

Dodatok č. 43

k Zmluve č. 10NSP1000211

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 Trenčíne,
Ing. Roman Herman

Adresa krajskej pobočky: Partizánska 2315, 911 01 Trenčín

Bankové spojenie: Štátna pokladnica

Číslo účtu: SK76 8180 0000 0070 0018 2387

(ďalej len „poisťovňa“)

a

2. Nemocnica s poliklinikou Ilava, n.o.

so sídlom: Štúrova 3, 019 01 Ilava
Zastúpený: Ing. Juraj Beďatš - riaditeľ
Identifikátor poskytovateľa: P87119

IČO: 36 119 385

Bankové spojenie: Fio banka, a.s., pobočka zahraničnej banky

Číslo účtu: SK88 8330 0000 0022 0101 0765

(ďalej len „poskytovateľ“)

uzatvárajú

tento dodatok (ďalej len „dodatok“)
k Zmluve č. 10NSP1000211 (ďalej len „zmluva“)

Čl. 2 Predmet dodatku

Na základe Čl. 7 – Záverečné ustanovenia bod 7. zmluvy, sa s účinnosťou od 01.11.2017 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.

2. Príloha č. 2 zmluvy - Rozsah zdravotnej starostlivosti sa nahrádza novým znením. Nové znenie Prílohy č. 2 zmluvy tvorí prílohu č. 2 tohto dodatku.

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 Trenčíne dňa 16.10.2017

Za poskytovateľa:

Za poisťovňu:

.....
Ing. Juraj Beďatš
riaditeľ
Nemocnica s poliklinikou Ilava, n.o.

.....
Ing. Roman Herman
riaditeľ krajskej pobočky v Trenčíne
Všeobecnej zdravotnej poisťovne, a.s.

Príloha č. 1
k Zmluve č. 10NSP1000211

Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti
od 1.11.2017 do 31.12.2017

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 hradená s presnosťou na deň.

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

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

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

Úhrada za výkony vyjadrená cenou bodu

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

Výkony uvedené v tabuľke Cena bodu sa vo všeobecnej ambulantnej starostlivosti a špecializovanej ambulantnej starostlivosti v odbore gynekológia a pôrodnictvo uhrádzajú za 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 vypočítaný KEF uplatní.

Tabuľka č. 1 Ukazovatele pre výpočet KEF pre špecializačný odbor

Gynekológia a pôrodnictvo (typ ZS 103)		
P.č.	Ukazovateľ	Spôsob výpočtu hodnoty ukazovateľa
1.	Priemerný počet návštev na kapítovaného poistenca	podiel počtu návštev kapítovaných poistencov a celkového počtu kapítovaných 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)
Všetky špecializačné odbory ŠAS (typ ZS 200 a 210)		
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;
- prostredníctvom strednej hodnoty a štandardnej odchýlky poisťovňa vypočíta dolnú hranicu, ktorá zodpovedá strednej hodnote zníženej o štandardnú odchýlku a hornú hranicu, ktorá zodpovedá strednej hodnote zvýšenej o štandardnú odchýlku. Dolná a horná hranica definujú tri pásma pre hodnotenie ukazovateľa. Hodnota ukazovateľa poskytovateľa v špecializačnom odbore sa nachádza buď pod dolnou hranicou (v dolnom pásme), medzi dolnou hranicou a hornou hranicou (v strednom pásme), alebo nad hornou hranicou (v hornom pásme);
- ak sa hodnota ukazovateľa poskytovateľa v špecializačnom odbore nachádza v pásme, v ktorom je ukazovateľ vyhodnotený ako splnený, je mu priradená percentuálna váha príslušného ukazovateľa. V opačnom prípade je váha ukazovateľa 0%.

Ukazovatele, pásma plnenia a váhy ukazovateľov

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

Gynekológia a pôrodnictvo					
P.č.	Ukazovateľ	Plnenie ukazovateľa			Váha splneného ukazovateľa v %
		Dolné pásmo	Stredné pásmo	Horné pásmo	
1.	Priemerný počet návštev na kapitovaného 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
Všetky špecializačné odbory ŠAS (typ ZS 200 a 210)					
P.č.	Ukazovateľ	Plnenie ukazovateľa			Váha splneného ukazovateľa v %
		Dolné pásmo	Stredné pásmo	Horné pásmo	
1.	Náklady na výkony 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 1.11.2017 do 31.12.2017 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 1.11. do 31.12.2017 uplatní hodnota KEF uvedená v Tabuľke č. 3.

