

Dodatok č. 6

k Zmluve č. 43NSP1000112

**Čl. 1
Zmluvné strany**

1. Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.

so sídlom Mamateyova 17, 850 05 Bratislava
Zastúpená: Ing. Marcelom Foraiom, MPH, predsedom predstavenstva
IČO: 35 937 874
IČ DPH: SK2022027040
Zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I., oddiel Sa,
vložka číslo: 3602/B
Osoba oprávnená konať vo veci zmluvy:
riaditeľ krajskej pobočky v Košiciach, MUDr. Alexander Šimkovič
Adresa krajskej pobočky: Senný trh 1, 040 01 Košice
Bankové spojenie: Štátna pokladnica
Číslo účtu: 7000182387/8180
(ďalej len „poisťovňa“)

a

2. Nemocnica s poliklinikou n.o. Kráľovský Chlmec

so sídlom: Nemocničná 8, 077 01 Kráľovský Chlmec
Zastúpený: Ing. Klárou Hencelovou, riaditeľkou
Identifikátor poskytovateľa: P19800
IČO: 45737967
Bankové spojenie: UniCredit Bank Slovakia a. s.
Číslo účtu: 6621741028/1111
(ďalej len „poskytovateľ“)

uzatvárajú

tento dodatok k Zmluve č. 43NSP1000112
(ďalej len „zmluva“)

**Čl. 2
Predmet dodatku**

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

1. V Čl. 6 – Osobitné ustanovenia sa dopĺňa bod 8 nasledovného znenia:

„8. Poskytovateľ v zmysle § 30 ods. 1 zákona č. 540/2001 Z. z. o štátnej štatistike v znení neskorších predpisov, súhlasí, aby boli poisťovní poskytované dôverné informácie zo strany Národného centra zdravotníckych informácií (ďalej len „NCZI“), a to v rozsahu a štruktúre, ako ich poskytovateľ predložil NCZI. Uvedené informácie budú zo strany poisťovne využité v súlade s § 15 ods. 1 písm. e) zákona č. 581/2004 Z. z. pri uzatváraní

zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti tak, aby boli účelne, efektívne a hospodárne vynakladané finančné prostriedky z verejného zdravotného poistenia.“

2. Príloha č.1 zmluvy - Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti sa od 1.1.2013 mení a nahrádza novým znením. Nové znenie Prílohy č. 1 zmluvy tvorí prílohu č. 1 tohto dodatku.
3. V Prílohe č. 2 zmluvy – Rozsah zdravotnej starostlivosti sa dátum platnosti „31.12.2012“ nahrádza dátumom „31.3.2013“.

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 Košiciach dňa 27.12.2012

za poskytovateľa:

za poisťovňu:

Nemocnica s poliklinikou n.o.
Kráľovský Chlmec
Nemocničná 8, 077 01 Kráľovský Chlmec
IČO:45737967



Ing. Klára Hencelová
riaditeľka



MUDr. Alexander Šimkovič
riaditeľ krajskej pobočky
Všeobecnej zdravotnej poisťovne, a.s.

Príloha č. 1
k Zmluve č. 43NSP1000112
Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti
od 1.1.2013 do 31.3.2013

A. Ambulantná zdravotná starostlivosť**Všeobecné ustanovenia****Kapitácia**

Kapitáciou sa rozumie paušálna mesačná platba za poistenca s ktorým má poskytovateľ uzatvorenú 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.

Ak poistenec uzatvorí dohodu s ďalším poskytovateľom v rovnakej odbornosti, poisťovňa akceptuje dohodu podpísanú s neskorším dátumom až po preukázaní písomného odstúpenia od skoršej dohody, alebo uplynutí 6 mesiacov od jej uzatvorenia.

Ak nastane konflikt z dôvodu registrácie poistenca viacerými poskytovateľmi (viacnásobná registrácia), poisťovňa neuhradí kapitačnú platbu do vyriešenia konfliktu žiadnemu z nich. Viacnásobnou registráciou je registrácia poistenca súčasne u dvoch, prípadne viacerých poskytovateľov v rovnakej odbornosti v tom istom zúčtovacom období.

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

Kapitácia sa neuhradza poskytovateľovi za Poistencov EÚ, bezdomovcov, cudzincov a poistencov, ktorí podľa platnej legislatívy majú nárok len na neodkladnú starostlivosť

Kapitácia zahŕňa všetky náklady a úhradu za zdravotnú starostlivosť poskytovanému poistencovi, okrem:

- výkonov uhrádzaných cenou bodu alebo cenou za výkon, uvedených v tabuľke Cena bodu, alebo Cena za výkon
- nákladov 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.

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

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

1.1. Všeobecná ambulantná starostlivosť pre deti a dospelých:**Cena kapitácie:**

| | |
|---------------------------|--------|
| do 1 roku | 5,73 € |
| od 1 do 5 rokov vrátane | 3,93 € |
| od 6 do 14 rokov vrátane | 2,92 € |
| od 15 do 18 rokov vrátane | 2,04 € |

| | |
|---------------------------|--------|
| dorastový lekár | |
| od 15 do 18 rokov vrátane | 2,04 € |
| od 19 do 28 rokov vrátane | 1,89 € |

