

**Dodatok č. 7
k Zmluve č. 62NFAL000211**

**Čl. 1
Zmluvné strany**

1. Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.

so sídlom Mamateyova 17, 850 05 Bratislava
Zastúpená: Ing. Marcel Forai, MPH, predseda predstavenstva
IČO: 35 937 874
IČ DPH: SK2022027040
Zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I., oddiel Sa,
vložka číslo: 3602/B
Bankové spojenie:
Číslo účtu:
(ďalej len „poisťovňa“)

a

2. Detská fakultná nemocnica s poliklinikou Bratislava

so sídlom: Limbová 1, 833 40 Bratislava
Zastúpená: MUDr. Daniel Žitňan, MPH, riaditeľ
Identifikátor poskytovateľa: P43059
IČO : 00607231
Bankové spojenie:
Číslo účtu:
(ďalej len „poskytovateľ“)

uzatvárajú

tento dodatok k Zmluve č. 62NFAL000211 (ďalej len „zmluva“)

**Čl. 2
Predmet dodatku**

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

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

„6. 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. V Čl. 7 – Záverečné ustanovenia sa mení znenie bodu 1 a nahrádza sa nasledovným znením:

„1. Zmluva sa uzatvára na dobu určitú do 31.12.2013.“

3. 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.

4. V Prílohe č. 2 zmluvy – Rozsah zdravotnej starostlivosti sa dátum platnosti „31.12.2012“ nahrádza dátumom „31.12.2013“.

5. V Prílohe č. 2 zmluvy – Rozsah zdravotnej starostlivosti sa od 1.1.2013 mení časť II. Maximálny rozsah úhrady zdravotnej starostlivosti a nahrádza nasledovným znením:

„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, 210,302	Špecializovaná; špecializovaná onkologická; UPS – ústavná pohotovostná služba	138 842,00

2. Ambulantná starostlivosť

Typ ZS	zdravotná starostlivosť	mesačný zmluvný rozsah v €
222	JZS vrátane výkonov hrađených osobitným spôsobom (OHV)	62 308,00

3. Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky

Typ ZS	zdravotná starostlivosť	mesačný zmluvný rozsah v €
400	Laboratórne a zobrazovacie okrem CT,MR	139 495,00
400	Centrum dedičných metabolických chorôb	6 975,00
420	CT – počítačová tomografia	19 634,00
421	MR – magnetická rezonancia	21 959,00

4. Ústavná zdravotná starostlivosť

Typ ZS	zdravotná starostlivosť	mesačný zmluvný rozsah
601	ukončené hospitalizácie	1 101 850,00
601	ŠZM osobitne uhrádzaný okrem ICD a podtlakovej terapie na hojenie rán	28 414,00
601	ŠZM osobitne uhrádzaný – podtlaková terapia na hojenie rán	1 859,00
601	materské mlieko	1 394,00
602	Dlhodobá hospitalizácia pacienta na OAİM - 1 pacient	1 500,00

Doúčtovanie výkonov v zmysle Čl. 6 zmluvy Osobitné ustanovenia, bod 3 sa za špeciálny zdravotnícky materiál pre hojenie rán podtlakovou terapiou vykonáva samostatne.