Tabuľka č. 3 Hodnota KEF v špecializačnom odbore

Špecializačný odbor	Hodnota KEF
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 kapitovaných poistencov podieľali tí poistenci, ktorým bola v poslednom ukončenom kalendárnom roku poisťovňou uhradená preventívna prehliadka.

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

Pre potrebu stanovenia KPS sa v špecializačnom odbore Všeobecné lekárstvo pre deti a dorast za kapitovaného 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
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
Gynekológia a pôrodnictvo	nie

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

1. Špecializovaná ambulatná starostlivosť

1.1 Špecializovaná ambulatná 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 1.11.2017 do 31.3.2017

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 kardiokardiografické 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 laboratórnych 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

1.2 Špecializovaná ambulantná starostlivosť

Cena bodu:

výkony z I. časti Zoznamu výkonov okrem výkonov ambulancie UPS a centrálneho príjmu	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 €
- výkon č. 63 sa uhrádza vo výške zodpovedajúcej 210 bodom.	
- 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 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 €
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 1.11. do 31.12.2017

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 laboratórnych 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 €

2. Lekárska služba prvej pomoci (LSPP)

2.1 LSPP pre dospelých:

Úhrada vyjadrená cenou za výkon

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

Zoznam výkonov pri poskytovaní LSPP:

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

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

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

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

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

3. Jednodňová zdravotná starostlivosť ambulantná (JZS)

Kód výkonu	Názov výkonu	odbornosť	JZS cena výkonu v €	podmienky schvaľovania
8501A	operácia prietrží bez použitia sieťky	010	440	
8501B	operácia jednoduchých prietrží s použitím sieťky	010	800	
8501C	laparoskopická operácia jednoduchých prietrží	010	700	
8502	transrektálna polypektómia	010	525	
8506	artroskopická operácia subakromiálneho impingement syndrómu	011	600	
8507	operácia poúrazovej paraatikulárnej burzitídy vo všetkých lokalizáciách	011, 013	600	
8508	operačná mobilizácia kontraktúry stuhnutého kĺbu	011	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	013	400	
8514	operačné riešenie epicondylitis ulnaris	013	400	
8516	operačné riešenie fractúra capituli radii	011	500	
8517	operačné riešenie synovitis cubiti	011	420	
8518	operačné riešenie luxatio acromioclavicularis	011	600	
8519	operačné riešenie fractura clavicularae	011	600	
8520	operačné riešenie abruptio tuberculi majoris et minoris humeri	011	600	
8521	operačné riešenie decompressio subacromialis	011	600	
8522	operačné riešenie instabilitas glanohumeralis	011	600	
8523	operačné riešenie ruptúry rotátorovej manžety	011	600	
8524	operačné riešenie SLAP - lezia (poškodenie labrum glenoidale)	011	600	
8525	operačné riešenie hallux valgus bez použitia ŠZM	011	600	
8527	operačné riešenie digitus hamatus	011	500	
8528	operačné riešenie digitus malleus	011	500	
8529	operačné riešenie digitus supraductus	011	500	
8530	operačné riešenie metatarsus I.varus	011	500	
8531	operačné riešenie morbus Laderhose	011	500	
8532	operačné riešenie neuralgie Mortoní	011	500	
8533	artroskopické výkony v lakt'ovom zhybe	011	1 100	
8534	artroskopické výkony v ramennom zhybe bez použitia vstrebateľného fixačného materiálu	011	1 200	
8534A	artroskopické výkony v ramennom zhybe s použitím vstrebateľného fixačného materiálu	011	1 400	
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	1 400	
8536	artroskopické výkony v členkovom zhybe	011	1 200	
8537	operačná extrakcia osteosyntetického materiálu a vonkajších fixátorov v anestézii	010, 011, 013	440	
8538	exstirpácia sakrálneho dermoidu	010	440	
8539	operácia varixov dolných končatín	010	440	
8540	operácia análnych fistúl a/alebo fisúr	010	440	
8542	operácia ruptúry Achilovej šľachy	011, 013	600	
8546	discízia ligamentum carpi transversum s epineurolyzou nervus medianus	011	400	
8547	exstirpácia a excízia benigných a maligných nádorov kože, podkožia a svalu	010, 011	120	
8548	tenolýza šľachy	011	400	
8549	sutúra šľachy	011	500	
8550	voľný šľachový transplantát	011	440	
8551	transpozícia šľachy	011	400	
8552	operácia malých kĺbov ruky - artrolýza	011	400	
8553	operácia malých kĺbov ruky - artrodéza	011	400	
8564	laparoskopická cholecystektómia	010	700	
8565	operácia hemoroidov	010	600	
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 nehmatného benigného nádoru prsnej žľazy verifikovaného zobrazovacou metódou	009, 010	400	
8573	exstirpácia gangliómu	010, 011	100	
8575	amputácia prsta pre gangrénu	010	250	
8576	laparoskopické výkony diagnostické	010, 009	500	
8577	laparoskopická apendektómia	010	700	
8578	artroskopické výkony v zápästí	011	1 280	
8582	operácia Dupuytrenovej kontraktúry - punkčná fasciektómia	011	420	
8583	operácia Dupuytrenovej kontraktúry - parciálna fasciektómia	011	450	
8584	operácia Dupuytrenovej kontraktúry - totálna fasciektómia	011	500	
8585	discízia ligamentum carpi transversum bez epineurolyzy nervus medianus	011	400	
8586	endoskopické vyšetrenie v celkovej anestézii	010	300	
8611	konizácia cervixu	009	440	
8612	excízia vulvy - len ako terapeutický zákrok v CA	009	440	
8613	exstirpácia cýst glandule vestibularis - Bartolinskej žľazy	009	400	
8614	kordocentéza	009	310	
8615	amnioinfúzia	009	310	
8619	resekcia vaginálneho septa	009	350	