Cena bodu:

| | |
|---|------------|
| preventívne zdravotné výkony (aj poistenci EÚ) 142, 143, 143a, 144, 145, 145a, 146, 146a, 146b, 146c, 148, 148a, 148b, 148c, 149, 149a, 149b, 149d, 159b, 160, 950, 953 | 0,0350 € |
| preventívny výkon 149c (aj poistenci EÚ) | 0,0350 € |
| očkovanie - výkon 252b (počet bodov 70) | 0,026555 € |
| 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. v znení neskorších predpisov | 0,018257 € |
| výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ) pre nekapítovaných a poistencov EÚ | 0,007303 € |
| neodkladná zdravotná starostlivosť poskytnutá poistencom poisťovne, s ktorými lekár nemá uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti | 0,006639 € |

Cena za výkon:

| | |
|---|--------|
| Výkon 4571a - C – reaktívny proteín, pre kapítovaných poistencov do 18 rokov veku vrátane, s frekvenciou vykázaní jedenkrát za deň na jedno rodné číslo. Výkon môže byť vykázaný lekárom s odbornosťou 007 a 008. Cena zahŕňa náklady na odobratie biologického materiálu a vyhodnotenie výsledku CRP vyšetrenia. | 2,75 € |
|---|--------|

Podmienkou úhrady tohto výkonu je splnenia nasledovných podmienok zo strany PZS:

- platný doklad o zakúpení, resp. prenájme prístrojového vybavenia,
- prehlásenie o zhode k prístroju
- zaznamenanie odčítania výsledku a vyhodnotenia výsledku v zdravotnej dokumentácii pacienta

1.2. Špecializovaná ambulantná starostlivosť v odbore gynekológia a pôrodnictvo:

Cena kapitácie:

| | |
|--|--------|
| | 1,18 € |
|--|--------|

Cena bodu:

| | |
|--|------------|
| preventívne zdravotné výkony (aj poistenci EÚ) 157,102,103, 105 | 0,0350 € |
| USG vyšetrenia, výkony 5303, 5305, 5308 ako súčasť preventívnej prehliadky | 0,007635 € |
| výkon s kódom 108 ako súčasť preventívnej prehliadky v tehotenstve (výkon sa nemôže vykazovať spolu s výkonom 5808) | 0,017925 € |
| výkon 5808 ako súčasť preventívnej prehliadky v tehotenstve (výkon sa nemôže vykazovať spolu s výkonom 108) | 0,007635 € |
| výkon č. 118 externé kardiokografické vyšetrenie (CTG) – vykazuje sa po 36. týždni tehotenstva s frekvenciou 1 x za týždeň, maximálne 4 x za tehotenstvo | 0,019170 € |
| USG vyšetrenia, ktoré nie sú súčasťou preventívnej prehliadky | 0,007635 € |
| výkony z I. časti Zoznamu výkonov pre poistencov EÚ, bezdomovcov, cudzincov a poistencov podľa § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z. | 0,018257 € |
| výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ) pre nekapítovaných a poistencov EÚ | 0,007303 € |
| neodkladná zdravotná starostlivosť poskytnutá poistencom poisťovne, s ktorými lekár nemá uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti | 0,006639 € |

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 príjmu | 0,019170 € |
| výkony z I. časti Zoznamu výkonov – výkony ambulancie UPS a centrálného príjmu | 0,023734 € |
| výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ) | 0,007303 € |

| | |
|--|------------|
| výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ) vykonávané prístrojovou technikou ULTRAZVUK – USG a FUNKČNÁ DIAGNOSTIKA | 0,007635 € |
| výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ) z časti 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. 158 u urológa | 0,030472 € |
| výkon 5302 ako súčasť preventívnej prehliadky u urológa | 0,007635 € |
| preventívny výkon č. 760sp, 760sn, 760pp, 760pn, 763sp, 763sn, 763pp a 763pn v odbornosti 001, 010 a 048 | 0,030472 € |

Preventívne výkony – skríning kolorektálneho karcinómu

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

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

3. Lekárska služba prvej pomoci (LSPP)

LSPP pre deti a dorast, LSPP pre dospelých

| Kód výkonu | cena za výkon v € | Názov zdravotného výkonu |
|------------|-------------------|--|
| 4 | 4,75 | 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"). |
| 5 | 8,31 | 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. |
| 6 | 9,49 | 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. |
| 8 | 5,93 | 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. |
| 15c | 2,37 | Zhotovenie EKG záznamu s najmenej 12 zvodmi bez opisu. |
| 26 | 11,87 | Návšteva mimo riadneho pracovného času lekára, vykonaná ihneď po výzve z dôvodov ochorenia, vyžaduje sa časový údaj. |
| 29 | 21,36 | Návšteva v noci vyžiadaná a vykonaná medzi 22.00 a 7.00 hodinou, vyžaduje sa časový údaj o vyžiadaní a vykonaní návštevy. |
| 30 | 10,68 | Príplatok k výkonom pod kódmi 26 a 29 za návštevu vyžiadajú a vykonanú v sobotu, v nedeľu, počas sviatkov a 31. decembra. |
| 64 | 1,66 | Príplatok pri ambulantnej zdravotnej starostlivosti o a) pacienta ťažko mobilného, imobilného, mentálne postihnutého, dementného, zrakového alebo sluchovo postihnutého, b) dieťa do veku piatich rokov možno k výkonom pod kódmi 4 až 6, 8, 60, 61, 62 a 63 vykazovať nasledujúci príplatok: Pri výkonoch pod kódmi 4 až 8. |
| 71b | 1,07 | Krátka správa lekára lekárskej služby prvej pomoci ošetrojúcemu lekárovi. |
| 200 | 1,66 | 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. |
| 201 | 9,49 | Obväz hrudníka alebo Desaultov obväz s výnimkou obväzu pupka. |
| 204 | 2,37 | 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. |
| 206 | 1,66 | Spevňujúci náplastový obväz malého kĺbu. |
| 207 | 2,85 | Spevňujúci náplastový obväz veľkého kĺbu. |
| 210 | 1,78 | Malý dlahový obväz aj ako núdzový obväz pri zlomeninách. |
| 212 | 4,27 | Dlahový obväz so znehybnením najmenej dvoch veľkých kĺbov (laktového, zápästného, členkového), ako aj núdzový obväz pri zlomeninách. |
| 250a | 1,90 | Odobratie krvi venepunkciou do jednej striekačky alebo do jednej skúmavky, vrátane odberovej súpravy, za každú súpravu. |
| 252 | 1,66 | Injekcia intrakutánna, subkutánna, submukózna, subkonjunktívna alebo intramuskulárna. |

