

**Dodatok č. 32**

**k Zmluve č. 10NSP2000114**

**Čl. 1**

**Zmluvné strany**

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

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

Zastúpená: Ing. Miroslavom Vaďurom, 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 Trenčíne,

Ing. Roman Herman

Adresa krajskej pobočky: Partizánska 2315, 911 01 Trenčín

Bankové spojenie:

Číslo účtu:

**(ďalej len „poisťovňa“)**

**a**

**2. Nemocnica s poliklinikou Považská Bystrica**

so sídlom: Nemocničná 986, 017 26 Považská Bystrica

Zastúpený: Ing. Peter Rendek, riaditeľ

Identifikátor poskytovateľa: P50945

IČO: 00610411

Bankové spojenie:

Číslo účtu:

**(ďalej len „poskytovateľ“)**

**uzatvárajú**

tento dodatok k Zmluve č. 10NSP2000114 (ďalej len „zmluva“)

**Čl. 2**

**Predmet dodatku**

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

1. Príloha č. 1 zmluvy - Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti sa od 1.4.2016 nahrádza novým znením. Nové znenie Prílohy č.1 zmluvy tvorí prílohu č. 1 tohto dodatku.
2. Príloha č. 2 zmluvy - Rozsah zdravotnej starostlivosti sa od 1.4.2016 nahrádza novým znením. Nové znenie Prílohy č. 2 zmluvy tvorí prílohu č. 2 tohto dodatku.

**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 6.4.2016

Za poskytovateľa:

  
KRAJSKÁ ZDRAVOTNÁ POISŤOVNA  
s.r.o.

Za poisťovňu:

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

**Príloha č. 1  
k Zmluve č. 10NSP2000114**

**Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti  
od 1.4.2016 do 30.9.2016**

**A. Ambulantná zdravotná starostlivosť**

**Všeobecné ustanovenia**

**Kapitácia**

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

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

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

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

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

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

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

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

**Úhrada za výkony vyjadrená cenou bodu**

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

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

**Úhrada za výkony vyjadrená cenou za výkon**

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

**Osobitné ustanovenia**

**Individuálna dodatková kapitácia**

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

**Individuálna pripočítateľná položka**

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

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

#### Koeficient efektívnosti

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

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

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

Tabuľka č. 1 Ukazovatele pre výpočet KEF pre špecializačný odbor

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

#### Výpočet ukazovateľov

- poisťovňa vypočíta hodnotu ukazovateľa pre každého z poskytovateľov, ktorí poskytujú zdravotnú starostlivosť v rovnakom špecializačnom odbore, pričom počet hodnôt zodpovedá počtu poskytovateľov, a to predstavuje 100 % hodnôt;
- poisťovňa takto vypočítané hodnoty zoradí od najnižšej po najvyššiu;
- prvých 20% hodnôt a posledných 20% hodnôt z celkového počtu hodnôt sa vylúči z výpočtu a zo zostávajúcich 60% hodnôt poisťovňa vypočíta strednú hodnotu a štandardnú odchýlku ukazovateľa;
- prostredníctvom strednej hodnoty a štandardnej odchýlky poisťovňa vypočíta dolnú hranicu, ktorá zodpovedá strednej hodnote zníženej o štandardnú odchýlku a hornú hranicu, ktorá zodpovedá strednej hodnote zvýšenej o štandardnú odchýlku. Dolná a horná hranica definujú tri pásma pre hodnotenie ukazovateľa. Hodnota ukazovateľa poskytovateľa v špecializačnom odbore sa nachádza buď pod dolnou hranicou (v dolnom pásme), medzi dolnou hranicou a hornou hranicou (v strednom pásme), alebo nad hornou hranicou (v hornom pásme);
- ak sa hodnota ukazovateľa poskytovateľa v špecializačnom odbore nachádza v pásme, v ktorom je ukazovateľ vyhodnotený ako splnený, je mu priradená percentuálna váha príslušného ukazovateľa. V opačnom prípade je váha ukazovateľa 0%.

## Ukazovatele, pásma plnenia a váhy ukazovateľov

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

<b>Gynekológia a pôrodnictvo</b>					
P.č.	Ukazovateľ	Plnenie ukazovateľa			Váha splneného ukazovateľa v %
		Dolné pásmo	Stredné pásmo	Horné pásmo	
1.	Priemerný počet návštev na kapítovaného poistenca	nesplnený	splnený	splnený	30
2.	Náklady na lieky na ošetrovaného poistenca	splnený	splnený	nesplnený	40
3.	Náklady na SVLZ na ošetrovaného poistenca	splnený	splnený	nesplnený	30
<b>Všetky špecializačné odbory ŠAS (typ ZS 200 a 210)</b>					
P.č.	Ukazovateľ	Plnenie ukazovateľa			Váha splneného ukazovateľa v %
		Dolné pásmo	Stredné pásmo	Horné pásmo	
1.	Náklady na výkony na ošetrovaného poistenca	splnený	splnený	nesplnený	30
2.	Náklady na lieky na ošetrovaného poistenca	splnený	splnený	nesplnený	35
3.	Náklady na SVLZ na ošetrovaného poistenca	splnený	splnený	nesplnený	35

### Výpočet ceny IDK

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

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

Pre účely výpočtu IDK poskytovateľa v špecializačnom odbore sa pre obdobie od 1.4.2016 do 30.9.2016 uplatní hodnota KEF uvedená v Tabuľke č. 3.

### Výpočet ceny IPP

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

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

Pre účely výpočtu IPP poskytovateľa v špecializačnom odbore sa pre obdobie od 1.4.2016 do 30.9.2016 uplatní hodnota KEF uvedená v Tabuľke č. 3.

Tabuľka č. 3 Hodnota KEF v špecializačnom odbore

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

### Koeficient preventívnej starostlivosti

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

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

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

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

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

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

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

Špecializačný odbor	Vybrané výkony	Hodnota KPS
Gynekológia a pôrodníctvo	157	≥ 38%

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

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

Špecializačný odbor	Nárok na zvýhodnenú cenu bodu preventívnych zdravotných výkonov
Gynekológia a pôrodníctvo	nie

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

## 1. Špecializovaná ambulantná starostlivosť

### 1.1 Špecializovaná ambulantná starostlivosť v odbore gynekológia a pôrodníctvo:

#### Cena kapitácie

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

#### Základ pre výpočet IDK

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

#### IDK na obdobie od 1.4.2016 do 30.9.2016

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

#### Cena bodu:

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

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

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

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

## 1.2 Špecializovaná ambulancia starostlivosť – vrátane UPS:

### Cena bodu:

výkony z I. časti Zoznamu výkonov okrem výkonov ambulancie UPS a centrálneho príjmu	0,0219 €
	* 0,022 €
úhrada vybraných výkonov z I. časti Zoznamu výkonov :	0,0219 €
- výkon č. 60 sa uhrádza vo výške zodpovedajúcej 420 bodom,	
- výkon č. 62 sa uhrádza vo výške zodpovedajúcej 270 bodom,	* 0,022 €
- výkon č. 63 sa uhrádza vo výške zodpovedajúcej 210 bodom.	
- výkon č. 765p - odstránenie jedného polypu pomocou vysokofrekvenčnej elektrickej slučky (elektrických klieští - hot biopsy) – preventívny výkon – uhrádza sa vo výške zodpovedajúcej 946 bodom - výkon sa vykazuje s diagnózou Z12.1	0,0219 €
	* 0,022 €
výkony z I. časti Zoznamu výkonov – výkony ambulancie UPS a centrálneho príjmu okrem odboru stomatológia	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 gastroenterológia	0,04 €
	* 0,041 €
výkon 15d v počte bodov 150 v odbornosti chirurgia, traumatológia, ortopédia, pneumológia, ORL a reumatológia - zhodnotenie rtg. dokumentácie, ak nie je vykonané pracoviskom RTG, vrátane popisu v zdravotnej dokumentácii.	0,0219 €
	* 0,022 €