6. V Prílohe č. 3 zmluvy – Kritéria na uzatváranie zmlúv sa dátum platnosti „31.3.2013“ nahrádza dátumom „31.12.2013“.

7. Zmluvné strany sa dohodli, že:

- a) poisťovňa podľa §19 ods. 9 písm. d) zákona č. 523/2004 Z. z. o rozpočtových pravidlách verejnej správy a o zmene a doplnení niektorých zákonov poskytne poskytovateľovi preddavok na úhradu zdravotnej starostlivosti na obdobie desiatich mesiacov, a to od januára 2013 do októbra 2013 vrátane, vo výške a za podmienok podľa písmena c) a d),
- b) poskytovateľ sa zaväzuje poskytnutý preddavok vrátiť poisťovni vo výške, spôsobom a za podmienok podľa písmena c) a d),
- c) poisťovňa použije preddavok podľa písmena a) v sume 2 000 000 € na účet poskytovateľa najneskôr do 3.1.2013, ktorý je dňom splatnosti preddavku,
- d) zmluvné strany sa dohodli, že záväzok poskytovateľa podľa písmena c) bude uhradený poisťovni tak, že poisťovňa mesačne započíta jednu desatinu poskytnutého preddavku ako svoju pohľadávku voči poskytovateľovi s pohľadávkou poskytovateľa, ktorá mu vznikne voči poisťovni z titulu vyúčtovania zdravotnej starostlivosti poskytnutej na základe zmluvy, počínajúc dňom splatnosti faktúry za zdravotnú starostlivosť poskytnutú v mesiaci január 2013 a končiac dňom splatnosti faktúry za zdravotnú starostlivosť poskytnutú v mesiaci október 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 Bratislave dňa 19.12.2012

Za poskytovateľa:

Za poisťovňu:

MUDr. Daniel Žitňan, MPH
riaditeľ DFNSP

 **DETSKÁ FAKULTNÁ NEMOCNICA
S POLIKLINIKOU - BRATISLAVA**
Limbová 1, 833 40 Bratislava

- 1 -

Ing. Marcel Forai, MPH
predseda predstavenstva
Všeobecnej zdravotnej poisťovne, a. s.


VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÁ POISŤOVŇA, a. s.
Mamateyova 17, P.O. Box 41, 850 05 Bratislava 55
IČO: 35 937 874 DIČ: 20220 27040 40

**Príloha č. 1
k Zmluve č. 62NFAL000211**

**Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti
od 1.1.2013 do 31.12.2013**

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 neuhrádza 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. Špecializovaná ambulantná starostlivosť v odbore gynekológia a pôrodnictvo

1.1. Špecializovaná ambulantná starostlivosť v odbore gynekológia a pôrodnictvo:

Cena kapitácie	Cena spolu
	1,18 €

Cena bodu:

preventívne zdravotné výkony (aj poistenci EU) 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 (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 118 externé kardiokografické vyšetrenie (CTG) – vykazuje sa po 36. týždni tehotenstva, max. frekvenciou 1 x za týždeň, maximálne 4 x za tehotenstvo	0,019170 €
USG vyšetrenia, ktoré nie sú súčasťou preventívnej prehliadky	0,007635 €
výkony z I. časti Zoznamu výkonov pre poistencov EÚ, bezdomovcov, cudzincov a poistencov podľa § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z.	0,018257 €
výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ) pre nekapitovaných a poistencov EÚ	0,007303 €
neodkladná zdravotná starostlivosť poskytnutú 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 centrálneho príjmu	0,019170 €
výkony z I. časti Zoznamu výkonov – výkony ambulancie UPS a centrálneho 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;	0,010623 €
výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ okrem vybraných výkonov) z časti FYZIATRIA BALNEOTERAPIA A LIEČEBNÁ REHABILITÁCIA	0,007303 €
preventívny výkon č. 158 u urológa	0,030472 €
výkon 5302 ako súčasť preventívnej prehliadky u urológa	0,007635 €

3. Lekárska služba prvej pomoci (LSPP)

LSPP pre deti a dorast, LSPP pre dospelých

Cena za výkon

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	Priplatok k výkonom pod kódmi 26 a 29 za návštevu vyžiadajú a vykonanú v sobotu, v nedeľu, počas sviatkov a 31. decembra.
64	1,66	Priplatok pri ambulantnej zdravotnej starostlivosti o
		a) pacienta ťažko mobilného, imobilného, mentálne postihnutého, dementného, zrakovu alebo sluchovo postihnutého,
		b) dieťa do veku piatich rokov možno k výkonom pod kódmi 4 až 6, 8, 60, 61, 62 a 63 vykazovať nasledujúci priplatok:
		Pri výkonoch pod kódmi 4 až 8.
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 lekársnym 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, subkonjunktiválna 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 mihalnic 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 patientsku vzorku

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

LSPP pre deti a dorast	0,098586 €
------------------------	------------

- 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 bodu a paušálu sa uhrádzajú:

- náklady na dopravu lekára v prípade návštevnjej LSPP:

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

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

4. Výkony JZS / Výkony hradené osobitným spôsobom

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

Cena za výkon :

Kód výkonu	Názov výkonu	Cena v €	Odbornosť	Indikačné obmedzenie
9300	diagnostické biopsie kože, podkožia a svalov	207	107	
9301	excízie	207	107	
9302	nekrektómie	210	107	
9303	drenáž povrchového abscesu	227	107	
9304	operačné odstránenie benígnych alebo maligných útvarov kože a podkožia (preaurikulárne výbežky, pigmentové névy, ateróm, I	293	107	
9306	operačné odstránenie zarastajúcich nechťov (resekcia a plastika nechťového lôžka) po predchádzajúcej neúspešnej ambulan	242	107	
9307	operačná extrakcia osteosyntetického materiálu a vonkajších fixátorov	285	107, 108	
9308	excízia a exstirpácia hemangiómu	283	107	
9309	excízia a exstirpácia lymfangiómu	258	107	
9310	exstirpácia a biopsia lymfatickej uzliny XX	285	107	
9311	operácia jednoduchej slabinovej prietrže	395	107	
9312	operácia jednoduchej pupočníkovej prietrže	395	107	
9313	operácia fimózy - cirkumcizia	291	107, 109	
9314	operačná repozícia parafimózy	186	107, 109	
9315	operácia jednoduchej hydrokély u chlapcov	285	107, 109	
9316	frenuloplastika pre frenulum breve	230	107, 109	

9317	orchiopexia retinovaného hmatného semenníka (nie pri kryptorchizme)	318	107, 109	
9319	incízia perianálneho abscesu	276	107	
9400	presádrovanie v anestézii	120	108	
9409	operácie malých kĺbov - artrodéza	235	108	
9505	korekcia nosných dierok	385	114, 338	poistenci do 18 rokov veku vrátane
9509	odstránenie benígneho alebo malígneho tumoru kože a podkožia s krytím defektu voľným kožným transplantátom	242	038	
9513	extraneurálna mikroneurolyza	329	038	
9514	intraneurálna mikroneurolyza bez náhrady alebo s náhradou časti fascikulov štepom	190	038	
9515	rekonštrukcia periférneho nervu nervovým štepom	1000	038	
9522	korekčná osteotómia a osteosyntéza	493	108, 038	
9523	operácie degeneratívnych zmien na prstoch ruky a nohy	717	108, 038	
9603	exstirpácia chalaseon	230	336	
9604	plastické operácie na mihalniciach - podmienkou je zdravotná indikácia výkonu	242	336	Výkon musí byť vopred schválený RL GR
9605	korekcia ptózy horných mihalníc	242	038, 336	
9606	sondáž slzných ciest	160	336	
9607	injekčná aplikácia kortikoidu do periokulárneho hemangiómu	160	336	
9608	extrakcia stehov z rohovky	160	336	
9609	diódová laserová koagulácia sietnice	150	336	
9610	NdYAG Laser	176	336	
9611	operácia lagoftalmu	360	336	
9613	aplikácia botoxu pri strabizme	160	336	
9524	korekcia červene pery	190	114, 038	
9700	Adenotómia	175	114	
9701	endoskopická adenoidektómia	285	114	
9702	tonzilektómia	285	114	
9703	tonzilotómia	252	114	
9704	frenulotómia	153	114	
9705	mikrochirurgické výkony na hrtane	357	114	
9708	diagnostická mikroendoskopia hrtana	260	114	
9709	diagnostická excízia z tumoru nosohltana	285	114	
9711	septoplastika	310	114	
9712	funkčná septorinoplastika	290	114, 038	
9713	rekonštrukcia nosového kridla	404	114	
9714	rekonštrukcia perforácie nosového septa	385	114, 038	
9715	Turbinoplastika	321	114	
9716	endoskopická operácia prínosových dutín	439	114	
9724	aurikuloplastika zo zdravotných dôvodov	252	114, 038	Výkon musí byť vopred schválený RL GR
9725	operácia stenózy zvukovodu	257	114	
9727	Myringoplastika	324	114	
9728	tympanoplastika bez protézy alebo s protézou	269	114	
9803	plastika varikokély	318	109	
9804	korekcia hypospádie	241	109	