| | | |
|-------|-------|---|
| 253 | 2,37 | Injekcia intravenózna. |
| 271 | 4,75 | Infúzia intravenózna v trvaní od 10 do 30 minút. |
| 320 | 3,56 | Umelé dýchanie (napríklad z úst do úst, dýchanie vakom, dýchanie aparátom). |
| 321 | 8,31 | Umelé dýchanie a extratorakálna tlaková masáž srdca. |
| 322 | 4,75 | Ústna a nasotracheálna intubácia. |
| 323 | 11,87 | Otvorenie horných dýchacích ciest koniotómiou, koniopunkciou, prípadne aj endotracheálnou intubáciou. |
| 330 | 5,22 | Výplach žalúdka žalúdočnou sondou. |
| 332 | 0,71 | Inhalácia kyslíka vrátane inhalovaného kyslíka, za každých 30 minút. |
| 603a | 3,56 | Vyhodnotenie EKG v prípade, že odborný lekár s príslušnou špecializáciou EKG len vyhodnotí. Nejde o automatické prístrojové vyhodnotenie. |
| 1275 | 0,71 | Odstránenie voľného cudzieho telesa zo spojovky alebo mechanická epilácia mihalníc jedného oka. |
| 1402 | 2,37 | Predná nosová tamponáda. |
| 2000 | 2,37 | Prvé ošetrenie malej rany. |
| 2003 | 4,03 | Prvé ošetrenie veľkej rany. |
| 2011 | 5,93 | Prvotné ošetrenie popáleniny I. alebo II. stupňa (ruka, noha, tvár), za každú popáleninu (toilette, debridement, topické prostriedky). |
| 2011a | 3,56 | Prvotné ošetrenie popáleniny I. alebo II. stupňa do 5% povrchu tela, za každú popáleninu (toilette, debridement, topické prostriedky). |
| 3525 | 0,37 | Kompletný dôkaz základných patologických súčastí moču, za každú vzorku od pacienta |
| 3526 | 0,26 | Nekompletný dôkaz najviac troch z uvedených základných patologických súčastí moču, za každú pacientsku vzorku |

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

| | |
|------------------------|------------|
| LSPP pre deti a dorast | 0,098586 € |
| LSPP pre dospelých | 0,039434 € |

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

Nad rámec ceny výkonu a paušálu sa uhrádzajú:

- náklady na dopravu lekára v prípade návštevnej LSPP:

| Typ prevozu | Cena za 1km |
|--|-------------|
| LSPP – služobným alebo objednaným vozidlom lekárskej služby prvej pomoci | 0,50 € |
| LSPR – vlastným vozidlom | 0,30 € |

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

4. Jednodňová zdravotná starostlivosť

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

Cena za výkon :

| kód výkonu | názov výkonu | maximálna cena výkonu v € | Indikačné obmedzenia |
|--|---|---------------------------|----------------------|
| Výkony JZS v odbore traumatológia | | | |
| 8507 | operácia poúrazovej parartikulárnej burzitídy vo všetkých lokalizáciách | 175,00 | |
| 8508 | operačná mobilizácia kontraktúry stuhnutého kĺbu | 355,00 | |
| 8509 | operačná dynamizácia vnútrodreňových klincov | 176,00 | |
| 8510 | operačná repozícia jednoduchých zlomenín v celkovej anestéze | 310,00 | |
| 8511 | operačné riešenie pollex saltans | 235,00 | |
| 8512 | operačné riešenie fractúra metacarpí | 310,00 | |
| 8513 | operačné riešenie epicondylitis radialis | 213,00 | |
| 8514 | operačné riešenie epicondylitis ulnaris | 213,00 | |
| 8516 | operačné riešenie fractúra capituli radii | 263,00 | |
| 8517 | operačné riešenie synovitis cubiti | 269,00 | |
| 8518 | operačné riešenie luxatio acromioclavicularis | 360,00 | |
| 8519 | operačné riešenie fractúra claviculae | 360,00 | |
| 8520 | operačné riešenie abruptio tuberculi majoris et minoris humeri | 342,00 | |
| 8523 | operačné riešenie ruptúry rotátorovej manžety | 342,00 | |
| 8525 | operačné riešenie hallux valgus | 276,00 | |
| 8527 | operačné riešenie digitus hammatous | 269,00 | |
| 8528 | operačné riešenie digitus malleus | 269,00 | |
| 8529 | operačné riešenie digitus supraductus | 269,00 | |
| 8532 | operačné riešenie neuralgie Mortoni | 176,00 | |
| 8533 | artroskopické výkony v lakťovom zhybe | 430,00 | |
| 8534 | artroskopické výkony v ramennom zhybe | 571,00 | |
| 8535 | artroskopické výkony v kolennom zhybe | 571,00 | |
| 8536 | artroskopické výkony v členkovom zhybe | 571,00 | |
| 8537 | operačná extrakcia osteosyntetického materiálu a vonkajších fixátorov | 209,00 | |
| 8542 | operácia ruptúry Achilovej šľachy | 342,00 | |
| 8548 | tenolýza šľachy | 242,00 | |
| 8549 | sutúra šľachy | 342,00 | |
| 8551 | transpozícia šľachy | 233,00 | |
| 8552 | operácia malých kĺbov ruky - artrolýza | 236,00 | |
| 8553 | operácia malých kĺbov ruky - artrodéza | 236,00 | |
| Operácia syndrómu karpálneho tunela | | | |
| 8546 | discízia ligamentum carpi transversum s epineurolyzou nervus medianus | 300,00 | |
| 8585 | discízia ligamentum carpi transversum bez epineurolyzy nervus medianus | 260,00 | |
| Operácie Dupuytrenovej kontraktúry | | | |
| 8582 | punkčná fasciektómia | 260,00 | |
| 8583 | parciálna fasciektómia | 310,00 | |
| 8584 | totálna fasciektómia | 310,00 | |