8620	hysteroskopia (+ prípadná resekcia uterinného septa)	009	500	
8623	sterilizácia ženy zo zdravotných dôvodov	009	360	Výkon musí byť schválený RL GR pred poskytnutím zdravotnej starostlivosti
8624	laparoscopia s adheziolýzou (rozrušenie zrastov)	009	500	
8625	salpingostómia - laparoskopicky	009	500	
8626	salpingektómia - laparoskopicky	009	500	
8627	ovariálna cystektómia -laparoskopicky	009	500	
8628	oophorektómia - laparoskopicky	009	500	
8629	ablácia endometriotických ložísk - laparoskopicky	009	550	
8630	kolpoperineoplastika (zadná pošvová plastika bez použitia sieťky)	009	450	
8631	uretrálna suspenzia (s použitím suburetrálnej pásky) na liečbu stresovej inkontinencie alebo pri vezikorenálnom refluxe	009	500	
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	
9300	diagnostická biopsia kože, podkožia a svalov v celkovej anestéze u detí	011	150	

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 pripočítateľnú položku kód použitého ŠZM podľa kategorizačného zoznamu MZ SR (uvedeného na webovej stránke MZSR) s nulovou cenou.

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

4. Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky (SVLZ)

SVLZ – laboratórne:

Kód odbornosti	Špecializačný odbor	Cena bodu v €
029	Patologická anatómia	0,005992
029	Patologická anatómia č. výkonu 9980 / 1000 bodov	0,006639
031	Hematológia a transfuziológia – nepretržitá prevádzka	0,006141

SVLZ – zobrazovacie:

Špecializačný odbor	cena bodu v €
Rádiológia odb. 023 – typ ZS 400	0,007303

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
187	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 - 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.“

SVLZ – projekt MAMO

Kód výkonu	Počet bodov	Názov výkonu
5092p	1 500	Mamografia bilaterálna (štandardná mamografia - v dvoch projekciách každý prsník aj so zobrazením axíl) vykonaná v súvislosti s preventívnou prehliadkou
5308p	1 500	Ultrazvukové vyšetrenie oboch prsníkov, axíl a regionálnych lymfatických uzlín vykonané v súvislosti s preventívnou prehliadkou

Výkony sú hradené nad rámec zmluvného rozsahu poskytovateľom zapojeným do projektu MAMO.