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

### Základ pre výpočet IPP k vybraným výkonom

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

### IPP k vybraným výkonom na obdobie od 1.4.2016 do 30.9.2016

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

### Cena za výkon:

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

**Cena za výkon v type ZS 302:**

Kód výkonu	Názov výkonu	Maximálna cena v €
H5556	<b>Expektácia pediatrického pacienta na pracovisku urgentného príjmu</b>	180,00
<p>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.</p>		
Kód výkonu	Názov výkonu	Maximálna cena v €
H5558	<b>Expektácia pacienta na pracovisku urgentného príjmu</b>	98,00
<p>Pod expektáciou pacienta na pracovisku urgentného príjmu sa rozumie poskytnutie ústavnej zdravotnej starostlivosti, trvajúce minimálne 2 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 pacientov, kde nie je predpokladaná potreba hospitalizácie nad 24 hodín a je potrebné poskytovať zdravotnú starostlivosť na lôžku. Cena zahŕňa komplexne poskytnutú ZS, vrátane konziliárnych vyšetrení, spotrebovaných liekov (vrátane A liekov) a ZP. 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. Výkon je hradený poskytovateľovi ÚZS, ktorý spĺňa podmienky uvedené v platnom Výnose MZSR o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení pre oddelenia urgentného príjmu.</p>		

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

Kód výkonu	Názov výkonu	odbornosť	JZS /OHV cena výkonu v €	podmienky schvaľovania
1390	operácia sivého zákalu s implantáciou umelej vnútroočnej šošovky	015	450	
1391	sekundárna implantácia intraokulárnej šošovky do prednej očnej komory alebo do sulcus ciliare	015	450	
1392	sekundárna implantácia intraokulárnej šošovky transsklerálnou fixáciou	015	450	
1393	operácia sekundárnej katarakty	015	400	
1394	repozícia implantovanej umelej vnútroočnej šošovky	015	400	
8501A	operácia prietrží bez použitia sieťky	010	440	
8501B	operácia jednoduchých prietrží s použitím sieťky	010	800	
8501C	laparoskopická operácia jednoduchých prietrží	010	700	
8502	transrektálna polypektómia	010	525	
8506	artroskopická operácia subakromiálneho impingement syndrómu	011	600	
8507	operácia pourazovej paraatikulárnej burzitídy vo všetkých lokalizáciách	011	600	
8508	operačná mobilizácia kontraktúry stuhnutého kĺbu	011	600	



8509	operačná dynamizácia vnútrodreňových klincov	011	440	
8510	operačná repozícia jednoduchých zlomenín v celkovej anestéze	011	440	
8511	operačné riešenie pollex saltans	011	440	
8512	operačné riešenie fractúra metacarpi	011	500	
8513	operačné riešenie epicondylitis radialis	011	400	
8514	operačné riešenie epicondylitis ulnaris	011	400	
8516	operačné riešenie fractúra capitis radii	011	500	
8517	operačné riešenie synovitis cubiti	011	420	
8518	operačné riešenie luxatio acromioclavicularis	011	600	
8519	operačné riešenie fractura claviculae	011	600	
8520	operačné riešenie abruptio tuberculi majoris et minoris humeri	011	600	
8521	operačné riešenie decompressio subacromialis	011	600	
8522	operačné riešenie instabilitas glanohumeralis	011	600	
8523	operačné riešenie ruptúry rotátorovej manžety	011	600	
8524	operačné riešenie SLAP - lezia (poškodenie labrum glenoidale)	011	600	
8525	operačné riešenie hallux valgus bez použitia ŠZM	011	600	
8527	operačné riešenie digitus hammatu	011	500	
8528	operačné riešenie digitus malleus	011	500	
8529	operačné riešenie digitus supraductus	011	500	
8530	operačné riešenie metatarsus I.varus	011	500	
8531	operačné riešenie morbus Laderhose	011	500	
8532	operačné riešenie neuralgie Mortoni	011	500	
8533	artroskopické výkony v lakťovom zhybe	011	1 100	
8534	artroskopické výkony v ramennom zhybe bez použitia vstrebatel'ného fixačného materiálu	011	1 200	
8534A	artroskopické výkony v ramennom zhybe s použitím vstrebatel'ného fixačného materiálu	011	1 400	
8535	artroskopické výkony v kolennom zhybe bez použitia vstrebatel'ného fixačného materiálu	011	1 200	
8535A	artroskopické výkony v kolennom zhybe s použitím vstrebatel'ného fixačného materiálu	011	1 400	
8536	artroskopické výkony v členkovom zhybe	011	1 200	
8537	operačná extrakcia osteosyntetického materiálu a vonkajších fixátorov v anestézii	010, 011	440	
8538	exstirpácia sakrálneho dermoidu	010	440	
8539	operácia varixov dolných končatín	010	440	
8540	operácia análnych fistúl a/alebo fisúr	010	440	
8542	operácia ruptúry Achilovej šlachy	011	600	
8546	discízia ligamentum carpi transversum s epineurolyzou nervus medianus	011	400	
8547	exstirpácia a excízia benigných a maligných nádorov kože, podkožia a svaly	010, 011	120	
8548	tenolýza šlachy	011	400	

8549	sutúra šľachy	011	500	
8550	voľný šľachový transplantát	011	440	
8551	transpozícia šľachy	011	400	
8552	operácia malých kĺbov ruky - artrolýza	011	400	
8553	operácia malých kĺbov ruky - artrodéza	011	400	
8564	laparoskopická cholecystektómia	010	700	
8565	operácia hemoroidov	010	600	
8566	odstránenie hemoroidov elasticou ligatúrou	010	110	
8567	vytvorenie alebo rekonštrukcia arteriovenózneho fistuly pri chronickej liečbe hemodialýzou	010	600	
8570	transpozícia nervus ulnaris	011	297	
8571	exstirpácia lymfatických uzlín	010, 009	250	
8572	exstirpácia nehmatného benigného nádoru prsnej žľazy verifikovaného zobrazovacou metódou	009, 010	400	
8573	exstirpácia gangliómu	010, 011	100	
8575	amputácia prsta pre gangrénu	010	250	
8576	laparoskopické výkony diagnostické	010, 009	500	
8577	laparoskopická apendektómia	010	700	
8578	artroskopické výkony v zápästí	011	1 280	
8582	operácia Dupuytrenovej kontraktúry - punkčná fasciektómia	011	420	
8583	operácia Dupuytrenovej kontraktúry - parciálna fasciektómia	011	450	
8584	operácia Dupuytrenovej kontraktúry - totálna fasciektómia	011	500	
8585	discízia ligamentum carpi transversum bez epineurolyzy nervus medianus	011	400	
8586	endoskopické vyšetrenie v celkovej anestézii	010	300	
8587	zrušenie arteriovenózneho fistuly	010	260	
8588	nekrektómie	010	150	
8611	konizácia cervixu	009	440	
8612	excízia vulvy - len ako terapeutický zákrok v CA	009	440	
8613	exstirpácia cýst glandule vestibularis - Bartolinskej žľazy	009	400	
8614	kordocentéza	009	310	
8615	amnioinfúzia	009	310	
8619	resekcia vaginálneho septa	009	350	
8620	hysteroskopia (+ prípadná resekcia uterinného septa)	009	500	
8623	sterilizácia ženy zo zdravotných dôvodov	009	360	Výkon musí byť schválený RL GR pred poskytnutím zdravotnej starostlivosti
8624	laparoscopia s adheziolýzou (rozrušenie zrástov)	009	500	
8625	salpingostómia - laparoskopicky	009	500	
8626	salpingektómia - laparoskopicky	009	500	
8627	ovariálna cystektómia -laparoskopicky	009	500	
8628	oophorektómia - laparoskopicky	009	500	
8629	ablácia endometriotických ložísk - laparoskopicky	009	550	