Každý poskytovateľ JZS má v platnej zmluve určený rozsah zdravotnej starostlivosti a spektrum výkonov, ktoré má hrazené z verejného zdravotného poistenia. Súčasťou výkonu je aj úhrada použitej anestézie a zdravotníckych pomôcok, ak nie je v platnej zmluve dohodnuté inak.

V JZS môže poskytovateľ vykazovať len zmluvne dohodnuté kombinácie výkonov.

5. Výkony JZS / Výkony hrazené osobitným spôsobom

Výkony hrazené osobitným spôsobom – Pokiaľ ide o zdravotnú starostlivosť spočívajúcu vo výkonoch uvedených v tabuľke, uhradí poisťovňa cenu za výkon.

| Kód výkonu | Názov výkonu | maximálna cena v € | Odbornosť | Indikačné obmedzenie |
|------------|--|--------------------|---------------|---------------------------------------|
| 8501A | operácia jednoduchých prietrží | 340,00 | 010 | |
| 8501B | operácie jednoduchých prietrží s použitím sieťky | 472,00 | 010 | |
| 8501C | laparoskopická operácie jednoduchých prietrží | 520,00 | 010 | |
| 8502 | Transrektálna polypektómia | 472,00 | 010 | |
| 8537 | operačná extrakcia osteosyntetického materiálu a vonkajších fixátorov | 285,00 | 010, 011, 013 | |
| 8538 | extirpácia sakrálneho dermoidu | 318,00 | 010 | |
| 8539 | operácia varixov dolných končatín | 395,00 | 010, 068 | |
| 8540 | operácia análnych fistúl a fisúr | 340,00 | 010 | |
| 8547 | extirpácia benigných a maligných nádorov kože, podkožia a svalu | 65,00 | 010, 011, 038 | |
| 8564 | Laparoskopická cholecystektómia | 547,00 | 010 | |
| 8565 | operácia hemoroidov | 333,00 | 010, 068 | |
| 8566 | odstránenie hemoroidov elastickou ligatúrou | 65,00 | 010, 068 | |
| 8567 | vytvorenie alebo rekonštrukcia arteriovenózneho fistuly pri chronickej liečbe hemodialýzou | 340,00 | 010, 068 | |
| 8569 | diagnostické biopsie kože, podkožia a svalov | 65,00 | 010, 011, 013 | |
| 8571 | extirpácia lymfatických uzlín | 109,00 | 010 | |
| 8572 | extirpácia benigného nádoru prsnej žľazy | 307,00 | 010, 017 | |
| 8573 | extirpácia gangliómu | 43,00 | 010, 011 | |
| 8575 | amputácia prsta pre gangrénu | 98,00 | 010, 038 | |
| 8576 | laparoskopické výkony diagnostické | 230,00 | 010 | |
| 8577 | laparoskopická apendektómia (pre chronické ochorenie apendixu) | 510,00 | 010 | |
| 8586 | endoskopické vyšetrenie v celkovej anestézii | 230,00 | 010, 048 | |
| 8587 | zrušenie arteriovenózneho fistuly | 175,00 | 010, 068 | |
| 8588 | nekrektómie | 98,00 | 010, 038 | |
| 8611 | konizácia cervixu | 291,00 | 009 | |
| 8612 | Excízia vulvy - len ako terapeutický zákrok v CA | 291,00 | 009 | |
| 8613 | Operácia (extirpácia) cýst glandule vestibularis - Bartolinskej žľazy | 291,00 | 009 | |
| 8614 | Kordocentéza - invazívna sonografia | 265,00 | 009 | |
| 8615 | Amniocentéza - invazívna sonografia | 265,00 | 009 | |
| 8619 | resekcia vaginálneho septa | 302,00 | 009 | |
| 8620 | hysteroskopia diagnostická a operačná | 346,00 | 009 | |
| 8622 | diagnostická laparoscopia | 346,00 | 009 | |
| 8623 | Sterilizácia- laparoskopicky so zdravotných dôvodov | 315,00 | 009 | Výkon musí byť vopred schválený RL GR |
| 8624 | Rozrušenie zrástov - laparoskopicky | 346,00 | 009 | |
| 8625 | Salpingostómia - laparoskopicky | 346,00 | 009 | |
| 8626 | Salpingektómia - laparoskopicky | 346,00 | 009 | |
| 8627 | Ovariálna cystektómia laparoskopicky | 346,00 | 009 | |
| 8628 | Oophorektómia - laparoskopicky | 346,00 | 009 | |
| 8629 | ablácia endometriotických ložísk laparoskopicky | 346,00 | 009 | |
| 8630 | Kolpoperineoplastica (zadná pošvová plastika bez použitia sieťky) | 362,00 | 009 | |
| 8631 | uretrálna suspenzia (s použitím suburetrálnej pásky na liečbu stresovej inkontinencie) | 362,00 | 009 | |
| 8634 | dilatácia a kyretáž | 307,00 | 009 | |
| 8635 | amniocentéza - invazívna sonografia | 93,00 | 009 | |
| 8640 | ablácia cervikálneho polypu | 263,00 | 009 | |
| 8641 | adnexektómia - laparoskopicky | 346,00 | 009 | |
| 8642 | myomektómia -laparoskopicky | 346,00 | 009 | |
| 8643 | predná pošvová plastika | 362,00 | 009 | |
| 8646 | extirpácia benigného nádoru prsnej žľazy | 307,00 | 009 | |
| 8647 | extirpácia lymfatických uzlín | 80,00 | 009 | |