Výkony sú hradené cenou bodu - SVLZ zobrazovacie, rádiológia – typ ZS 400, za súčasného splnenia nasledovných podmienok:

- uvedené výkony sú vykázané s diagnózou Z01.4 a Z01.6,
- vyšetrenie je poskytnuté, v čase do 15 pracovných dní, poistenkám VŠZP, ktoré o to požiadajú. Uvedené sa netýka prípadov, keď poistenka sama požiadala o neskorší termín resp. jej zdravotný stav nedovoľuje vyšetrenie vykonať,
- vyšetrenie je vykonané prostredníctvom digitálneho mamografu,
- zdravotná starostlivosť je poskytnutá v súlade s platnou legislatívou, pričom je zabezpečené najmä dvojité čítanie,
- je zabezpečené telefonické a osobné objednávanie poisteniek na vyšetrenie,
- poskytovateľ spolupracuje na vyhodnotení projektu zvýšenia prevencie a skvalitnenia diagnostiky.

V prípade opakovaného porušenia uvedených podmienok poskytovateľom, môže poisťovňa od realizácie úhrad nad rámec maximálneho rozsahu úhrady zdravotnej starostlivosti odstúpiť.

B.1 Ústavná zdravotná starostlivosť

Cena za ošetrovací deň (OD):

Odbornosť oddelenia	Názov oddelenia	Cena za OD v €
620	Hospic Maximálna dĺžka poskytovania zdravotnej starostlivosti v hospici je 3 mesiace. Poskytovanie zdravotnej starostlivosti dlhšej ako 3 mesiace je možné len s predchádzajúcim súhlasom poisťovne.	46,00
620	Hospic – apalický pacienti Úhrada ošetrovacieho dňa za poistenca v starostlivosti o apalických pacientov nad rámec zmluvne dojednaného rozsahu je realizovaná: <ul style="list-style-type: none">- na základe vopred schválenej písomnej žiadosti poskytovateľa súčasťou, ktorej musí byť prepúšťacia správa pacienta z ústavného zdravotníckeho zariadenia,- žiadosť schvaľuje revízny lekár s miestom výkonu práce príslušnej krajskej pobočky poisťovne,- poskytnutá zdravotná starostlivosť hradená cenou za ošetrovací deň v starostlivosti o apalických pacientov (perzistentný vegetatívny stav, ktorý trvá bez známkov reverzibility minimálne 6 mesiacov od vzniku traumatického alebo netraumatického poškodenia mozgu, sprevádzaný v domácom prostredí nevládnuteľnými symptómami) je vykazovaná s diagnózou R40.2,- súhlas poisťovne je platný maximálne 6 mesiacov, po uplynutí tejto doby je potrebná nová žiadosť poskytovateľa, pričom poskytovateľ uvedie do žiadosti aktuálne údaje o zdravotnom stave poistenca s kópiou aktuálneho neurologického nálezu.	54,00
205	Oddelenie dlhodobo chorých Podmienky úhrady: <ul style="list-style-type: none">- poisťovňa bude akceptovať úhradu za OD len v prípade, ak bude trvanie hospitalizácie viac ako 10 dní a maximálne 60 dní vrátane,- v prípade trvania hospitalizácie nad 60 dní je možná úhrada OD len na základe žiadosti poskytovateľa a predchádzajúcim súhlasom revízneho lekára s miestom výkonu práce v sídle miestnej príslušnej pobočky VŠZP poskytovateľa. Tlačivo „Žiadosť o predĺženie poskytovania ústavnej ZS v LDCH/ODCH“ je zverejnené na stránke www.vszp.sk,- v prípade, že bude trvanie hospitalizácie 10 a menej dní, bude uhradená cena OD vo výške 50 %, okrem ukončenia hospitalizácie exitom pacienta alebo neodkladným prekladom pacienta na iné pracovisko/oddelenie- v cene OD sú zahrnuté náklady za rehabilitáciu poskytovanú na lôžku pacienta	64,00

Cena za ukončenú hospitalizáciu, ošetrovací deň v ústavnej zdravotnej starostlivosti