8630	kolpoperineoplastika (zadná pošvová plastika bez použitia sieťky )	009	450	
8631	uretrálna suspenzia (s použitím suburetrálnej pásky) na liečbu stresovej inkontinencie alebo pri vezikorenálnom refluxe	009	500	
8634	kyretáž vrátane dilatácie	009	383	
8635	amniocentéza - pod USG kontrolou	009	145	
8640	ablácia cervikálneho polypu	009	308	
8641	adnexektómia - laparoskopicky	009	500	
8642	myomektómia - laparoskopicky	009	500	
8643	predná pošvová plastika	009	450	
8648	prerušenie tehotenstva zo zdravotných dôvodov	009	339	
8660A	hysteroskopia v kombinácii s inými výkonmi v odbornosti	009	700	
8662A	laparoscopia v kombinácii s inými výkonmi v odbornosti	009	700	
8700	operácia strabizmu zo zdravotných dôvodov	015	320	
8701	plastické operácie na mihalniciach (ektropium, entropium, blefarochalázia) zo zdravotných dôvodov	015	320	Výkon musí byť schvalený RL GR pred poskytnutím zdravotnej starostlivosti, súčasťou žiadosti je aj fotodokumentácia a počítačovo vyhotovený periméter
8704	excimer - laserové operácie rohovky len zo zdravotných indikácií (indiačné kritérium: anizometropia od 3,5 D a v prípade rohovkových lézií)	015	400	
8707	operácia pterygia - ablácia a plastika	015	260	
8708	operácia nádorov mihalnic	015	300	
8709	operácia nádorov spojovky	015	300	
8722	explantácia a reimplantácia umelej vnútroočnej šošovky	015	406	
8800	endoskopická adenotómia	014	470	
8801	tonzilektómia	014	522	
8802	tonzilotómia	014	345	
8803	uvulopalatoplastika	014	375	
8804	plastika oroantrálnej komunikácie	014	355	
8805	extrakcia kameňa submandibulárnej žľazy	014	315	
8806	exstirpácia sublinguálnej slinnej žľazy	014	335	
8808	Parciálna exstirpácia malého tumoru príušnej žľazy	014	385	
8809	endoskopická chordektómia	014	295	
8810	endoskopická laterofixácia	014	345	
8815	turbinoplastika	014	478	
8819	operácia stenózy zvukovodu okrem atrézie	014	365	
8820	myringoplastika	014	650	
8821	tympanoplastika bez protézy	014	650	
8823	stapedoplastika	014	800	
8824	sanačná operácia stredného ucha	014	515	
8825	adenotómia	014	245	
8826	mikrochirurgické výkony na hrtane	014	500	

8827	septoplastika - operácia nosovej priehradky (podmienkou je zdravotná indikácia výkonu)	014	380	
8829	plastika nosovej chlopne	014	395	
8830	funkčná endoskopická sinusová chirurgia (FESS)	014	800	
8831	operácia prínosovej dutiny vonkajším prístupom	014	475	
8834	frenulotómia	014	198	
8835	transpozícia vývodu submandibulárnej slinnej žľazy pri sialolitíaze a stenóze vývodu	014	380	
8836	diagnostická mikroendoskopia hrtana	014	305	
8838	diagnostická excízia z tumoru nosohltana	014	330	
8840	korekcia nosového krídla vložení chrupkového transplantátu, auto- alebo alotransplantátu	014	520	
8841	endoskopická operácia prínosových dutín	014	700	
8842	dakryocystorinostómia	014	490	
8843	dekompresia orbity	014	454	
8844	rekonštrukcia dna orbity pri blow-out fraktúre	014	468	
8849	funkčná septorinoplastika	014	339	
8850	endoskopická adetonómia + tonzilektómia	014	720	
8851	endoskopická adenotómia + tonzilotómia	014	646	
8852	tonzilektómia + uvulopalatoplastika	014	710	
8854	turbinoplastika + funkčná endoskopická sinusová chirurgia (FEES)	014	850	
8855	turbinoplastika + septoplastika	014	668	
8856	turbinoplastika + rekonštrukcia perforácie septa nosa	014	750	
8857	septoplastika + funkčná endoskopická sinusová chirurgia (FEES)	014	900	
8858	operácia stenózy zvukovodu (plastika zvukovodu) + tympanoplastika	014	1 044	
8859	rekonštrukcia perforácie nosového septa	014	430	
8909	operácia fimózy - cirkumcizia zo zdravotných dôvodov	010	345	
8929	operačná repozícia parafimózy	010	250	
9254	operácia venter pendulum zo zdravotných dôvodov	010	255	Výkon musí byť schvalený RL GR pred poskytnutím zdravotnej starostlivosti, súčasťou žiadosti je aj fotodokumentácia
9255	operácia diastázy priamych brušných svalov	010	395	
8706A	operácia glaukómu filtračná	015	415	
8706B	operácia glaukómu laserom	015	305	
8706C	operácia glaukómu kryom	015	279	
8833	aurikuloplastika zo zdravotných dôvodov	014	252	Výkon musí byť schvalený RL GR pred poskytnutím zdravotnej starostlivosti, súčasťou žiadosti je aj fotodokumentácia
9300	diagnostická biopsia kože, podkožia a svalov v celkovej anestéze u detí	010, 011	150	

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

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

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

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

Súčasťou výkonov hradených osobitným spôsobom je:

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

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

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

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

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

Ku kódom nižšie uvedených výkonov poisťovňa uhradí poskytovateľovi cenu vo výške skutočných nadobúdacích nákladov ŠZM, maximálne však vo výške úhrady kategorizovaného a nekategorizovaného ŠZM so stanovenou maximálnou tzv. pripočítateľnou položkou (ďalej len „pripočítateľná položka“), ktorá je zverejnená na webovej stránke poisťovne, v súlade s indikačnými kritériami:

- ku kódom výkonov č. 1390, 1391, 1392, v odbore oftalmológia sa hradí ako pripočítateľná položka vnútroočná šošovka,
- ku kódu výkonu č. 8631 v odbore gynekológia sa hradí ako pripočítateľná položka suburetrálna páska na liečbu stresovej inkontinencie,
- ku kódu výkonu 8501B v odbore chirurgia sa hradí ako pripočítateľná položka kategorizovaný ŠZM - Sietka antiadhezívna - veľkosť nad 12 cm, z podskupiny XH1.2.