| | | | | |
|------|--|--------|---------------|--|
| 8648 | prerušenie tehotenstva zo zdravotných dôvodov | 175,00 | 009 | |
| 8660 | 8620 + 8634 - hysteroskopia diagnostická a operačná + dilatácia a kyretáž | 494,00 | 009 | |
| 8661 | 8620 + 8622 hysteroskopia diagnostická a operačná + diagnostická laparoskopia | 513,00 | 009 | |
| 8662 | 8622 + 8624 diagnostická laparoskopia + rozrušenie zrastov so zdravotných dôvodov (laparoskopicky) | 513,00 | 009 | |
| 8663 | 8622+8624+8626+8627+8628 diagnostická laparoskopia + rozrušenie zrastov so zdravotných dôvodov (laparoskopicky)+salpingo | 615,00 | 009 | |
| 8909 | operácia fimózy - cirkumcizia zo zdravotných dôvodov | 208,00 | 038, 010, 012 | |
| 8929 | operačná repozícia parafimózy | 186,00 | 038, 010, 012 | |
| 9248 | operácia gynekomastie bez liposukcie alebo s liposukciou zo zdravotných dôvodov | 310,00 | 038, 010 | |
| 9254 | operácia venter pendulum zo zdravotných dôvodov | 210,00 | 038, 010 | |
| 9255 | operácia diastázy priamych brušných svalov | 270,00 | 038, 010 | |
| 9256 | operácia hernie prednej brušnej steny | 270,00 | 038, 010 | |
| 9257 | operácia mediálnej brušnej hernie | 270,00 | 038, 010 | |

Poskytovateľ vykazuje výkony hrazené osobitným spôsobom v dátovom rozhraní pre ambulatnú starostlivosť.

Akceptácia úhrady za výkony hrazené osobitným spôsobom nie je podmienená pobytom na lôžku viac ako 24 hodín (t.j. poistenec môže byť prepustený aj pred uplynutím 24 hod. od prijatia do UZZ)

Súčasťou výkonov hrazených osobitným spôsobom je:

- komplexné vyšetrenie pacienta lekárom, ktorý poskytne osobitne hrazený výkon,
- poskytnutie osobitne hrazeného výkonu podľa zdravotnej indikácie,
- poskytnutie anestézie počas osobitne hrazených výkonov,
- použitie zdravotníckych pomôcok (ďalej len „ŠZM“), ak nie je v zmluve uvedené inak,
- následné zabezpečenie potrebnej zdravotnej starostlivosti anesteziológom po anestézii,
- odoslanie odobratého biologického materiálu na histologické vyšetrenie,
- záznam o výsledku histologického vyšetrenia v zdravotnej dokumentácii,
- manažment pacienta v prípade pozitívneho histologického vyšetrenia,
- zdravotná starostlivosť súvisiaca s osobitným výkonom v pooperačnom období,
- radu a poučenia pacienta pred jeho prepustením do domácej starostlivosti,
- iné náklady súvisiace s poskytnutím osobitných výkonov.

K osobitne hrazeným výkonom sa neuhrádzajú ŠZM nad rámec výkonu okrem ŠZM:

- vnútroočné šošovky pri výkonoch s kódmi 1390, 1391, 1392, 1393a
- suburetrálna páska pri liečbe stresovej inkontinencie v odbore urológia a gynekológia a pôrodnictvo.

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

- hospitalizáciu dlhšiu ako 96 hodín a zároveň je poskytovaná liečba, ktorá vyžaduje podanie liekov v celkovej sume viac ako 50% z ceny úhrady za osobitne hrazený výkon,
- pobyt na OAIM alebo JIS dlhší ako 24 hodín,
- každé preklasifikovanie osobitného výkonu na hospitalizáciu musí mať podrobné odôvodnenie v zdravotnej dokumentácii a zároveň je predmetom priamej revíznej kontroly.

V prípade ak poskytovateľ vykáže k úhrade pri jednom operačnom zákroku viac ako jeden osobitne hrazený výkon, revízny lekár takéto vykázanie posúdi a v prípade akceptovania uhradí v cene ukončenej hospitalizácie na príslušnom oddelení.

Pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti môže poskytovateľ vykazovať len zmluvne dohodnuté kombinácie výkonov.