I. Podmienky akceptácie a úhrady ústavnej zdravotnej starostlivosti.

1. UZS je poskytovaná poistencovi, ktorého zdravotný stav vyžaduje nepretržité poskytovanie zdravotnej starostlivosti dlhšie ako 24 hodín. Neodkladná UZS je poskytovaná aj bez odporúčania iného ošetrojúceho lekára. Odkladná (plánovaná) UZS je poskytovaná na základe odporúčania ošetrojúceho lekára poistenca a odôvodnenia prijatia do UZS.
2. Poisťovňa uhradí za hospitalizáciu dlhšiu ako 24 hodín cenu za ukončenú hospitalizáciu alebo cenu za ošetrovaní deň, to neplatí v prípade výkonov 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 vykázať poisťovní 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 vykázať poisťovní 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 hroziacej 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 pediatrickej intenzívnej starostlivosti). Pri posudzovaní odôvodnenosti hospitalizácie poistenca bude poisťovňa ako pomocné kritérium uplatňovať TISS skórovací systém (Therapeutic Intervention Scoring System).
 8. Ak je poistenec hospitalizovaný za účelom plánovaného poskytnutia operačného výkonu a tento nie je z akýchkoľvek dôvodov vykonaný, poisťovňa neuhradí cenu ukončenej hospitalizácie. Poskytovateľ je oprávnený vykazať v dávke ambulantnej starostlivosti rovnakej odbornosti poskytnutie výkonu s kódom 60a.
 9. Poskytovateľ môže prijať na geriatrické oddelenie poistenca, ktorý v čase začatia hospitalizácie dovŕšil 65. rok života. Na oddelenie dlhodobo chorých alebo do liečebne dlhodobo chorých možno prijať poistenca, ktorého zdravotný stav predpokladá trvanie hospitalizácie dlhšie ako 21 kalendárnych dní.
 10. Hospitalizácia na oddeleniach cievnej chirurgie bude poisťovňou posudzovaná ako odôvodnená a bude uhrádzaná vtedy, ak u poistenca bude vykonaný operačný výkon na magistralných cievach: operačné výkony na karotických artériách, hrudnej a brušnej aorte, hornej a dolnej dutej žile, by-passové operácie na periférnych vetvách artériového cievneho riečiska, tromboektómie a embolektómie.
 11. Podmienkou akceptovania hospitalizácie na oddeleniach, kde je poskytovaná liečba cytostatickými a imunomodulačnými liekmi (napr. onkológia, hematológia, urológia, pneumológia, atď.) a jej úhrady je, že lieky podávané počas hospitalizácie neboli predpísané na lekársky predpis.
 12. Na oddeleniach paliatívnej starostlivosti, jednotkách paliatívnej medicíny a hospicoch je poskytovaná paliatívna starostlivosť poistencom s chronickou nevyliciteľnou, pokročilou a aktívne progredujúcou chorobou s časovo obmedzeným prežívaním a terminálna starostlivosť zomierajúcim poistencom.
 13. Vysokošpecializované ústavy môžu prijímať poistencov len s ochoreniami, na ktoré je ústav špecializovaný.
 14. Poskytovateľ môže poistenca, ktorému poskytuje UZS, preložiť na iné oddelenie toho istého zdravotníckeho zariadenia len v prípade, ak zdravotný stav poistenca nevyhnutne vyžaduje hospitalizáciu na inom oddelení.
 15. Opakovaná hospitalizácia na rovnakom oddelení počas jedného súvislého poskytovania UZS sa považuje za jednu pokračujúcu hospitalizáciu na príslušnom oddelení. Preklad z oddelenia na oddelenia z dôvodu poskytnutia výkonu, vyšetrenia, ošetrovania, ktoré hospitalizáciu na ďalšom oddelení nevyžaduje, nebude poisťovňou akceptovaná a uhradená.
 16. Poskytovateľ môže odoslať poistenca na poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti k inému poskytovateľovi po vzájomnej dohode len v prípade, ak to nevyhnutne vyžaduje zdravotný stav poistenca. Odoslanie poistenca na ďalšie poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti podľa predchádzajúcej vety musí byť podrobne odôvodnené v zdravotnej dokumentácii a v prepúšťacej správe a musí byť podpísané primárom oddelenia, resp. primárom alebo prednostom kliniky, v ktorej bol poistenec hospitalizovaný.
 17. Hospitalizácia poistenca, ktorá nadväzuje na hospitalizáciu na oddelení iného zdravotníckeho zariadenia, a ktorá nespĺňa podmienky odôvodnenia pokračovania poskytovania UZS podľa predchádzajúceho bodu, nebude poisťovňou akceptovaná a uhradená.
 18. Poisťovňa neuhradí v priebehu hospitalizácie ambulantné výkony poskytnuté v špecializovanej ambulantnej starostlivosti okrem prvého a posledného dňa hospitalizácie a výkonov špecializovanej ambulantnej starostlivosti, ktoré nesúvisia s ochorením resp. Dg. hospitalizovaného pacienta.
 19. Poisťovňa počas hospitalizácie poistenca neuhradí osobitne SVLZ výkony rovnakej odbornosti ako je odbornosť oddelenia, na ktorom je poistenec hospitalizovaný (napr. radiačná onkológia, fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia, výkony funkčnej diagnostiky prislúchajúce odbornosti lôžkového oddelenia).
 20. Poisťovňa podľa § 1 vyhlášky MZ SR č. 412/2009 Z. z., ktorou sa ustanovujú podrobnosti o zozname poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti, v znení neskorších predpisov (ďalej len „vyhláška“) vedie pre poskytovateľa zoznam poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej

- zdravotnej starostlivosti (ďalej len „zoznam“) osobitne podľa súpisu vybraných chorôb a s nimi súvisiacich zdravotných výkonov.
21. Poskytovateľ pri vykonávaní výkonov plánovanej zdravotnej starostlivosti dodržiava poradie poistencov v zozname, ktorý je oznamovaný poskytovateľovi poisťovňou.
 22. Ak poskytovateľ pri vykonávaní výkonov plánovanej zdravotnej starostlivosti poskytol výkon poistencovi nezaradenému 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 maximálne 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 nákaz na jednotlivých oddeleniach v zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti, prehľadov sledovania rezistencie jednotlivých mikrobiálnych kmeňov, ústavných liekových formulárov, spotreby antibiotík resp. iných liekov, zaradenia poistencov do klinického výskumu.
 29. Zabezpečovanie, schvaľovanie a vykazovanie osobitne uhrádzaných ŠZM:
 - a. Zdravotnícke zariadenie je povinné použiť ekonomicky a kvalitatívne najvýhodnejší druh ŠZM a na požiadanie poisťovne dokladovať účelnosť a efektívnosť vynaloženia prostriedkov verejného zdravotného poistenia pri nákupe ŠZM.
 - b. Zmluvné zdravotnícke zariadenie pri plánovanom poskytnutí ŠZM, ktorého úhrada vyžaduje schválenie poskytnutia vopred, podá Žiadosť o schválenie poskytnutia a úhrady ŠZM (ďalej len „žiadosť“) v dvoch vyhotoveniach zmluvnej pobočke (schvaľovanie označené symbolom „R“) resp. Odboru zdravotnému a revíznemu generálneho riaditeľstva poisťovne (schvaľovanie ŠZM označené symbolom „RR“). Vzor žiadosti je uverejnený na internetovej stránke poisťovne.
 30. Postup pri schvaľovaní a uhrádzaní finančne nákladných liekov v UZZ
 - a. Poisťovňa považuje za finančne náročnú liečbu podanie lieku ako jedinej terapeutickej alternatívy, ktorá bola použitá v súlade s SPC a súčasne s indikačnými a preskripčnými obmedzeniami podľa aktuálneho Zoznamu kategorizovaných liekov. Poskytovateľ môže požiadať o úhradu finančne náročnej liečby, ak náklady na podanie jedného lieku alebo skupiny liekov prevýšia cenu ukončenej hospitalizácie. Ak je pri poskytovaní ústavnej zdravotnej starostlivosti pacient hospitalizovaný na viacerých oddeleniach, uvedený postup sa vzťahuje na oddelenie, ktoré liečbu indikovalo. Požiadavku na úhradu si môže uplatniť poskytovateľ až po ukončení hospitalizácie.
 - b. Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti zasiela žiadosť o úhradu finančne náročnej liečby Generálnemu riaditeľstvu poisťovne - Odboru zdravotnému a revíznemu na osobitnom tlačive uverejnenom na internetovej stránke poisťovne, ktorá je potvrdená podpisom a odtlačkom pečiatky vedúceho lekára lôžkového zariadenia a odtlačkom pečiatky a podpisom riaditeľa UZZ. Neoddeliteľnou súčasťou žiadosti sú:

- prepúšťacia lekárska správa,
 - medicínske zdôvodnenie podania finančne náročných liekov,
 - vyčíslenie nákladov podľa jednotlivých položiek,
 - povolenie na použitie lieku vydané MZ SR, ak ide o liek, u ktorého sa vyžaduje povolenie MZ SR na použitie podľa zákona č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,
 - kópia dokladu o nadobudnutí lieku (faktúra od dodávateľa),
 - kópie 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.

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.

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

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

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

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

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

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

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. tejto Prílohy.
- 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 850 €.
- 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 odporúčaníach na ambulantnú zdravotnú starostlivosť (vrátane zdravotnej starostlivosti poskytovanej zariadením spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek), ako aj na služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti ID Hospitalizačného prípadu, kód PZS (oddelenia alebo ambulancie) a dátum vystavenia žiadanky.
- 3.2 Hospitalizácia pacienta na psychiatrickom oddelení alebo inom oddelení s DRG nerelevantnou odbornosťou okrem 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 drogovu závislých
 - 578 – drogové závislosti
 - 144 – klinická psychológia
 - 241 – psychoterapia
- 3.5 Ústavná zdravotná starostlivosť poskytovaná na oddeleniach DRG nerelevantných odborností je uhrádzaná podľa časti B.1 tejto Prílohy.
- 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, vyказuje 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 poisťovni 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 1.11.2017 do 31.12.2017 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 114% a maximálne vo výške 118% zo súčtu mesačných úhrad za ukončené hospitalizácie (UH), príplatkov k cene ukončených hospitalizácií (BON), osobitne hrađených výkonov (OHV) a balíčkových cien TEP (BALTEP) podľa časti B.1 tejto Prílohy, na základe vzorcov:

$$UHR_{dolna} = (UH + BON + OHV + BALTEP) \times 1,14 + PP$$

$$UHR_{horná} = (UH + BON + OHV + BALTEP) \times 1,18 + PP$$

- 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 vykazanej 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 vykazanej 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:

- 2.2 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.
- 2.2 V prípade, že hospitalizácia pacienta, ktorá začala pred nadobudnutím účinnosti tohto dodatku, ústavná zdravotná starostlivosť, ktorej poskytovanie začalo do 31.12.2016, bude vykázaná poskytovateľom podľa časti B.1 tejto Prílohy.
- 2.2 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.
- 2.2 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.“

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

Príloha č. 2
k Zmluve č. 10NSP1000211

Rozsah zdravotnej starostlivosti
od 1.11.2017 do 31.12.2017

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

I. VECNÝ ROZSAH PREDMETU ZMLUVY

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

Druh zdravotníckeho zariadenia		všeobecná nemocnica		
Miesto prevádzky: Štúrova 3, 019 01 Ilava				
Druh a forma zdravotnej starostlivosti podľa Čl. 2 Zmluvy "Predmet zmluvy"				
1.	ambulantná zdravotná starostlivosť			
		druh	odbornosť ambulancií / (časť kódov poskytovateľa "yzz")	typ ZS
	<i>špecializovaná</i>	špecializovaná gynekologická	009/203	103
		špecializovaná	001/(201,202) 009/(201) 010/(201) 013/(201) 025/(201) 027/(201) 031/(201) 048/(201) 049/(201)	200
	<i>LSPP – lekárska služba prvej pomoci</i>	LSPP pre dospelých – spádová oblasť Ilava, Dubnica, Nová Dubnica	174/(201) 175/(201)	300
	jednodňová zdravotná starostlivosť		009/(401) 010/(401) 011/(401) 013/(401)	222
	SVLZ – spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky	zobrazovacie	023/(501)	400
		Funkčná diagnostika	187/(501)	400
		FBLR	027/(501)	400
		Laboratórne	029/(501) 031/(501)	400
2.	ústavná zdravotná starostlivosť			
			odbornosť oddelení/ (časť kódu poskytovateľa "yzz")	typ ZS
	hospic		620/201	603
	nemocnica všeobecná		205/(101)	603