### 3. 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:**

	Cena za ošetrovací deň v €
Neurologický stacionár	13,88
Psychiatrický stacionár	13,88
Dermatovenerologický stacionár	13,88
Hematologický stacionár	13,88

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

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

**SVLZ – laboratórne:**

Kód odbornosti	Špecializačný odbor	Cena bodu v €
029	Patologická anatómia	0,005992
029	Patologická anatómia č. výkonu 9980 / 1000 bodov	0,006639
031	Hematológia a transfuziológia – nepretržitá prevádzka	0,006639
034	Klinická mikrobiológia – prevádzka do 24 hod.	0,005975

**SVLZ – zobrazovacie:**

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

**SVLZ – ostatné:**

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

Pokiaľ poskytovateľ použije pri poskytovaní SVLZ výkonov v rádiológii, CT a MR diagnostike špeciálny zdravotnícky materiál (ďalej len „ŠZM“) uvedený v Zozname kategorizovaných špeciálnych zdravotníckych materiálov (ďalej len „Zoznam kategorizovaných ŠZM“) alebo nekategorizovaný ŠZM, poisťovňa uhradí poskytovateľovi cenu vo výške skutočných nadobúdacích nákladov ŠZM, maximálne však vo výške uvedenej v tabuľke „Maximálne ceny úhrady pripočítateľných RD kódov, stentov a stentgraftov v rádiológii“. V cene RD kódu je zahrnutý všetok použitý ŠZM. Poskytovateľ okrem RD kódu, kódu stentu/stentgraftu s cenou použitého ŠZM, vykáže aj kódy použitého ŠZM podľa Zoznamu kategorizovaných ŠZM ako pripočítateľnú položku s nulovou cenou.

**Maximálne ceny pripočítateľných položiek k výkonom SVLZ:****a) Maximálne ceny pripočítateľných RD kódov v rádiológii:**

Kód výkonu	Počet bodov za výkon	Názov výkonu	Kód RD	Max. cena kódu RD v €	Kód stentu/stentgraftu	Max. cena stentov/stentgraftov v €/ks
<b>I. Rádiologická diagnostika</b>						
<b>1. Intervenčná rádiológia</b>						
5153a	5 000	Punkcia alebo biopsia pod USG kontrolou	RD052	100		

**b) Maximálne ceny pripočítateľných položiek - PACS archivácie pri výkonoch v rádiológii (RTG typ ZS 400)****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 ošetrovací deň (OD):**

Odbornosť oddelenia	Názov oddelenia	Cena za OD v €
<b>205</b>	<b>Oddelenie dlhodobo chorých</b>  Podmienky úhrady: - poisťovňa bude akceptovať úhradu za OD len v prípade, ak bude trvanie hospitalizácie viac ako 10 dní a maximálne 60 dní vrátane, - v prípade trvania hospitalizácie nad 60 dní je možná úhrada OD len na základe žiadosti poskytovateľa a predchádzajúcom súhlase revízneho lekára s miestom výkonu práce v sídle miestne príslušnej pobočky VŠZP poskytovateľa. Tlačivo „Žiadosť o predĺženie poskytovania ústavnej ZS v LDCH/ODCH“ je zverejnené na stránke <a href="http://www.vszp.sk">www.vszp.sk</a> , - v prípade, že bude trvanie hospitalizácie 10 a menej dní, bude uhradená cena OD vo výške 50 %, okrem ukončenia hospitalizácie exitom pacienta alebo neodkladným prekladom pacienta na iné pracovisko/oddelenie - v cene OD sú zahrnuté náklady za rehabilitáciu poskytovanú na lôžku pacienta	<b>60,00</b>

**Cena za ukončenie hospitalizácie (UH):**

Odbornosť oddelenia	Názov oddelenia	Cena za UH v €
001	vnútorné oddelenie	718,00
196	JIS interné lekárstvo	718,00
004	neuroológia	631,00
201	JIS neuroológia	631,00
005	psychiatria	1 044,00
007	pediatria	518,00
009	gynekológia a pôrodnictvo	586,00
010	chirurgia	770,00
202	JIS chirurgia	770,00
011	ortopédia	900,00
018	dermatovenerológia	480,00
025	anesteziológia a intenzívna medicína	3 090,00
051	neonatólogia	419,00
334	paliatívna medicína	713,00

**Príplatok k ukončenej hospitalizácii:**

Odbornosť oddelenia	Názov oddelenia	Cena v €
025	OAIM	2 000, 00

Na OAIM sa k cene ukončenej hospitalizácie hradí príplatok za súčasného splnenia nasledovných podmienok:

- dĺžka hospitalizácie bola v trvaní 7dní a viac,
- zdravotný stav poistenca vyžadoval kontinuálnu podporu základných životných funkcií prístrojom.

**Ceny diagnosticko-terapeutických výkonov:**

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

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

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

Kód výkonu	Názov výkonu	Cena za výkon všeob. nemocnice 2. zvýhod.
130101	Implantácia cementovanej TEP bedra, cena zahŕňa náklady na použité ŠZM, hospitalizáciu na oddelení, na ktorom bola implantovaná TEP, prípadne hospitalizáciu na jednotke intenzívnej starostlivosti bezprostredne súvisiacu s implantáciou TEP	1 925 €
130103	Implantácia necementovanej TEP bedra, cena zahŕňa náklady na použité ŠZM - TEP, hospitalizáciu na oddelení, na ktorom bola implantovaná TEP, prípadne hospitalizáciu na jednotke intenzívnej starostlivosti bezprostredne súvisiacu s implantáciou TEP	3 625 €
130102	Implantácia hybridnej TEP bedra, cena zahŕňa náklady na použité ŠZM - TEP, hospitalizáciu na oddelení, na ktorom bola implantovaná TEP, prípadne hospitalizáciu na jednotke intenzívnej starostlivosti bezprostredne súvisiacu s implantáciou TEP	2 725 €
130109	Implantácia cementovanej TEP kolena, cena zahŕňa náklady na použité ŠZM - TEP, hospitalizáciu na oddelení, na ktorom bola implantovaná TEP, prípadne hospitalizáciu na jednotke intenzívnej starostlivosti bezprostredne súvisiacu s implantáciou TEP	3 275 €
130111	Implantácia necementovanej TEP kolena, cena zahŕňa náklady na použité ŠZM - TEP, hospitalizáciu na oddelení, na ktorom bola implantovaná TEP, prípadne hospitalizáciu na jednotke intenzívnej starostlivosti bezprostredne súvisiacu s implantáciou TEP	4 525 €
130110	Implantácia hybridnej TEP kolena, cena zahŕňa náklady na použité ŠZM - TEP, hospitalizáciu na oddelení, na ktorom bola implantovaná TEP, prípadne hospitalizáciu na jednotke intenzívnej starostlivosti bezprostredne súvisiacu s implantáciou TEP	3 575 €

V cene výkonov uhrádzaných v ústavnej zdravotnej starostlivosti sú zahrnuté všetky náklady na použité zdravotnícke pomôcky. Uvedené ceny výkonov platia pre komplexnú plánovanú aj neodkladnú zdravotnú starostlivosť v špecializačnom odbore ortopédia alebo traumatológia.  
Poskytovateľ vykazuje výkony v dátovom rozhraní pre ústavnú starostlivosť v dávke 274n ako pripočítateľnú položku v príslušnej cene k ukončenej hospitalizácii s nulovou cenou a zároveň vykáže kód použitého ŠZM podľa kategorizačného zoznamu (uvedeného na webovej stránke MZ SR) s nulovou cenou.