K výkonom jednodňovej zdravotnej starostlivosti č. 8631 v odbore gynekológia sa hradia ako pripočítateľné položky reálne náklady na nákup suburetrálnej pásky na liečbu stresovej inkontinencie, maximálne však do sumy 550 €.

6.Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky (SVLZ)

SVLZ - Laboratórne

| Kód odbornosti | Špecializačný odbor | Cena bodu v € |
|----------------|---|---------------|
| 024 | Klinická biochémia – nepretržitá prevádzka | 0,006307 |
| 031 | Hematológia a transfuziológia – nepretržitá prevádzka | 0,006639 |

SVLZ - Zobrazovacie

| Špecializačný odbor | Cena bodu v € |
|-------------------------|---------------|
| Rádiológia – typ ZS 400 | 0,007303 |

SVLZ - Ostatné

| Špecializačný odbor | Cena bodu v € |
|--|---------------|
| 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 |
| výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ okrem vybraných výkonov) z časti FYZIATRIA BALNEOTERAPIA A LIEČEBNÁ REHABILITÁCIA | 0,007303 |

Pokiaľ poskytovateľ použije pri SVLZ výkonoch v rádiológii materiál uvedený v tabuľke Maximálne ceny pripočítateľných položiek, poisťovňa uhradí náklady, ktoré poskytovateľ vynaložil na obstaranie takého materiálu, maximálne však vo výške uvedenej v tabuľke.

Poskytovateľ môže vykazovať poisťovni Podobné vyšetrenia, len ak s ich vykazovaním poisťovňa súhlasila.

Maximálne ceny pripočítateľných položiek k výkonom SVLZ:

- a) Maximálne ceny pripočítateľných položiek - filmov a PACS archivácie pri výkonoch v rádiológii (RTG typ ZS 400)

Filmové materiály

| Kódové označenie tradičných filmových materiálov | Maximálna cena 1 snímku s DPH v € |
|--|--|
| FOTO01 | Snímok rozmer 3 x 4 (stomatologický) 0,37 |
| FOTO02 | Snímok rozmer 15 x 30 (stomatologický) 0,66 |
| FOTO03 | Snímok rozmer 18 x 24 0,50 |
| FOTO04 | Snímok rozmer 24 x 30 0,83 |
| FOTO05 | Snímok rozmer 35 x 35 1,43 |
| FOTO06 | Snímok rozmer 30 x 40 1,33 |
| FOTO07 | Snímok rozmer 35 x 43 1,73 |
| FOTO08 | Snímok rozmer 24 x 30 (pre mamografiu) 1,83 |
| FOTO09 | Snímok rozmer 18 x 24 (pre mamografiu) 1,10 |
| FOTO10 | Snímok rozmer A4 0,76 |
| FOTO11 | Snímok rozmer 14 x 17 inch laser 5,97 |
| FOTO12 | Snímok rozmer 8 x 10 inch laser 1,53 |
| FOTO13 | Snímok rozmer A3 2,82 |
| FOTO14 | Snímok rozmer 13 x 18 0,33 |
| FOTO15 | Snímok rozmer 15 x 40 0,76 |
| FOTO16 | Snímok rozmer 5 x 7 (axiálna projekcia) 2,32 |
| FOTO17 | Snímok rozmer 18 x 43 0,86 |
| FOTO18 | Snímok rozmer 20 x 40 0,93 |

Poskytovateľ vykáže k jednotlivým výkonom rádiológie reálny počet snímkov a kódové označenie použitých snímkov, ktoré použil pri výkone.

PACS archivácia

Úhrada PACS archivácie pri výkonoch v rádiológii – typ ZS 400 vykazovanej v zmysle platného dátového rozhrania je ocenená paušálnou cenou **0,93€** pri každom realizovanom výkone.

B. Ústavná zdravotná starostlivosť**Cena za ukončenú hospitalizáciu (UH):**

| Odbornosť oddelenia | Názov oddelenia | Cena za UH v € |
|---------------------|--------------------|----------------|
| 001 | Vnútorné lekárstvo | 483 |

| | | |
|---------------------------|---|-------|
| 007 | Pediatrica | 440 |
| 009 | Gynekológia a pôrodnictvo | 469 |
| 010 | Chirurgia (vrátane hrudníkovej chirurgie) | 566 |
| 025 | Anesteziológia a intenzívna medicína | 2 171 |
| 051 | Neonatólogia, perinatológia | 346 |
| 196 | Vnútrore. JIS | 684 |
| 205 (21dní a viac) | Dlhodobochorých | 1038 |
| 205 (do 20dní vrátane) | Dlhodobochorých | 519 |

- pri dĺžke hospitalizácie 21 a viac dní -cena - 100% ceny UH LDCH
- pri dĺžke hospitalizácie do 20 dní vrátane - cena -50% ceny UH LDCH