9807	divulzia uretry pri stenóze ženskej uretry	203	109	
8548	tenolýza šľachy	307	108,038, 011, 013	
8549	sutúra šľachy	406	108,038, 011, 013	
8550	voľný šľachový transplantát	325	108,038,011,013	
8551	transpozícia šľachy	278	108,011, 013, 038	
8553	Operácia malých kĺbov ruky - artrodéza	322	108,011	
8926	ureteroskopia	285	109,012	
8928	dilatácia striktúry uretry	109	109,012	
9214	korekcia hypertrofickej alebo keloidnej jazvy dermabráziou, excíziou alebo iným spôsobom	153	038	Výkon musí byť vopred schválený RL GR
9205	korekcia nosných dierok	296	114, 038, 014	
H5556	expektácia pediatrického pacienta na pracovisku urgentného príjmu	180,00	341, 007	

Pod expektáciou pediatrického pacienta na pracovisku urgentného príjmu sa rozumie poskytnutie ústavnej zdravotnej starostlivosti, trvajúce minimálne 4 hodiny a menej ako 24 hodín, ktoré je potrebné a bezprostredne súvisí s poskytovaním diagnostických výkonov (laboratórne, zobrazovacie, klinické vyšetrovacie postupy), terapeutických výkonov (infúzna, inhalačná, detoxikačná, parenterálna liečba a pod.), podporných výkonov (polohovanie, aktívny ohrev, symptomatická liečba) u pediatrických pacientov, kde nie je predpokladaná potreba hospitalizácie nad 24 hodín a je potrebné poskytovať ŠZM na lôžku. Cena zahŕňa komplexne poskytnutú ZS, vrátane konziliárnych vyšetrení, spotrebovaných liekov (vrátane A liekov) a ŠZM.

Realizované SVLZ výkony sú hradené osobitne SVLZ pracovisku. V prípade nutnosti pokračovania liečby pacienta na nemocničnom lôžku budú hradené pracovisku urgentného príjmu len skutočne realizované výkony podľa platného katalógu výkonov a spotrebované A lieky.

Poskytovateľ vykazuje výkony hradené osobitným spôsobom v dátovom rozhraní pre ambulantnú starostlivosť.

Akceptácia úhrady za výkony hradené 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 hradených osobitným spôsobom je:

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

K osobitne hradeným výkonom sa uhrádzajú nad rámec výkonu - SZM:

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

Osobitne hradené 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 hradený výkon,
- pobyt na OAIM alebo JIS dlhší ako 24 hodín,
- každé preklasifikovanie osobitného výkonu na hospitalizáciu musí mať podrobné odôvodnenie v zdravotnej dokumentácii a zároveň je predmetom priamej revíznej kontroly.

V prípade ak poskytovateľ vykáže k úhrade pri jednom operačnom zákroku viac ako jeden osobitne hradený výkon, revízný lekár takého 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.

5. Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky (SVLZ)

SVLZ - Laboratórne

Specializačný odbor	Cena bodu v €
laboratórne	0,006473

SVLZ - Zobrazovacie

Specializačný odbor	Cena bodu v €
Rádiológia – typ ZS 400	0,007303
CT – počítačová tomografia – typ ZS 420 – nepretržitá prevádzka	0,006307
MR – magnetická rezonancia – typ ZS 421 – prístroj nad 1 Tesla	0,005975
MR – magnetická rezonancia – typ ZS 421 – prístroj nad 1 Tesla – výkony MSK – muskuloskeletálny systém (výkony č. 5612a, 5613)	0,005311

SVLZ - Ostatné

Specializačný 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;	0,010623
výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ okrem vybraných výkonov) z časti FYZIATRIA BALNEOTERAPIA A LIEČEBNÁ REHABILITÁCIA	0,007303
Ostatné výkony SVLZ, okrem SVLZ – laboratórne, SVLZ – zobrazovacie a SVLZ – FBLR (funkčná diagnostika – typ ZS 400, endoskopické vyšetrovacie metódy v jednotlivých odboroch)	0,006971

