

512P/2011

Dodatok č. 8

k zmluve č. 10KVYF000211

Čl. 1

Zmluvné strany

1. Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.

so sídlom: Mamateyova 17, 850 05 Bratislava,
Zastúpená: Ing. Marcelom Foraiom, 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 o poskytovaní a úhrade zdravotnej
starostlivosti: riaditeľka krajskej pobočky v Trenčíne MUDr. Sylvia Pastvová
Adresa krajskej pobočky: Partizánska 2315, 911 01 Trenčín
Bankové spojenie: Štátna pokladnica
Číslo účtu: 7000182387/8180
(ďalej len „poisťovňa“)

a

2. Poskytovateľ : Nemocnica s poliklinikou Považská Bystrica

so sídlom: Nemocničná 986, 017 26 Považská Bystrica
Zastúpený: Ing. Peter Rendek, riaditeľ
Identifikátor poskytovateľa: P50945
IČO: 00 610 411
Bankové spojenie: ČSOB a.s.
Číslo účtu: 4009730104/7500
(ďalej len „poskytovateľ“)

uzatvárajú

tento dodatok k Zmluve (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 7 nasledovného znenia:

„7. 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 30.6.2013.“

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 „30.6.2013“.

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
200,210 302	Špecializovaná ambulantná (vrátane onkologickej, UPS)	50 491,00 €

2. Ambulantná starostlivosť

Typ ZS	zdravotná starostlivosť	mesačný zmluvný rozsah
222	Jednodňová zdravotná starostlivosť a OHV	70 333,00 €
604	Stacionár dermatovenerologický, neurologický, HTO –ošetrovacie dni	13 000,00 €

3. Spoločné vyšetrenia a liečebné zložky

Typ ZS	zdravotná starostlivosť	mesačný zmluvný rozsah
400	SVLZ laboratórne, zobrazovacie, iné – mesačný zmluvný rozsah	72 336,00 €
400	SVLZ laboratórne, zobrazovacie, iné – štvrtročný zmluvný rozsah	217 008,00 €

4. Ústavná zdravotná starostlivosť

Typ ZS	zdravotná starostlivosť	mesačný zmluvný rozsah
601	ukončené hospitalizácie	389 151,00 €
601	Zdravotnicke pomôcky osobitne uhrádzané okrem ICD a V.A.C	5 000,00 €
601	Zdravotnicke pomôcky osobitne uhrádzané – vákuový systém na hojenie rán (V.A.C)	5 000,00 €

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 „30.6.2013“.

Čl. 3
Závěrečné ustanovenia

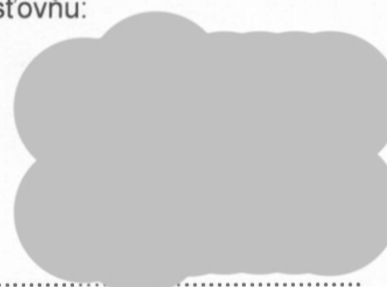
1. Tento dodatok, ktorý tvorí súčasť zmluvy, nadobúda platnosť dňom podpisu zmluvnými stranami a účinnosť dňom nasledujúcim po dni jeho zverejnenia v zmysle § 47a zákona č. 40/1964 Zb. Občiansky zákonník v znení neskorších predpisov.
2. Súhlas s obsahom dodatku vyjadria zástupcovia zmluvných strán svojim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

V Trenčíne dňa 19.12.2012

Za poskytovateľa:



Za poisťovňu:



MUDr. Sylvia Pastvová
riaditeľka krajskej pobočky

**Príloha č. 1
k Zmluve č. 10KVYF000211**

**Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti
od 1.1.2013 do 30.6.2013**

A. Ambulantná zdravotná starostlivosť

Všeobecné ustanovenia

Kapitácia

Kapitáciou sa rozumie paušálna mesačná platba za poskytovanie zdravotnej starostlivosti poistencovi 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.