Cena za ukončenú hospitalizáciu, ošetrovací deň v 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 ošetrovací deň, to neplatí v prípade výkonov hrazených osobitným spôsobom. Cena za ukončenú hospitalizáciu sa uhrádza za oddelenie, na ktorom bola poistencovi poskytovaná zdravotná starostlivosť dlhšie ako 24 hodín.
3. Cena za ukončenú hospitalizáciu a cena za ošetrovací deň zahŕňa všetky náklady a úhradu za komplexnú poskytnutú starostlivosť, pokiaľ ďalej nie je uvedené inak.
4. Ak bol poistenec prijatý na lôžkové oddelenie na poskytovanie UZS, hospitalizácia však nebola dlhšia ako 24 hodín, je poskytovateľ oprávnený vykázat' 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 vykázat' poisťovni hospitalizáciu a pripočítateľné položky, ktoré boli poskytnuté poistencovi počas poskytovania ústavnej zdravotnej starostlivosti v dávke ústavnej starostlivosti vo výške 50% ceny za ukončenú hospitalizáciu.
6. Ak bol poistenec prijatý na lôžkové oddelenie na poskytovanie UZS, hospitalizácia však nebola dlhšia ako 1 hodinu v dôsledku úmrtia poistenca, je poskytovateľ oprávnený vykázat' výkony poskytnuté počas resuscitácie spolu s pripočítateľnými položkami, ktoré sú vykazované v dávkach ambulantnej starostlivosti.
7. Hospitalizácie na oddelení anesteziológie a intenzívnej medicíny budú posudzované vždy individuálne, na základe dokumentovaného zdravotného stavu poistenca a poskytnutej zdravotnej starostlivosti. Pri posudzovaní odôvodnenosti hospitalizácie poistenca bude poisťovňa uplatňovať ako pomocné kritérium TISS skórovací systém (Therapeutic Intervention Scoring Systém). Hospitalizácia bude považovaná za odôvodnenú, ak zdravotný stav poistenca vyžadoval podporu základných životných funkcií prístrojmi a dosiahne 25 – 30 bodov počas prvých 24 hodín hospitalizácie na oddelení. Za prístrojové udržiavanie životných funkcií sa nepovažuje krátkodobé ventilovanie poistencov po anestézii.
8. Na JIS jednotlivých oddelení je poskytovaná intenzívna starostlivosť nižšieho a stredného stupňa pri hroziacej poruche niektorej životnej funkcie, pri TISS skóre 15 bodov a viac, s trvalým neinvazívnym monitorovaním najmenej jednej životnej funkcie, s vnútrožilovou infúznou liečbou, nepretržitým sledovaním zdravotného stavu poistenca, bilanciou príjmu a výdaja tekutín a zavedenou osobitnou dokumentáciou (dokumentácia musí obsahovať písomné zdôvodnenie indikácie intenzívnej starostlivosti lekárom, ktorý žiada prijatie na JIS). Po preklade na základné oddelenie, ku ktorému JIS prináleží, resp. pri preklade z oddelenia na JIS, alebo pri opakovanom preklade z oddelenia na JIS a z JIS späť na oddelenie, bude uhradená len cena jednej hospitalizácie (cena hospitalizácie JIS).
9. 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 vykázat' v dávke ambulantnej starostlivosti rovnakej odbornosti poskytnutie výkonu s kódom 60a.
10. 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.
11. Hospitalizácia na oddeleniach cievnej chirurgie bude poisťovňou posudzovaná ako odôvodnená a bude uhrádzaná vtedy, ak u poistenca bude vykonaný operačný výkon na magistrálnych cievach: operačné výkony