**Cena UH JIS**

Cena UH JIS je zahrnutá v cene za ukončenú hospitalizáciu príslušného oddelenia, pokiaľ v zmluve nie je uvedené inak.

Poistovňa uhradí ukončenú hospitalizáciu príslušnej odbornosti nasledovne:

- v prípade prekladu z oddelenia na JIS príslušnej odbornosti, na ktorej je ukončené poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti, akceptuje hospitalizáciu na oddelení s nulovou cenou a hospitalizáciu na JIS uhradí zmluvne dohodnutou cenou,



- v prípade prekladu z JIS na oddelenie príslušnej odbornosti, na ktorom je ukončené poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti, akceptuje hospitalizáciu na JIS s nulovou cenou a hospitalizáciu na oddelení príslušnej odbornosti uhradí zmluvne dohodnutou cenou,
- v prípade hospitalizácie len na JIS, uhradí poisťovňa ukončenú hospitalizáciu zmluvne dohodnutou cenou.

### **Príplatok k cene UH**

Príplatok k cene UH (ďalej len „BON“) sa uhrádza ako pripočítateľná položka vo vybraných chirurgických odboroch vrátane príslušných kódov odborností JIS (kódy vybraných chirurgických odborov: 009, 010, 011) pri ukončenej hospitalizácii vo výške max. 400 € k cene UH základného oddelenia za súčasného splnenia nasledovných podmienok:

- 1) dĺžka hospitalizácie vrátane JIS bola v trvaní **viac ako 72 hodín**,
- 2) pri operačnom výkone bola podaná celková alebo regionálna anestézia za účasti anestéziologického tímu, uvedená v platnom Metodickom usmernení ÚDZS pod kódom ANST<sub>12</sub>, ANST<sub>13</sub>, ANST<sub>01</sub>, ANST<sub>02</sub> a ANST<sub>03</sub>. Poskytovateľ podané anestézie vykáže s nulovou cenou ako pripočítateľnú položku k cene UH,
- 3) ukončená hospitalizácia bola vykázaná v dávke 274n platného dátového rozhrania podľa Metodického usmernenia ÚDZS, ktorá je v uvedených vybraných položkách vyplnená nasledovne:
  - v položke 21 - TYP VÝKONU – uvádza sa znak „O“ (operačný) alebo „K“ (kombinácia výkonu operačného a intervenčnej rádiológie),
  - v položke 22 - KÓD OPERAČNÉHO VÝKONU – uvádza sa kód operačného výkonu podľa zoznamu výkonov dodaných poisťovňou v elektronickej forme (ZZV\_VsZP\_1). Kód operačného výkonu sa zadáva v tvare bez použitia bodky,
- 4) pripočítateľná položka BON bola vykázaná v samostatnom riadku za vetou, kde bola vykázaná ukončená hospitalizácia v dávke 274n platného dátového rozhrania podľa Metodického usmernenia ÚDZS, ktorá je v uvedených vybraných položkách vyplnená nasledovne:
  - v položke 6 - DEŇ NÁSTUPU – uvedie sa deň ukončenia hospitalizácie,
  - v položke 11 - PRIPOČÍTEĽNÉ POLOŽKY - uvedie sa znak BON,
  - v položke 12 - MNOŽSTVO – uvedie sa znak 1,
  - v položke 13 - CENA - uvedie sa cena max. 400 €,
  - v položke 25 - TYP HOSPITALIZÁCIE – uvedie sa znak „Z“ (vykázaná pripočítateľná položka),
  - v položke 26 - DÁTUM Z ČAKACEJ LISTINY – uvedie sa skutočný dátum operačného výkonu (nepovinná položka),
- 5) pripočítateľná položka BON sa vykazuje a hradí až pri ukončenej hospitalizácii,
- 6) pripočítateľná položka BON sa neuhrádza pri operačných výkonoch resp. zákrokoch, ktoré sú súčasťou výkonov jednodňovej zdravotnej starostlivosti uvedené v Odbornom usmernení MZ SR č. 42 o výkonoch JZS zo dňa 18.08.2009, číslo 12225/2009-OZS, uverejneného vo Vestníku MZ SR dňa 31. augusta 2009, Čiastka 33-39, Ročník 57.