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 na neodkladnú respektíve potrebnú alebo plnú zdravotnú starostlivosť

Kapitácia nezahŕňa:

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

Úhrada za výkony vyjadrená cenou bodu

Úhrada za výkony uvedené v tabuľke Cena bodu sa vypočíta ako násobok jednotkovej ceny bodu a počtu bodov daného výkonu. Počet bodov vyplýva z opatrenia Ministerstva zdravotníctva SR, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva platného v čase poskytnutia výkonu. Pokiaľ počet bodov nevyplýva z opatrenia Ministerstva zdravotníctva SR, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva platného v čase poskytnutia výkonu, použije sa počet bodov pre daný výkon uvedený v poslednom platnom 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 náklady a úhradu za zdravotnú starostlivosť poskytnutú pri danom výkone, pokiaľ nie je uvedené inak.

1. 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 nekapitovaných 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. 763P a 763M u gastroenterológa	0,030472 €

1. Jednodňová zdravotná starostlivosť

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

V JZS môže poskytovateľ vykazovať len zmluvne dohodnuté kombinácie výkonov.

kód výkonu	názov výkonu	maximálna cena v €	poznámka
výkony JZS u dospelých v špecializačných odboroch			
Výkony JZS v odbore otorinolaryngológia			
8800	endoskopická adenotómia	270,00	
8801	tonzilektómia	260,00	
8802	tonzilotómia	230,00	
8803	uvulopalatoplastika	280,00	
8804	plastika oroantrálnej komunikácie	280,00	
8805	extrakcia kameňa submandibulárnej žľazy	240,00	
8806	extirpácia sublingválnej slinnej žľazy	240,00	
8808	extirpácia príušnej žľazy	280,00	
8809	endoskopická chordektómia	210,00	
8810	endoskopická laterofixácia	260,00	
8815	turbinoplastika	280,00	
8819	operácia stenózy zvukovodu - plastika zvukovodu	260,00	
8820	maringoplastika	330,00	
8821	tympanoplastika	245,00	
8823	stapedoplastika	280,00	
8824	sanačná operácia stredného ucha	385,00	
8825	adenotómia	160,00	
8826	mikrochirurgické výkony na hrtane (spevácke uzliky, polypy, granulómy, cysty hlasiviek) na odporúčanie foniatra	310,00	
8827	operácia nosovej priehradky - septoplastika (podmienkou je zdravotná indikácia výkonu)	280,00	
8829	plastika nosovej chlopne	280,00	
8830	funkčná endoskopická sinusová chirurgia (FESS)	310,00	
8831	operácia prínosovej dutiny vonkajším prístupom	385,00	
8833	aurikuloplastika zo zdravotných dôvodov	230,00	výkon hrađený so súhlasom RL GR vydaným pred poskytnutím ZS
8834	frenulotómia	140,00	
8835	transpozícia vývodu submandibulárnej slinnej žľazy pri sialolitíaze a stenóze vývodu	320,00	
8836	diagnostická mikroendoskopia hrtana	230,00	
8838	diagnostická excízia z tumoru nosohltana	260,00	
8840	rekonštrukcia nosového krídla	370,00	
8841	endoskopická operácia prínosových dutín	400,00	
8842	dakryocystorinostómia	400,00	
8843	dekompresia orbity	385,00	
8844	rekonštrukcia dna orbity pri blow-out fraktúre	385,00	
8849	funkčná septorinoplastika	285,00	
8859	rekonštrukcia perforácie nosového septa	280,00	
kombinované výkony v odbore otorinolaryngológia			