- na karotických artériách, hrudnej a brušnej aorte, hornej a dolnej dutej žile, by-passové operácie na periférnych vetvách artériového cievného riečiska, tromboektómie a embolektómie.
12. 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.
 13. Na oddeleniach paliatívnej starostlivosti, jednotkách paliatívnej medicíny a hospicioch je poskytovaná paliatívna starostlivosť poisťencom s chronickou nevyliciteľnou, pokročilou a aktívne progredujúcou chorobou s časovo obmedzeným prežívaním a terminálna starostlivosť zomierajúcim poisťencom.
 14. Vysokošpecializované ústavy môžu prijímať poisťencov len s ochoreniami, na ktoré je ústav špecializovaný.
 15. Poskytovateľ môže poisťenca, ktorému poskytuje UZS, preložiť na iné oddelenie toho istého zdravotníckeho zariadenia len v prípade, ak zdravotný stav poisťenca nevyhnutne vyžaduje hospitalizáciu na inom oddelení. Opakovaná hospitalizácia na rovnakom oddelení počas jedného súvislého poskytovania UZS v jednom zdravotníckom zariadení 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 poisťenca na poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti k inému poskytovateľovi po vzájomnej dohode len v prípade, ak to nevyhnutne vyžaduje zdravotný stav poisťenca. Odoslanie poisťenca 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 poisťenec hospitalizovaný.
 17. Hospitalizácia poisťenca, 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 ambulatnej starostlivosti okrem prvého a posledného dňa hospitalizácie a výkonov špecializovanej ambulatnej starostlivosti, ktoré nesúvisia s ochorením resp. Dg. hospitalizovaného pacienta.
 19. Poisťovňa počas hospitalizácie poisťenca neuhradí osobitné SVLZ výkony rovnakej odbornosti ako je odbornosť oddelenia, na ktorom je poisťenec 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 poisťencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti, v znení vyhlášky č. 151/2011 Z. z. (ďalej len „vyhláška“) vedie pre poskytovateľa zoznam poisťencov 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 poisťencov v zozname, ktorý je oznamovaný poskytovateľovi poisťovňou.
 22. Ak poskytovateľ pri vykonávaní výkonov plánovanej zdravotnej starostlivosti poskytol výkon poisťencovi nezaraďenému do zoznamu alebo nedodržiaval poradie poisťencov 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. Poskytovateľ v súvislosti s poskytovaním ústavnej zdravotnej starostlivosti používa špeciálny zdravotnícky materiál, uvedený v Zozname kategorizovaných špeciálnych zdravotníckych materiálov (ďalej len „Zoznam kategorizovaných ŠZM“). Poisťovňa uhradí poskytovateľovi cenu za použitý kategorizovaný ŠZM vo výške skutočných nadobúdacích nákladov, maximálne vo výške určenej v Zozname kategorizovaných ŠZM ako „maximálna výška úhrady zdravotnou poisťovňou“ a do výšky zmluvne dohodnutého rozsahu zdravotnej starostlivosti. Poskytovateľ vykazuje kategorizovaný ŠZM s kódom uvedeným v Zozname kategorizovaných ŠZM pod názvom „kód MZ SR“. Ak je 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“.
 25. Ak poskytovateľ používa nekategorizovaný špeciálny zdravotnícky materiál, ktorý je uvedený v tabuľke pod názvom „Maximálne úhrady nekategorizovaných špeciálnych zdravotníckych materiálov“ (ďalej len maximálne úhrady nekategorizovaných ŠZM“), poisťovňa uhradí poskytovateľovi sumu vo výške skutočných nadobúdacích nákladov, maximálne vo výške určenej v tabuľke „maximálne úhrady nekategorizovaných ŠZM“ a do výšky zmluvne dohodnutého rozsahu zdravotnej starostlivosti, v súlade s indikačnými kritériami uvedenými na webovej stránke poisťovne. Ak je v tabuľke „Maximálne úhrady nekategorizovaných ŠZM“ uvedená skratka R alebo RR, je potrebný súhlas poisťovne pred použitím nekategorizovaným ŠZM. Poskytovateľ vyplní a zašle poisťovni na schválenie žiadosť uverejnenú na webovej stránke poisťovne pod názvom „Žiadosť o úhradu špeciálneho zdravotníckeho materiálu“. Poskytovateľ vykazuje nekategorizovaný ŠZM s kódom uvedeným v tabuľke „maximálne úhrady nekategorizovaných ŠZM“.
 26. V prípade, že sa špeciálny zdravotnícky materiál stane na základe kategorizácie súčasťou Zoznamu kategorizovaných ŠZM, bude hradený podľa bodu 24“.
 27. Priepustky 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 priepustke, sú zdravotníckemu zariadeniu uhrádzané v dĺžke najviac 3 dni vo výške 30% ceny ošetrovacieho dňa, pričom celkový stanovený zmluvný rozsah výkonov sa musí dodržať.
28. 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:
- zoznam liekov, ktoré poskytovateľ podal poistencovi počas hospitalizácie,
 - zoznam liekov a zdravotníckych pomôcok, ktoré poskytovateľ odporúča predpisovať poistencovi po ukončení hospitalizácie,
 - mená a kódy lekárov - špecialistov, ktorí odporúčali predpísanie liekov za podmienky dodržania preskripčných a indikačných obmedzení,
 - medicínske zdôvodnenie prekladu na iné oddelenie, resp. do iného zdravotníckeho zariadenia.
 - dátum a čas začiatku a ukončenia hospitalizácie
29. 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.
30. Zabezpečovanie, schvaľovanie a vykazovanie osobitne uhrádzaných ŠZM:
- 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.
 - Zmluvné zdravotnícke zariadenie pri plánovanom poskytnutí ŠZM, ktorej 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
31. Vyhodnotenie liečby po implantácii ŠZM:
- Pooperačný výsledok vyhodnotí lekár pracoviska, ktoré poskytlo osobitne uhrádzanú ŠZM po troch mesiacoch od operácie. Vyhodnotenie zaznamená v Protokole o výsledku implantácie osobitne uhrádzanej ŠZM (ďalej len „protokol“), ktorý je uverejnený na internetovej stránke poisťovne.
 - Protokol je vypracovaný v dvoch vyhotoveniach; jedno vyhotovenie protokolu o efektívnosti a výsledku vykonanej operácie si ponechá pracovisko ako súčasť zdravotnej dokumentácie poistenca a druhé vyhotovenie zašle pobočke poisťovne.
 - Protokol o výsledku implantácie sa vyhotovuje pri implantácii ŠZM s kódmi: 110001 – 110002; 120010 – 120012; 120016 – 120017; 130004 – 130005; 130007 – 130008; 150001 – 150002 a 110014 – 110015.
32. Postup pri schvaľovaní a uhrádzaní finančne nákladných liekov v UZZ
- 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 Opatrenia MZ SR, ktorým sa vydáva Zoznam liekov a liečiv. 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.
 - Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti zasiela žiadosť o úhradu finančne náročnej liečby Generálnemu riaditeľstvu poisťovne - Sekcii nákupu zdravotnej starostlivosti na osobitnom tlačive uverejnenom na internetovej stránke poisťovne, ktorá je potvrdená podpisom a odtlačkom pečiatky vedúceho lekára lôžkového zariadenia a odtlačkom pečiatky a podpisom riaditeľa UZZ. Neoddeliteľnou súčasťou žiadosti sú:
 - prepúšťacia lekárska správa,
 - medicínske zdôvodnenie podania finančne náročných liekov,
 - vyčíslenie nákladov podľa jednotlivých položiek,
 - povolenie na použitie lieku vydané MZ SR, ak ide o liek, u ktorého sa vyžaduje povolenie MZ SR na použitie podľa zákona č.140/ 1998 Z.z. v znení neskorších predpisov,
 - kópia dokladu o nadobudnutí lieku (faktúra od dodávateľa),
 - kópie žiadaní z ústavnej lekárne s vyznačením mena a rodného čísla poistenca.
33. Výkony finančne náročnej zdravotnej starostlivosti sú hradené ako pripočítateľná položka k cene za ukončenú hospitalizáciu ak nie je v Zmluve uvedené inak.

Transfúzne lieky

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