalizácie za účelom vykonania transplantácie orgánu (obličky, pečene, srdca, kostnej drene) alebo kardiochirurgickej liečby alebo na kontrolné vyšetrenia do 6 mesiacov od dňa vykonania transplantácie orgánu alebo
- ak je poistenec prepravovaný po 17:00 hod a počas dní pracovného pokoja a pracovného voľna.

Do typu prepravy INF je možné zaradiť len prepravu s potrebou osobitného režimu uvedené vyššie, nie je možné spájať tieto prepravy s inými typmi v rámci jednej jazdy. Indikujúci lekár osobitne vyznačí individuálnu prepravu na žiadanke.“

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

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

**Ležiaci pacient** – pacient, ktorý musí pri prevoze ležať.

**Cena dopravy za 1 km** jazdy vozidlom dopravnej služby zahŕňa všetky náklady súvisiace s poskytnutím dopravy do zdravotníckeho zariadenia, zo zdravotníckeho zariadenia a medzi zdravotníckymi zariadeniami. Typ prevozu DZSD (dopravná služba diaľková) je hradený len v prípade, ak je prevoz realizovaný mimo vymedzeného spádového územia a súčasne je vzdialenosť z miesta východiskovej stanice do cieľovej stanice väčšia ako 60 km.

#### Nad rámec ceny za kilometer sa uhrádza:

V rámci DZSZ - doprava do a z cudziny na schválenú liečbu v cudzine a pri schválenom mimoriadnom prevoze z cudziny po akútnej liečbe v cudzine sa nad rámec ceny za kilometer jazdy vozidlom uhrádza diaľničný poplatok a poplatky za prejazd tunelom.

#### Podmienky akceptovania dopravnej služby:

1. Dopravca zabezpečuje dopravu prostredníctvom dispečingu, ktorý dopravu organizuje a vykonáva spojovacie činnosti medzi žiadateľom a dispečingom, dispečingom a vodičmi, zostavuje a aktualizuje plán jednotlivých jazd a kontroluje plnenie príkazov na jazdu. Dispečerom môže byť iba kvalifikovaný zdravotnícky pracovník zvládajúci manažment nepretržitej prevádzky a mimoriadnych situácií.
2. Vodič vozidla dopravnej služby musí byť absolvent kurzu prvej pomoci; ak dopravca preukáže, že vodič je absolventom niekoľkohodinového kurzu prvej pomoci, je potrebné kurz obnovovať každé tri roky. Ak vodič absolvoval jednoročného štúdium na Strednej zdravotnej škole alebo v inom inštitúte, kurz prvej pomoci je potrebné obnovovať každých päť rokov.

3. Priestory dispečingu musia vyhovovať pre zabezpečenie 24 hodinovej služby zdravotníckeho pracovníka, musia byť vybavené spojovacou technikou s prepojením na integrovaný záchranný systém a vlastné vozidlá. Dispečing je ďalej vybavený výpočtovou technikou na spracovanie dát, šatňou, miestnosťou pre nepretržitú prevádzku.
4. Dopravca musí mať k dispozícii aj priestory pre dezinfekciu a údržbu vozového parku a parkovisko.
5. Motorové vozidlá na poskytovanie dopravy sú vozidlá s uzatvorenou karosériou, ktoré spĺňajú podmienky prevádzky motorových vozidiel na pozemných komunikáciách podľa všeobecne záväzných právnych predpisov a sú vybavené:
  - rádiokomunikačným zariadením, alebo mobilným telefónom, pevne zabudovanou jednotkou GPS,
  - strednou priečkou medzi kabínou vodiča a priestorom pre prepravovaných s posuvným okienkom,
  - protišmykovou podlahou,
  - nádobou na zdravotnícky odpad,
  - hasiacim prístrojom (min. 2kg),
  - bočnými nástupnými dverami,
  - zadnými dverami na nakladanie nosidiel,
  - nosidlami s nosným zariadením zakotveným v podlahe a s možnosťou polohovania do polosedu,
  - transportným kreslom.
6. Motorové vozidlá, ktoré nespĺňajú podmienky môžu byť využívané len na prevoz transfúzných prípravkov, ľudských tkanív a orgánov, na prevoz osôb môžu byť využívané len vo výnimočných prípadoch, a to len pre chodiace osoby.

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