8850	endoskopická adenotómia + tonzilektómia	395,00	
8851	endoskopická adenotómia + tonzilotómia	360,00	
8852	tonzilektómia + uvulopalatoplastika	405,00	
8854	turbinoplastika + funkčná endoskopická sinusová chirurgia (FEES)	510,00	
8855	turbinoplastika + septoplastika	514,00	
8856	turbinoplastika + rekonštrukcia perforácie septa nosa	572,00	
8857	septoplastika + funkčná endoskopická sinusová chirurgia (FEES)	572,00	
8858	operácia stenózy zvukovodu, odstránenie exostózy zvukovodu + tympanoplastika	534,00	
Výkony JZS v odbore oftalmológia			
1390	operácia sivého zákalu s implantáciou umelej vnútroočnej šošovky	375,00	
1391	sekundárna implantácia intraokulárnej šošovky do prednej očnej komory alebo do sulcus ciliare	342,00	
1392	sekundárna implantácia intraokulárnej šošovky transsklerálnou fixáciou	342,00	
1393	operácia sekundárnej katarakty	342,00	
1394	repozícia implantovanej umelej vnútroočnej šošovky	276,00	
8700	operácia strabizmu	245,00	
8701	plastické operácie na mihalniciach (ektropium, entropium, blefarochalázia) - len zo zdravotných dôvodov	209,00	výkon hrađený so súhlasom RL GR vydaným pred poskytnutím ZS
8704	excimer - laserové operácie rohovky len zo zdravotných indikácií - len ak ide o: anizometropia 3,5 D a viac a v prípade rohovkových lézií	315,00	
8706a	filtračná operácia glaukómu	360,00	
8706b	operácia glaukómu laserom	260,00	
8706c	operácia glaukómu kryom	176,00	
8707	operácia pterygia - ablácia a plastika	209,00	
8708	operácia nádorov mihalnic	175,00	
8709	operácia nádorov spojovky	175,00	

V JZS môže poskytovateľ vykazovať len zmluvne dohodnuté kombinácie výkonov.

K výkonom jednodňovej zdravotnej starostlivosti č. 1390, 1391 a 1392 v odbore oftalmológia sa hradia ako pripočítateľné položky reálne náklady za nákup vnútroočnej šošovky PZS, ktorý to má zmluvne dohodnuté, maximálne však do sumy uvedenej v tabuľke.

Druh vnútroočnej šošovky	Kód	Maximálna úhrada v € (vrátane DPH)	Podmienka úhrady
Tvrdá VOŠ	S1001	60	
Mäkká vnútroočná šošovka			
Hydrofilná	S2001	70	
Hydrofóbná	S2002	110	
kolamérové hydrofilné vnútroočné šošovky	S2003	110	
Mäkká vnútroočná šošovka so žltým filtrom	S4001	145	

4. Výkony hrađené osobitným spôsobom (v ústavnej starostlivosti)

Výkony hrađené 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	
8506	artroskopická operácia subakromiálneho impingement syndrómu (len artroskopicky)	446,00	011	
8507	Operácia poúrazovej paraatikulárnej burzitídy vo všetkých lokalizáciách	252,00	011	
8508	operačná mobilizácia kontraktúry stuhnutého kĺbu	426,00	011	