Pokiaľ poskytovateľ použije pri SVLZ výkonoch v rádiológii, CT a MR diagnostike 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 poisťovní Podobné vyšetrenia, len ak s ich vykazovaním poisťovňa súhlasila.

a) Maximálne ceny pripočítateľných položiek - filmov a PACS archivácie pri výkonoch RTG (typ ZS 400)**Filmové materiály**

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

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

PACS archivácia

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

B. Ústavná zdravotná starostlivosť

Cena za ukončenú hospitalizáciu (UH):

Odbornosť oddelenia	Názov oddelenia	Cena UH v €
007	pediatria	1 049,00
050	diabetológia, poruchy látkovej premeny a výživy	1 383,00
051	neonatológia	2 829,00
104	pediatrická neurológia	812,00
105	detská psychiatria	1 372,00
107	detská chirurgia	912,00
108	pediatrická ortopédia	1 403,00
109	pediatrická urológia	908,00
114	pediatrická otorinolaryngológia	697,00
116	detská dermatovenerológia	634,00
207	transplantačné	1 109,00
323	pediatrická anestéziológia	7 659,00
323 - 1	pediatrická anestéziológia	3 977,00
329	pediatrická hematológia a onkológia	2 745,00
336	pediatrická oftalmológia	985,00

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, odôvodnenia prijatia do UZS,
2. Poistovňa uhradí za hospitalizáciu dlhšiu ako 24 hodín cenu za ukončenú hospitalizáciu alebo cenu za ošetrovaní deň, to neplatí v prípade výkonov 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 anestéziológie a intenzívnej medicíny budú posudzované vždy individuálne, na základe dokumentovaného zdravotného stavu poistenca, poskytnutej zdravotnej starostlivosti. Pri posudzovaní odôvodnenosti hospitalizácie poistenca bude poisťovňa uplatňovať ako pomocné kritérium TISS skórovací systém (Therapeutic Intervention Scoring System). Hospitalizácia bude považovaná za odôvodnenú, ak zdravotný stav poistenca vyžadoval podporu základných životných funkcií prístrojom 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 hrozacej 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 vykázať 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 dlhodobo chorých alebo do liečebne dlhodobo chorých 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 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.
 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 lekárske predpis.
 13. 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.
 14. Vysokošpecializované ústavy môžu prijímať poistencov len s ochoreniami na ktoré je ústav špecializovaný
 15. 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. 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 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.
 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 príslušajúce odbornosti lôžkového oddelenia).
 20. Poisťovňa podľa § 1 vyhlášky MZ SR č. 412/2009 Z. z., ktorou sa ustanovujú podrobnosti o zozname poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti, v znení vyhlášky č. 151/2011 Z. z. (ďalej len „vyhláška“) vedie pre poskytovateľa zoznam poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti (ďalej len „zoznam“) osobitne podľa súpisu vybraných chorôb a s nimi súvisiacich zdravotných výkonov.
 21. Poskytovateľ pri vykonávaní výkonov plánovanej zdravotnej starostlivosti dodržiava poradie poistencov v zozname, ktorý je oznamovaný poskytovateľovi poisťovňou.
 22. Ak poskytovateľ pri vykonávaní výkonov plánovanej zdravotnej starostlivosti poskytol výkon poistencovi nezaraďenému do zoznamu alebo nedodržiaval poradie poistencov v zozname, poisťovňa poskytovateľovi uhradí maximálne 25% z ceny ukončenej hospitalizácie na príslušnom oddelení prípadne z maximálnej úhrady výkonov uhrádzaných v ústavnej zdravotnej starostlivosti („baličkové 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 poisťovní 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 hrazený podľa bodu 24.
27. 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. Dní, 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.
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:
 - 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
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, zariadenia poistencov do klinického výskumu.
30. Zabezpečovanie, schvaľovanie a vykazovanie osobitne uhrádzaných ŠZM:
 - a. Zdravotnícke zariadenie je povinné použiť ekonomicky a kvalitatívne najvýhodnejší druh ŠZM a na požiadanie poisťovne dokladovať účelnosť a efektívnosť vynaloženia prostriedkov verejného zdravotného poistenia pri nákupe ŠZM.
 - b. Zmluvné zdravotnícke zariadenie pri plánovanom poskytnutí ŠZM, ktorej úhrada vyžaduje schválenie poskytnutia vopred, podá Žiadosť o schválenie poskytnutia a úhrady ŠZM (ďalej len „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:
 - a. Pooperačný výsledok vyhodnotí lekár pracoviska, ktoré poskytlo osobitne uhrádzanú ŠZM po troch mesiacoch od operácie. Vyhodnotenie zaznamenané v Protokole o výsledku implantácie osobitne uhrádzanej ŠZM (ďalej len „protokol“), ktorý je uverejnený na internetovej stránke poisťovne.
 - b. 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.
 - c. 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
 - 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 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.
 - b. Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti zasiela žiadosť o úhradu finančne náročnej liečby Generálnemu riaditeľstvu poisťovne - Sekcii nákupu zdravotnej starostlivosti na osobitnom tlačive uverejnenom na internetovej stránke poisťovne, ktorá je potvrdená podpisom a odtlačkom pečiatky vedúceho lekára lôžkového zariadenia a odtlačkom pečiatky a podpisom riaditeľa UZZ. Neoddeliteľnou súčasťou žiadosti sú:
 - prepúšťacia lekárska správa,
 - medicínske zdôvodnenie podania finančne náročných liekov,
 - vyčíslenie nákladov podľa jednotlivých položiek,
 - povolenie na použitie lieku vydané MZ SR, ak ide o liek, u ktorého sa vyžaduje povolenie MZ SR na použitie podľa zákona č.140/ 1998 Z.z. v znení neskorších predpisov,
 - kópia dokladu o nadobudnutí lieku (faktúra od dodávateľa),