* uvádza sa časť kódu poskytovateľa „yzz“ (tvar kódu poskytovateľa p99999sppyzz), kde „y“ je subkód označujúci druh odborného útvaru a „zz“ označuje poradové číslo rovnakého druhu odborného útvaru rovnakého odborného zamerania v zmysle platného Metodického usmernenia Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

II. MAXIMÁLNY ROZSAH ÚHRADY ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

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

1. Špecializovaná ambulantná starostlivosť

Typ ZS	zdravotná starostlivosť	mesačný zmluvný rozsah v €
200, 302	špecializovaná (vrátane ÚPS)	21 921,00

2. Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky - úhrada zdravotnej starostlivosti formou degresu

Typ ZS	zdravotná starostlivosť	zmluvný rozsah v €
400	SVLZ laboratórne, zobrazovacie, iné - mesačný zmluvný rozsah	16 725,00
400	SVLZ laboratórne, zobrazovacie, iné - polročný zmluvný rozsah	100 350,00

Pokiaľ poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť vo výške presahujúcej *zmluvný rozsah na kalendárny polrok*, poisťovňa ju poskytovateľovi uhradí nasledovným spôsobom: úhrada bude realizovaná vo výške 35% zo sumy presahujúcej zmluvný rozsah na kalendárny *polrok*, maximálne však vo výške 35% zo sumy vypočítanej ako 10% zmluvného rozsahu na kalendárny *polrok*. V tomto prípade sa postup podľa čl. 6 bodu 3 Zmluvy nepoužije.

3. Ústavná zdravotná starostlivosť

Typ ZS	zdravotná starostlivosť	mesačný zmluvný rozsah v €
603	hospic – ošetrovacie dni	3 680,00

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

III. ÚHRADA NAD „MAXIMÁLNY ROZSAH ÚHRADY ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI“

Nad rámec maximálneho rozsahu úhrady zdravotnej starostlivosti sa uhrádza:

1. Kapitácia.
2. Preventívne zdravotné výkony a ostatné zdravotné výkony vo všeobecnej ambulantnej starostlivosti uvedené v tabuľke „Cena bodu“ a „Cena za výkon“ tohto príkazu.
3. Preventívne zdravotné výkony a zdravotné výkony, ktoré sú súčasťou preventívnej prehliadky v špecializovanej ambulantnej starostlivosti.
4. Výkony LSPP, ZZS, VZZS, prevoz typu LSPP, LSPR, RLP, RZP, MIJ, LPP, LPS, DZSZ.
5. Lieky, okrem liekov pri mimotelovej eliminačnej liečbe a liekov podávaných v stacionároch s výnimkou psychiatrického stacionára, so symbolom úhrady „A“ zaradené do zoznamu liekov podľa osobitného predpisu, pokiaľ tieto budú preukázateľne nadobudnuté v súlade so všeobecne záväznými predpismi, v súlade so zákonom č. 363/2011 Z. z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, v súlade so zákonom č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach v znení neskorších predpisov, zákonom č. 147/2001 Z. z. o reklame v znení neskorších predpisov, zákonom č. 18/1996 Z. z. o cenách v znení neskorších predpisov, zákonom č. 431/2002 Z. z. o účtovníctve v znení neskorších predpisov a súvisiacich predpisoch a vykázané v súlade s platným Metodickým usmernením Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou lieky so symbolom úhrady „A“ zaradené do zoznamu liekov podľa osobitného predpisu.
6. Výkony zdravotnej starostlivosti poskytované poisťovňou členských štátov EÚ, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu, Švajčiarska, Srbska, cudzincom zo štátov, s ktorými má SR uzatvorené medzinárodné dohody, bezdomovcom a poisťovňou podľa § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov, sú uhrádzané formou platby za výkon.
7. Preventívne výkony 5092P a 5308P.
8. Výkony JZS v ústavnej starostlivosti,