8509	Operačná dynamizácia vnútrodreňových klinec	252,00	011
8510	Operačná repozícia jednoduchých zlomenín v celkovej anestéze	368,00	011
8511	Operačné riešenie pollex saltans	322,00	011
8512	Operačné riešenie fractúra metacarpi	368,00	011
8513	Operačné riešenie epicondylitis radialis	299,00	011
8514	Operačné riešenie epicondylitis ulnaris	299,00	011
8516	Operačné riešenie fractúra capitis radii	373,00	011
8517	Operačné riešenie synovitis cubiti	357,00	011
8518	operačné riešenie luxatio acromioclavicularis	446,00	011
8519	operačné riešenie fractura clavicularae	446,00	011
8520	operačné riešenie abruptio tuberculi majoris et minoris humeri	446,00	011
8521	Operačné riešenie decompressio subacromialis	446,00	011
8522	operačné riešenie instabilitas glanohumeralis	446,00	011
8523	operačné riešenie ruptúry rotátorovej manžety	446,00	011
8524	operačné riešenie SLAP - lezia (poškodenie labrum glenoidale)	388,00	011
8525	Operačné riešenie hallux valgus	373,00	011
8527	Operačné riešenie digitus hammat	357,00	011
8528	Operačné riešenie digitus malleus	357,00	011
8529	Operačné riešenie digitus supraductus	357,00	011
8530	Operačné riešenie metatarsus I.varus	373,00	011
8531	operačné riešenie morbus Laderhose	325,00	011
8532	operačné riešenie neuralgie Mortoni	220,00	011
8533	Artroskopické výkony v laktovom zhybe	668,00	011
8534	Artroskopické výkony v ramennom zhybe	668,00	011
8534A	Artroskopické výkony v ramennom zhybe s použitím vstrebatelného fixačného materiálu	876,00	011
8535	Artroskopické výkony v kolennom zhybe	668,00	011
8535A	artroskopické výkony v kolennom zhybe s použitím vstrebatelného fixačného materiálu	876,00	011
8536	Artroskopické výkony v členkovom zhybe	668,00	011
8537	operačná extrakcia osteosyntetického materiálu a vonkajších fixátorov	285,00	010, 011
8538	extirpácia sakrálneho dermoidu	318,00	010
8539	operácia varixov dolných končatín	395,00	010
8540	operácia análnych fistúl a fisúr	340,00	010
8542	operácia ruptúry Achilovej šľachy	426,00	011
8546	discízia ligamentum carpi transversum s epineurólzou nervus medianus	329,00	011
8547	extirpácia benigných a maligných nádorov kože, podkožia a svalov	65,00	010, 011
8548	tenolýza šľachy	307,00	011
8549	sutúra šľachy	406,00	011
8550	voľný šľachový transplantát	325,00	011
8551	transpozícia šľachy	278,00	011
8552	Operácia malých kĺbov ruky - artrolýza	322,00	011
8553	Operácia malých kĺbov ruky - artrodéza	322,00	011
8564	Laparoskopická cholecystektómia	547,00	010
8565	operácia hemoroidov	333,00	010
8566	odstránenie hemoroidov elastickou ligatúrou	65,00	010
8567	vytvorenie alebo rekonštrukcia arteriovenózneho fistuly pri chronickej liečbe hemodialýzou	340,00	010
8569	diagnostické biopsie kože, podkožia a svalov	65,00	010, 011
8570	transpozícia nervus ulnaris	252,00	011
8571	extirpácia lymfatických uzlín	109,00	010
8572	extirpácia benigného nádoru prsnej žľazy	307,00	010
8573	exstirpácia gangliómu	43,00	010, 011
8575	amputácia prsta pre gangrénu	98,00	010
8576	laparoskopické výkony diagnostické	230,00	010
8577	laparoskopická apendektómia (pre chronické ochorenie apendixu)	510,00	010
8578	artroskopické výkony v zápästí	598,00	011
8582	punkčná fasciektómia	340,00	011
8583	parciálna fasciektómia	340,00	011
8584	totálna fasciektómia	373,00	011
8585	discízia ligamentum carpi transversum bez epineurólzy nervus medianus	285,00	011
8586	endoskopické vyšetrenie v celkovej anestézii	230,00	010

8587	zrušenie arteriovenózneho fistuly	175,00	010	
8588	nekrektómie	98,00	010	
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 zrastov - 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	exstirpácia benígneho nádoru prsnej žľazy	307,00	009	
8647	exstirpácia 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 laparoscopia	513,00	009	
8662	8622 + 8624 diagnostická laparoscopia + rozrušenie zrastov so zdravotných dôvodov (laparoskopicky)	513,00	009	
8663	8622+8624+8626+8627+8628 diagnostická laparoscopia + rozrušenie zrastov so zdravotných dôvodov (laparoskopicky)+salpingo	615,00	009	
8909	operácia fimózy - cirkumcizia zo,zdravotných dôvodov	208,00	010	
8929	operačná repozícia parafimózy	186,00	010	
9248	operácia gynekomastie bez liposukcie alebo s liposukciou zo zdravotných dôvodov	310,00	010	
9254	operácia venter pendulum zo zdravotných dôvodov	210,00	010	
9255	operácia diastázy priamych brušných svalov	270,00	010	
9256	operácia hernie prednej brušnej steny	270,00	010	
9257	operácia mediálnej brušnej hernie	270,00	010	

K výkonom hrazeným osobitným spôsobom č. 8631 a 8908 v odbore gynekológia sa hradia ako pripočítateľné položky reálne náklady na nákup suburetrálnej pásky na liečbu stresovej inkontinencie, maximálne však do sumy 550,00 € .