- kópie žiadaniek 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.

Maximálne ceny pripočítateľných položiek v ústavnej starostlivosti

a) Maximálne úhrady nekategorizovaných špeciálnych zdravotníckych materiálov

Kód nekategorizovaného ŠZM	schvaľovanie	Názov nekategorizovaného špeciálneho zdravotníckeho materiálu	Maximálna úhrada NŠZM v €
120160		Pediatrický senzor k INVOS	114
120161		dospelý senzor k INVOS	150
130030		Taylorov externý fixátor	14499
140009	•	Nástroje Synthes	198
140010	•	Vrtáčky Synthes – priemer do 1,1 mm	18
140011	•	Vrtáčky Synthes -priemer od 1,2 do 1,5 mm	18
140012	•	Implantáty Synthes (skrutky MF kostik)	151
140013	•	Dlaha mriežková 2,0 rapid	1206
140014	•	Implantáty neurochir. Craniofix absorb	578
140009	•	Nástroje Synthes	198
170003	•	Endostapler	435
170004	• **	Náplň do endostaplera	170
170005	•	Lineárny stapler	170
170006	• **	Náplň do lineárneho staplera	112
170007	•	Nožnice k harmonickému skalpelu	321
190001		Tracheotomická kanyla plastová dvojplášťová	48
190002		Tracheotomická kanyla fonačná kovová	242
190003		Tracheotomická kanyla fonačná plastická	121
201010	•	Biokeramická očná protéza	580
201012	•	implantát očný miniatúrny Ex-PRESS	725
Vysvetlivky:			
R	schvaľuje revízny lekár pobočky		
RR	schvaľuje revízny lekár generálneho riaditeľstva		
•	ŠZM nie je schvaľovaný vopred, RL pobočky vykoná kontrolu vykázaného ŠZM na konci kalendárneho štvrťroka		
**	možné použiť viac kusov pre jedného pacienta		