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

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

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

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

1. UZS je poskytovaná poistencovi, ktorého zdravotný stav vyžaduje nepretržité poskytovanie zdravotnej starostlivosti dlhšie ako 24 hodín. Neodkladná UZS je poskytovaná aj bez odporúčania iného ošetrojúceho lekára. Odkladná (plánovaná) UZS je poskytovaná na základe odporúčania ošetrojúceho lekára poistenca a odôvodnenia prijatia do UZS.
2. Poisťovňa uhradí za hospitalizáciu dlhšiu ako 24 hodín cenu za ukončenú hospitalizáciu alebo cenu za ošetrovaní deň, to neplatí v prípade výkonov hradených osobitným spôsobom. Cena za ukončenú hospitalizáciu sa uhrádza za oddelenie, na ktorom bola poistencovi poskytovaná zdravotná starostlivosť dlhšie ako 24 hodín.
3. Cena za ukončenú hospitalizáciu a cena za ošetrovací deň zahŕňa všetky náklady a úhradu za komplexnú poskytnutú starostlivosť, pokiaľ ďalej nie je uvedené inak.
4. Ak bol poistenec prijatý na lôžkové oddelenie na poskytovanie UZS, hospitalizácia však nebola dlhšia ako 24 hodín, je poskytovateľ oprávnený vykázať 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' poisťovní hospitalizáciu a pripočítateľné položky, ktoré boli poskytnuté poistencovi počas poskytovania ústavnej zdravotnej starostlivosti v dávke ústavnej starostlivosti. V tomto prípade má poskytovateľ nárok na úhradu vo výške 50% ceny za ukončenú hospitalizáciu.
6. Ak bol poistenec prijatý na lôžkové oddelenie na poskytovanie UZS, hospitalizácia však nebola dlhšia ako 1 hodinu v dôsledku úmrtia poistenca, je poskytovateľ oprávnený 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. Hospitalizácia bude považovaná za odôvodnenú, ak zdravotný stav poistenca vyžadoval nepretržitú intenzívnu starostlivosť najvyššieho alebo vyššieho stupňa pri zlyhaní alebo zlyhávaní jednej alebo viacerých životných funkcií a orgánových systémov, podporu jednej alebo viacerých základných životných funkcií počas najmenej 24 hodín hospitalizácie na oddelení, nepretržité neinvazívne, ev. invazívne monitorovanie všetkých životných funkcií, vrátane záznamu, opakované sledovanie rozšírených hematologických a biochemických parametrov, opakované intervencie pre poruchu funkcie orgánových systémov alebo vnútorného prostredia. Za prístrojové udržiavanie životných funkcií sa nepovažuje krátkodobá umelá pľúcna ventilácia poistencov po anestézii. Pri posudzovaní odôvodnenosti hospitalizácie poistenca bude poisťovňa ako pomocné kritérium uplatňovať TISS skórovací systém (Therapeutic Intervention Scoring System). Hospitalizácia na oddelení pediatickej intenzívnej starostlivosti bude považovaná za odôvodnenú, ak zdravotný stav poistenca vyžadoval nepretržitú intenzívnu starostlivosť stredného alebo vyššieho stupňa pri hroziacej poruche jednej alebo viacerých životných funkcií a orgánových systémov počas najmenej 24 hodín hospitalizácie na oddelení, nepretržité monitorovanie najmenej dvoch životných funkcií, vnútro žilovú infúziu liečbu, nepretržité sledovanie zdravotného stavu poistenca, bilanciu príjmu a výdaja tekutín, vrátane hodinovej diurézy, indikované laboratórne sledovanie základných hematologických a biochemických parametrov najmenej 1x denne a vedenie osobitnej dokumentácie (dokumentácia musí obsahovať písomné zdôvodnenie indikácie intenzívnej starostlivosti lekárom, ktorý žiada prijatie na oddelenie pediatickej intenzívnej starostlivosti). Pri posudzovaní odôvodnenosti hospitalizácie poistenca bude poisťovňa ako pomocné kritérium uplatňovať TISS skórovací systém (Therapeutic Intervention Scoring System).
8. Ak je poistenec hospitalizovaný za účelom plánovaného poskytnutia operačného výkonu a tento nie je z akýchkoľvek dôvodov vykonaný, poisťovňa neuhradí cenu ukončenej hospitalizácie. Poskytovateľ je oprávnený vykázat' v dávke ambulantnej starostlivosti rovnakej odbornosti poskytnutie výkonu s kódom 60a.
9. Poskytovateľ môže prijať na geriatrické oddelenie poistenca, ktorý v čase začatia hospitalizácie dovŕšil 65-ty rok života. Na oddelenie dlhodobo chorých alebo do liečebne dlhodobo chorých možno prijať poistenca, ktorého zdravotný stav predpokladá trvanie hospitalizácie dlhšie ako 21 kalendárnych dní.
10. Hospitalizácia na oddeleniach cievnnej 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, trombektómie a embolektómie.
11. Podmienkou akceptovania hospitalizácie na oddeleniach, kde je poskytovaná liečba cytostatickými a imunomodulačnými liekmi (napr. onkológia, hematológia, urológia, pneumológia, atď.) a jej úhrady je, že lieky podávané počas hospitalizácie neboli predpísané na lekársky predpis.
12. Na oddeleniach paliatívnej starostlivosti, jednotkách paliatívnej medicíny a hospicoch je poskytovaná paliatívna starostlivosť poistencom s chronickou nevyliciteľnou, pokročilou a aktívne progredujúcou chorobou s časovo obmedzeným prežívaním a terminálna starostlivosť zomierajúcim poistencom.
13. Vysokošpecializované ústavy môžu prijímať poistencov len s ochoreniami, na ktoré je ústav špecializovaný.
14. Poskytovateľ môže poistenca, ktorému poskytuje UZS, preložiť na iné oddelenie toho istého zdravotníckeho zariadenia len v prípade, ak zdravotný stav poistenca nevyhnutne vyžaduje hospitalizáciu na inom oddelení.
15. Opakovaná hospitalizácia na rovnakom oddelení počas jedného súvislého poskytovania UZS sa považuje za jednu pokračujúcu hospitalizáciu na príslušnom oddelení. Preklad z oddelenia na oddelenia z dôvodu poskytnutia výkonu, vyšetrenia, ošetrovania, ktoré hospitalizáciu na ďalšom oddelení nevyžaduje, nebude poisťovňou 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 a výkonov špecializovanej ambulantnej starostlivosti, ktoré nesúvisia s ochorením resp. Dg. hospitalizovaného pacienta.
19. Poisťovňa počas hospitalizácie poistenca neuhradí osobitne SVLZ výkony rovnakej odbornosti ako je odbornosť oddelenia, na ktorom je poistenec hospitalizovaný (napr. radiačná onkológia, fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia, výkony funkčnej diagnostiky prislúchajúce odbornosti lôžkového oddelenia).