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 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,
- rady a poučenia pacienta pred jeho prepustením do domácej starostlivosti,

k) iné náklady súvisiace s poskytnutím osobitných výkonov.

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

a) vnútroočné šošovky pri výkonoch s kódmi 1390, 1391, 1392, 1393a

b) 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:

a) 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,

b) pobyt na OAIM alebo JIS dlhší ako 24 hodín

c) každé preklasifikovanie osobitného výkonu na hospitalizáciu musí mať podrobné odôvodnenie v zdravotnej dokumentácii a zároveň je predmetom priamej revíznej kontroly.

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.

Pokiaľ poskytovateľ použije pri výkonoch hrazených osobitným spôsobom ŠZM uvedené v tabuľke Maximálne ceny pripočítateľných položiek, poisťovňa uhradí náklady, ktoré poskytovateľ vynaložil na obstaranie takýchto ŠZM, maximálne však vo výške uvedenej v tabuľke.

5. Stacionár

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

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

Cena za ošetrovací deň:

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

- Maximálna dĺžka pobytu v stacionári je 3 mesiace v priebehu posledných 12 mesiacov. Pobyt v stacionári dlhší ako 3 mesiace je možný len s predchádzajúcim súhlasom poisťovne.
- Indikáciu na poskytovanie zdravotnej starostlivosti určí ošetrojúci lekár ústavnej alebo špecializovanej ambulantnej starostlivosti v Návrhu na poskytovanie zdravotnej starostlivosti v dennom stacionári. Tlačivo Návrhu je uverejnené na internetovej stránke poisťovne. Návrh je platný najviac 3 mesiace, je súčasťou zdravotnej dokumentácie poistenca v stacionári a kópia alebo odpis návrhu je súčasťou zdravotnej dokumentácie poistenca u ošetrojúceho lekára špecializovanej ambulantnej starostlivosti alebo v chorobopise ústavnej starostlivosti.

6. Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky (SVLZ)

SVLZ - Laboratórne

Kód odbornosti	Špecializačný odbor	Cena bodu v €
029	Patologická anatómia	0,006307
029	Patologická anatómia č. výkonu 9980 / 1000 bodov	0,006639
031	Hematológia a transfuziológia – nepretržitá prevádzka	0,006639
034	Klinická mikrobiológia	0,006639

SVLZ - Zobrazovacie

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

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;	0,011618
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 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 RD kódov v rádiológii**

Kód	body	názov výkonu	RD kód	Maximálna cena RD v €	Maximálna úhrada stentov, stentgaftov v € za kus
5153a	5 000	Punkcia alebo biopsia pod USG kontrolou	RD052	100	

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 za UH v €
001	vnútorné oddelenie	503,00
004	neuroológia	509,00
005	psychiatria	904,00
007	pediatria	438,00
009	gynekológia a pôrodnictvo	488,00
010	chirurgia	610,00
011	ortopédia	810,00
018	dermatovenerológia	400,00
025	anesteziológia a intenzívna medicína	2 697,00
051	neonatológia	339,00
196	JIS interná	719,50
201	JIS neurologická	728,50
202	JIS chirurgická	880,00
205	LDCH -pri dĺžke hospitalizácie 21 a viac dní-cena 100% - pri dĺžke hospitalizácie do 20 dní vrátane-cena 50%	1 055,00
334	paliatívna medicína	633,00

Cena za ukončenú hospitalizáciu, ošetrovací deň v ústavnej zdravotnej starostlivosti

- UZS je poskytovaná poisťencovi, 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 poisťenca a odôvodnenia prijatia do UZS.

2. Poistovňa uhradí za hospitalizáciu dlhšiu ako 24 hodín cenu za ukončenú hospitalizáciu alebo cenu za ošetrovaní deň, to neplatí v prípade výkonov 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 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 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 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 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 magistrálnych 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 lekárskej predpis.
13. Na oddeleniach paliatívnej starostlivosti, jednotkách paliatívnej medicíny a hospiciach 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 oddelenie 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 nesplňa podmienky odôvodnenia pokračovania poskytovania UZS podľa predchádzajúceho bodu, nebude poisťovňou akceptovaná a uhradená.
18. Poisťovňa neuhradí v priebehu hospitalizácie ambulantné výkony poskytnuté v špecializovanej ambulantnej starostlivosti okrem prvého a posledného dňa hospitalizácie a výkonov špecializovanej ambulantnej starostlivosti, ktoré nesúvisia s ochorením resp. Dg. hospitalizovaného pacienta.