Nekategorizovaný ŠZM pri hojení rán podtlakovou terapiou

Kód nekategorizovaného ŠZM	schvaľovanie	Názov nekategorizovaného špeciálneho zdravotníckeho materiálu	Maximálna úhrada nekategoriz. ŠZM
204060		zberná nádoba s gelom a fitlrom do 300 ml	140
204061		zberná nádoba s gelom a fitlrom do 500 ml	154
204062		zberná nádoba s gelom a fitlrom do 800 ml	168
204063		príslušenstvo k systému (konektory, hadičky, pásy)	105
204064		penové krytie malé do 20 x 15 cm	126
204065		penové krytie stredné do 30 x 15 cm	133
204066		penové krytie veľké do 60 x 30 cm	210
204067		penové krytie brušné	630
204070		gázové krytie malé do 20 x 15 cm	91
204071		gázové krytie stredné do 30x15 cm	105
204072		gázové krytie veľké do 60 x 30 cm	126

b) Maximalne uhrady tkaniv a buniek poskytovaných pri transplantáciach :

Kód	Názov transplantátu	Jednotka	Úhrada v €
100 309	Kostný alotransplantát mrazený (hlava femuru)	1 kus (maximálne 150 g)	145,96
100 310	Kostný alogénny kortikálny transplantát mrazený	1 kus (maximálne 150 g)	597,49
100 311	Kostný alogénny kortiko spongiózny transplantát mrazený	1 kus (maximálne 150 g)	597,49
100 312	Šlachový transplantát BTB (kosť-šľacha-kosť) (jedna polovica z pozdĺžne rozdeleného ligamentum patelle s dvoma kostenými blokmi z tibie a pately)	1 kus	828,62
100 313	Chondrocyty kultivované autológne (10x10 ⁶)	1 ml	340,21
100 316	Autológne osteoblasty kultivované (10x10 ⁶)	1 balenie (1ml)	1293,07
100 317	Autológny bunkový implantát (2x2 cm)	1 kus	3 630,00

c) Ceny transfúzných liekov

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

d) Maximálne úhrady výkonov finančne náročnej zdravotnej starostlivosti:

Kód	Názov výkonu	úhrada v €
	Transplantácia krvotvorných buniek	
90001	Autológna, u dospelých a mladistvých od 15–18 r. veku s dg leukémia, so spracovaním štepu na kolóne	29 874,53
90002	Autológna, u dospelých a mladistvých od 15–18 r. veku s dg leukémia, bez spracovania štepu na kolóne	19 086,50
90003	Autológna, u dospelých a mladistvých od 15–18 r. veku s dg lymfóm, solidné tumory, aplastické anémie, so spracovaním štepu na kolóne	25 393,35
90004	Autológna, u dospelých a mladistvých od 15–18 r. veku s dg lymfóm, solidné tumory, aplastické anémie, bez spracovania štepu na kolóne	14 605,32
90005	Autológna, u detí do 15 r. veku s dg leukémia, so spracovaním štepu na kolóne	26 223,20
90006	Autológna, u detí do 15 r. veku s dg leukémia, bez spracovania štepu na kolóne	15 435,17
90007	Autológna, u detí do 15 r. veku s dg lymfóm, solidné tumory, so spracovaním štepu na kolóne	21 576,05
90008	Autológna, u detí do 15 r. veku s dg lymfóm, solidné tumory, bez spracovania štepu na kolóne	10 788,02
90009	Allogénna príbuzenská s myeloablatívnym režimom u dospelých a mladistvých od 15–18 r. veku, so spracovaním štepu na kolóne	52 446,39
90010	Allogénna príbuzenská s myeloablatívnym režimom u dospelých a mladistvých od 15–18 r. veku, bez spracovania štepu na kolóne	41 658,37
90011	Allogénna príbuzenská s myeloablatívnym režimom u detí do 15 r. veku, so spracovaním štepu na kolóne	40 164,64
90012	Allogénna príbuzenská s myeloablatívnym režimom u detí do 15 r. veku, bez spracovania štepu na kolóne	29 210,65
90013	Nepříbuzenská	Individuálna kalkulácia
90301	Transplantácia pečene	Individuálna kalkulácia
90601	Transplantácia rohovky – náklady súvisiace s odberom rohovky	647,28
90602	Transplantácia buniek skléry - vrátane nákladov za použitú transplantovanú skléru	647,28
	Odber orgánov	0,00
100102	Pečeň z multiorgánového odberu	1 447,25