20. 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 neskorších predpisov (ďalej len „vyhláška“) vedie pre poskytovateľa zoznam poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti (ďalej len „zoznam“) osobitne podľa súpisu vybraných chorôb a s nimi súvisiacich zdravotných výkonov.
21. Poskytovateľ pri vykonávaní výkonov plánovanej zdravotnej starostlivosti dodržiava poradie poistencov v zozname, ktorý je oznamovaný poskytovateľovi poisťovňou.
22. Ak poskytovateľ pri vykonávaní výkonov plánovanej zdravotnej starostlivosti poskytol výkon poistencovi nezariadenému do zoznamu alebo nedodržiaval poradie poistencov v zozname, poisťovňa poskytovateľovi uhradí maximálne 25% z ceny ukončenej hospitalizácie na príslušnom oddelení prípadne z maximálnej úhrady výkonov uhrádzaných v ústavnej zdravotnej starostlivosti („balíčkové ceny TEP“).
23. Ustanovenie bodu 22 tohto článku sa neuplatní ak sa jedná o neodkladnú zdravotnú starostlivosť podľa § 2 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. alebo ak bolo uprednostnenie v zozname vopred odsúhlasené poisťovňou.
24. Pokiaľ poskytovateľ použije pri poskytovaní ústavnej zdravotnej starostlivosti ŠZM uvedený v Zozname kategorizovaných špeciálnych zdravotníckych materiálov (ďalej len „Zoznam kategorizovaných ŠZM“) alebo nekategorizovaný ŠZM, poisťovňa uhradí poskytovateľovi cenu vo výške skutočných nadobúdacích nákladov ŠZM, maximálne však vo výške úhrady kategorizovaného a nekategorizovaného ŠZM so stanovenou maximálnou tzv. pripočítateľnou položkou (ďalej len „pripočítateľná položka“) osobitne uhrádzanou v ústavnej starostlivosti, ktorý je zverejnený na webovej stránke poisťovne, v súlade s indikačnými kritériami. Pokiaľ maximálna cena ŠZM nie je uvedená v zmluve, uhradí poisťovňa maximálne cenu uvedenú v Zozname kategorizovaných ŠZM. Rozdiel medzi cenou, za ktorú poskytovateľ ŠZM obstaral a cenou, ktorú poisťovňa uhradila, je v cene výkonu alebo v cene ukončenej hospitalizácie.
25. Poskytovateľ vykazuje kategorizovaný ŠZM s kódom uvedeným v Zozname kategorizovaných ŠZM pod názvom „kód MZ SR“ a nekategorizovaný ŠZM s kódom uvedeným v zmluve. Ak je v zmluve uvedená skratka R alebo RR alebo v Zozname kategorizovaného ŠZM uvedená podmienka súhlasu poisťovne, poskytovateľ vyplní a zašle poisťovni na schválenie žiadosť uverejnenú na webovej stránke poisťovne pod názvom „Žiadosť o úhradu špeciálneho zdravotníckeho materiálu.“
26. Pripustky počas hospitalizácie sú akceptované výlučne na psychiatrickom oddelení psychiatrickej nemocnice, psychiatrickej liečebne alebo centra pre liečbu drogovzo závislých, v ktorých je poskytovanie zdravotnej starostlivosti uhrádzané formou dohodnutej ceny za ošetrovací deň. Dni, počas ktorých je poistenec na pripustke, sú zdravotníckemu zariadeniu uhrádzané v dĺžke najviac 3 dni vo výške 30% ceny ošetrovacieho dňa, pričom celkový stanovený zmluvný rozsah výkonov sa musí dodržať.
27. Po ukončení hospitalizácie je poskytovateľ povinný vyhotoviť prepúšťaciu správu (táto zásada platí aj pri preklade pacienta na iné oddelenie), ktorá okrem komplexného zhodnotenia zdravotného stavu poistencov a súhrnu výkonov poskytnutej zdravotnej starostlivosti musí obsahovať aj:
  - a) zoznam liekov, ktoré poskytovateľ podal poistencovi počas hospitalizácie,
  - b) zoznam liekov a zdravotníckych pomôcok, ktoré poskytovateľ odporúča predpisovať poistencovi po ukončení hospitalizácie,
  - c) mená a kódy lekárov - špecialistov, ktorí odporúčali predpísanie liekov za podmienky dodržania preskripčných a indikačných obmedzení,
  - d) medicínske zdôvodnenie prekladu na iné oddelenie, resp. do iného zdravotníckeho zariadenia.
  - e) dátum a čas začiatku a ukončenia hospitalizácie
28. Poskytovateľ je povinný na žiadosť poisťovne umožniť nahliadnutie do evidencie nozokomiálnych nákaz na jednotlivých oddeleniach v zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti, prehľadov sledovania rezistencie jednotlivých mikrobiálnych kmeňov, ústavných liekových formulárov, spotreby antibiotík resp. iných liekov, zaradenia poistencov do klinického výskumu.
29. Zabezpečovanie, schvaľovanie a vykazovanie osobitne uhrádzaných ŠZM:
  - a. Zdravotnícke zariadenie je povinné použiť ekonomicky a kvalitatívne najvýhodnejší druh ŠZM a na požiadanie poisťovne dokladovať účelnosť a efektívnosť vynaloženia prostriedkov verejného zdravotného poistenia pri nákupe ŠZM.
  - b. Zmluvné zdravotnícke zariadenie pri plánovanom poskytnutí ŠZM, ktorého úhrada vyžaduje schválenie poskytnutia vopred, podá Žiadosť o schválenie poskytnutia a úhrady ŠZM (ďalej len „žiadosť“) v dvoch vyhotoveniach zmluvnej pobočke (schvaľovanie označené symbolom „R“) resp. Odboru zdravotnému a revíznemu generálneho riaditeľstva poisťovne (schvaľovanie ŠZM označené symbolom „RR“). Vzor žiadosti je uverejnený na internetovej stránke poisťovne.
30. Postup pri schvaľovaní a uhrádzaní finančne nákladných liekov v UZZ
  - a. Poisťovňa považuje za finančne náročnú liečbu podanie lieku ako jedinej terapeutickej alternatívy, ktorá bola použitá v súlade s SPC a súčasne s indikačnými a preskripčnými obmedzeniami podľa aktuálneho Zoznamu kategorizovaných liekov. Poskytovateľ môže požiadať o úhradu finančne náročnej liečby, ak náklady na podanie jedného lieku alebo skupiny liekov prevýšia cenu ukončenej hospitalizácie. Ak je pri poskytovaní ústavnej zdravotnej starostlivosti pacient hospitalizovaný na viacerých oddeleniach, uvedený postup sa vzťahuje na oddelenie, ktoré liečbu indikovalo. Požiadavku na úhradu si môže uplatniť poskytovateľ až po ukončení hospitalizácie.
  - b. Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti zasiela žiadosť o úhradu finančne náročnej liečby Generálnemu riaditeľstvu poisťovne - 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. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,
  - kópia dokladu o nadobudnutí lieku (faktúra od dodávateľa),
  - kópie žiadaniek z ústavnej lekárne s vyznačením mena a rodného čísla poistenca.
31. Výkony finančne náročnej zdravotnej starostlivosti sú hradené ako pripočítateľná položka k cene za ukončenú hospitalizáciu ak nie je v Zmluve uvedené inak.

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

1. Poskytovateľ je povinný prostredníctvom ePobočky posielat' poisťovni najmenej jedenkrát počas pracovného dňa údaje potrebné na vedenie zoznamu poistencov za účelom poskytnutia ústavnej zdravotnej starostlivosti (ďalej len: „hospitalizácia“) vrátane osobitne hradených výkonov – OHV, diagnosticko – terapeutických výkonov, balíčkových TEP a vybraných operačných výkonov uhrádzaných v ústavnej starostlivosti (ďalej len „výkony uhrádzané v ústavnej starostlivosti“), v štruktúre (dátovom rozhraní – dávka 901) určenej poisťovňou a zverejnenej na internetovej stránke poisťovne; to neplatí, ak poskytovateľ počas pracovného dňa neprijal na hospitalizáciu ani neukončil hospitalizáciu žiadneho pacienta.
2. Poisťovňa je povinná vyjadriť sa k nahláseným plánovaným hospitalizáciám poskytovateľa do dvoch týždňov od ich nahlásenia.
3. Poisťovňa je povinná na požiadanie poskytnúť poskytovateľovi programové vybavenie programu eHospik. Poskytovateľ môže namiesto programu eHospik použiť vlastné programové vybavenie, ktoré vytvára dávku 901.
4. Poskytovateľ, ktorý prijal pacienta na hospitalizáciu v dôsledku potreby poskytnúť mu neodkladnú zdravotnú starostlivosť, je povinný oznámiť túto skutočnosť poisťovni prostredníctvom dávky 901 najneskôr v pracovný deň bezprostredne nasledujúci po dni začatia hospitalizácie.
5. Poskytovateľ je povinný v zdravotnej dokumentácii pacienta vyznačiť dátum a hodinu začatia hospitalizácie, dátum a hodinu ukončenia hospitalizácie. Poskytovateľ je ďalej povinný oznámiť poisťovni prostredníctvom dávky 901 začatie aj ukončenie hospitalizácie pacienta.
6. Poskytovateľ prijme pacienta na hospitalizáciu na poskytovanie plánovanej zdravotnej starostlivosti počas dňa, ktorý poisťovňa určí v súhlase, alebo kedykoľvek po tomto dni; ak takýto deň poisťovňa v súhlase neurčila, tak najskôr v deň udelenia súhlasu. Poskytovateľ nesmie prijať pacienta na hospitalizáciu na poskytovanie plánovanej zdravotnej starostlivosti, ak mu poisťovňa neudelila súhlas na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti pacientovi alebo skôr, než v deň určený poisťovňou v súhlase. Poskytovateľ je povinný prijať pacienta na hospitalizáciu na poskytovanie plánovanej zdravotnej starostlivosti najneskôr do 3 mesiacov odo dňa určeného poisťovňou v súhlase.
7. Opakovaná hospitalizácia poistenca na rovnakom oddelení u poskytovateľa počas jedného súvislého poskytovania ústavnej starostlivosti sa považuje za jednu hospitalizáciu na príslušnom oddelení a poskytovateľovi patrí len jedna úhrada za ukončenú hospitalizáciu na príslušnom oddelení.
8. Za hospitalizáciu, ktorou poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť v rozpore s bodmi 1, 4, 5 alebo 6 tejto časti, poisťovňa poskytovateľovi uhradí 25% z ceny ukončenej hospitalizácie na príslušnom oddelení, alebo z ceny výkonov uhrádzaných v ústavnej starostlivosti.
9. Zasielaním údajov o hospitalizáciách alebo akceptovaním hospitalizácie v dávke 901 nie sú dotknuté ustanovenia uvedené v časti „Podmienky akceptácie a úhrady ústavnej zdravotnej starostlivosti“.