19. Poistovňa počas hospitalizácie poistenca neuhradí osobitne SVLZ výkony rovnakej odbornosti ako je odbornosť oddelenia, na ktorom je poistenec hospitalizovaný (napr. radiačná onkológia, fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia, výkony funkčnej diagnostiky prislúchajúce odbornosti lôžkového oddelenia).
20. Poistovňa 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 nezaradenému do zoznamu alebo nedodržiaval poradie poistencov v zozname, poisťovňa poskytovateľovi uhradí maximálne 25% z ceny ukončenej hospitalizácie na príslušnom oddelení prípadne z maximálnej úhrady výkonov uhrádzaných v ústavnej zdravotnej starostlivosti („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“). Poistovňa 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 drogovu 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:
 - 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, zaradenia 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 zaznamená 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 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.
- b. Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti zasiela žiadosť o úhradu finančne náročnej liečby Generálnemu riaditeľstvu poisťovne - Sekcii nákupu zdravotnej starostlivosti na osobitnom tlačíve uverejnenom na internetovej stránke poisťovne, ktorá je potvrdená podpisom a odtlačkom pečiatky vedúceho lekára lôžkového zariadenia a odtlačkom pečiatky a podpisom riaditeľa UZZ. Neoddeliteľnou súčasťou žiadosti sú:
- prepúšťacia lekárska správa,
 - medicínske zdôvodnenie podania finančne náročných liekov,
 - vyčíslenie nákladov podľa jednotlivých položiek,
 - povolenie na použitie lieku vydané MZ SR, ak ide o liek, u ktorého sa vyžaduje povolenie MZ SR na použitie podľa zákona č.140/1998 Z.z. v znení neskorších predpisov,
 - kópia dokladu o nadobudnutí lieku (faktúra od dodávateľa),
 - kópie žiadaní z ústavnej lekáreň s vyznačením mena a rodného čísla poistenca.
33. Výkony finančne náročnej zdravotnej starostlivosti sú hrazené ako pripočítateľná položka k cene za ukončenú hospitalizáciu ak nie je v Zmluve uvedené inak.

B. Ústavná zdravotná starostlivosť

Maximálne úhrady zdravotníckych pomôcok (ZP) osobitne uhrádzaných v ústavnej zdravotnej starostlivosti

Maximálne úhrady nekategorizovaných špeciálnych zdravotníckych materiálov (NŠZM)

Kód nekategorizovaného ŠZM	schvaľovanie	Názov nekategorizovaného špeciálneho zdravotníckeho materiálu	Maximálna úhrada NŠZM
120033	**	Katéter embolektomický a trombektomický	82 €
120055		Aortálna kanylá	39 €
120056		Dvojité venózne kanylá	50 €
170001	•	Kruhový stapler	322 €
170005	•	Lineárny stapler	170 €
170006	• **	Náplň do lineárneho staplera	112 €
170008	•	Stapler na hemoroidy	312 €
190001		Tracheotomická kanylá plastová dvojplášťová	48 €
Vysvetlivky:			0 €
R	schvaľuje revízný lekár pobočky		0 €
RR	schvaľuje revízný lekár generálneho riaditeľstva		0 €
•	ZP nie je schvaľovaná vopred, RL pobočky vykoná kontrolu vykázaných ZP na konci kalendárneho štvrtroka		0 €
**	možné použiť viac kusov pre jedného pacienta		0 €

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 filtrom do 300 ml	140 €
204061		zberná nádoba s gelom a filtrom do 500 ml	154 €
204062		zberná nádoba s gelom a filtrom do 800 ml	168 €
204063		príslušenstvo k systému (konektory, hadičky, pásky)	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 €