## Maximálne ceny pripočítateľných položiek v ústavnej starostlivosti:

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

1. Úhrada pripočítateľných položiek - kategorizovaný ŠZM

Poisťovňa uhradza poskytovateľovi ústavnej zdravotnej starostlivosti za ukončenú hospitalizáciu sumu, ktorej súčasťou je aj cena ŠZM ako pripočítateľná položka. VŠZP uhradza celú cenu ŠZM, za ktorú ho poskytovateľ ústavnej zdravotnej starostlivosti obstaral. V prípade, že obstarávacia cena je vyššia ako stanovená maximálna pripočítateľná položka VŠZP uvedená v zozname, ktorý je zverejnený na webovej

stránke poisťovne pod názvom „Zoznam kategorizovaného ŠZM so stanovenou maximálnou tzv. pripočítateľnou položkou“, rozdiel je súčasťou ceny za ukončenú hospitalizáciu. Uvedeným nie je dotknutý prípadný doplatok pacienta, ktorý môže byť maximálne do výšky uvedenej v aktuálnom zozname kategorizovaného ŠZM, vydávanom Ministerstvom zdravotníctva SR.

## 2. Úhrada pripočítateľných položiek - nekategorizovaný ŠZM

Poisťovňa uhrádza nekategorizovaný ŠZM do maximálnej výšky pripočítateľnej položky uvedenej v zozname, ktorý je zverejnený na webovej stránke poisťovne pod názvom „Zoznam nekategorizovaného ŠZM so stanovenou maximálnou pripočítateľnou položkou“ (ďalej len „Zoznam NŠZM“). Nekategorizovaný ŠZM bude uhrádzaný v nasledovnom zmluvnom rozsahu, okrem ŠZM, ktorý sa stane kategorizovaným:

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

Cena za 1 kilometer podľa typu prevozu:

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

### Typ prevozu INF

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

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

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

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

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

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

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

### Nad rámec ceny za kilometer sa uhrádza:

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

### Podmienky akceptovania dopravnej služby:

1. Dopravca zabezpečuje dopravu prostredníctvom dispečingu, ktorý dopravu organizuje a vykonáva spojovacie činnosti medzi žiadateľom a dispečingom, dispečingom a vodičmi, zostavuje a aktualizuje plán jednotlivých jazd a kontroluje plnenie príkazov na jazdu. Dispečerom môže byť iba kvalifikovaný zdravotnícky pracovník zvládajúci manažment nepretržitej prevádzky a mimoriadnych situácií.

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

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

**Príloha č. 2**  
**k Zmluve č. 10NSP2000114**

**Rozsah zdravotnej starostlivosti**  
**od 1.4.2016 do 30.9.2016**

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

**I. VECNÝ ROZSAH PREDMETU ZMLUVY**

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

<b>Druh zdravotníckeho zariadenia</b>		<b>všeobecná nemocnica</b>		
<b>Miesto prevádzky:</b> Nemocničná 986, 017 26 Považská Bystrica				
<b>Druh a forma zdravotnej starostlivosti podľa Čl. 2 Zmluvy "Predmet zmluvy"</b>				
<b>1.</b>	<b>ambulantná zdravotná starostlivosť</b>			
		<b>druh</b>	<b>odbornosť ambulancií / (časť kódov poskytovateľa "yzz")</b>	<b>typ ZS</b>
	<i>špecializovaná</i>	špecializovaná gynekologická	009/(201)	103
			001/(202,203,204)	
			002/(201)	
			003/(201, 202)	
			004/(201, 202, 203, 204)	
			005/(201, 202, 203)	
			007/(201)	
			009/(202)	
			010/(201, 202, 203)	
			011/(202)	
			014/(201)	
			015/(201, 202)	
			018/(201, 202)	
			025/(201)	
			027/(201)	
		031/(201, 202)		
		040/(201)		
		046/(201)		
		048/(201)		
		049/(201, 202)		
		050/(201)		
		060/(201)		
		064/(201)		
		104/(201)		
		105/(201)		
		špecializovaná	144/(201)	200
			001/(801)	
			004/(801)	
			005/(801)	
			007/(801)	
			009/(801)	
			010/(801)	
			011/(801)	
		UPS - ústavná pohotovostná služba	025/(801)	
			184/(801)	302
	<i>jednodňová zdravotná starostlivosť</i>		009/(401)	
			010/(401)	
			011/(401)	
			014/(401)	
			015/(401)	222

		004/(601) 005/(601) 018/(601) 031/(601)	604	
	stacionár			
	SVLZ – spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky	zobrazovacie 023/(501) 595/(501)	400	
		funkčná diagnostika 187/(501)	400	
		FBLR 027/(501)	400	
		laboratórne 029/(501) 034/(501) 031/(501)	400	
<b>2. ústavná zdravotná starostlivosť</b>				
		<b>odbornosť oddelení/ (časť kódu poskytovateľa "yzz" )</b>	<b>typ ZS</b>	
	nemocnica všeobecná	001/(101) 004/(101) 005/(101) 007/(101) 009/(101) 010/(101) 011/(101) 018/(101) 025/(101) 051/(101) 196/(101) 201/(101) 202/(101) 334/(101)	601	
		205/(101)	603	
<b>3. lekárenská starostlivosť</b>				
			<b>odbornosť/ (časť kódu poskytovateľa "yzz" )</b>	<b>typ ZS</b>
		lekárneš	160/(301)	701
<b>4. služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti</b>				
			<b>odbornosť/ (časť kódu poskytovateľa "yzz" )</b>	<b>typ ZS</b>
		Doprava	183/(301)	800

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

## II. MAXIMÁLNY ROZSAH ÚHRADY ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

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

### 1. Špecializovaná ambulantná starostlivosť

Typ ZS	zdravotná starostlivosť	mesačný zmluvný rozsah v €
200, 302	špecializovaná, ÚPS – ústavná pohotovostná služba	77 089,00

### 2. Ambulantná starostlivosť

Typ ZS	zdravotná starostlivosť	mesačný zmluvný rozsah v €
604	stacionár - ošetrovacie dni	7 000,00



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

Typ ZS	zdravotná starostlivosť	zmluvný rozsah v €
400	SVLZ laboratórne, zobrazovacie, iné - mesačný zmluvný rozsah	71 824,00
400	SVLZ laboratórne, zobrazovacie, iné – polročný zmluvný rozsah	430 944,00

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

### 4. Ústavná zdravotná starostlivosť

Typ ZS	zdravotná starostlivosť	mesačný zmluvný rozsah v €
601	ŠZM osobitne uhrádzaný (okrem ICD a podtlakovej terapie pri hojení rán)	6 800,00
601	ŠZM osobitne uhrádzaný pri hojení rán podtlakovou terapiou	5 000,00
603	oddelenie dlhodobochorých - ošetrovacie dni	28 320,00

### 5. Služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti

Typ ZS	zdravotná starostlivosť	mesačný zmluvný rozsah v €
800	dopravná služba	1 500,00

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

## III. ÚHRADA NAD „MAXIMÁLNY ROZSAH ÚHRADY ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI“

Nad rámec maximálneho rozsahu úhrady zdravotnej starostlivosti sa uhrádza:

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