

Dodatok č. 9

k Zmluve č. 33NSP2000411

Čl. 1 Zmluvné strany

1. Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.

so sídlom: Mamateyova 17, 850 05 Bratislava,
Zastúpená: Ing. Marcelom Foraiom, MPH, predsedom predstavenstva
IČO: 35 937 874
IČ DPH: SK2022027040
Zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I., oddiel Sa,
vložka číslo: 3602/B
Osoba oprávnená konať vo veci zmluvy o poskytovaní a úhrade zdravotnej
starostlivosti: riaditeľ krajskej pobočky v Žiline, JUDr. Miroslav K o v á ě
Adresa krajskej pobočky: P. O. Hviezdoslava 26, 010 01 Žilina
Bankové spojenie: Štátna pokladnica
Číslo účtu: 7000182387/8180
(ďalej len „poisťovňa“)

a

2. Dolnooravská nemocnica s poliklinikou MUDr. L. Nádaši Jégého Dolný Kubín

so sídlom: ul. Nemocničná 1944/10, 026 14 Dolný Kubín
Zastúpený: PhDr. Jozefom Mintálom, riaditeľom
Identifikátor poskytovateľa: P51283
IČO: 00634905
Bankové spojenie: Dexia banka Slovensko, a.s.
Číslo účtu: 4052076101/5600
(ďalej len „poskytovateľ“)

uzatvárajú

tento dodatok k Zmluve č. 33NSP2000411 (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, časť II. – MAXIMÁLNY ROZSAH ÚHRADY ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI sa od 1. 1. 2013 do 30. 6. 2013 mení znenie bodu 1. Špecializovaná ambulantná starostlivosť a nahrádza sa nasledovným znením:

1. „Špecializovaná ambulantná starostlivosť“

Typ ZS	zdravotná starostlivosť	mesačný zmluvný rozsah
200	špecializovaná	40 555,00 €
302	UPS - ústavná pohotovostná služba	

6. V Prílohe č. 2 zmluvy – Rozsah zdravotnej starostlivosti, časť II. – MAXIMÁLNY ROZSAH ÚHRADY ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI sa od 1. 1. 2013 do 30. 6. 2013 mení znenie bodu 3. Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky a nahrádza sa nasledovným znením:

3. „Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky“

Typ ZS	zdravotná starostlivosť	mesačný zmluvný rozsah
400	Zobrazovacie okrem CT	127 093,00 €
400	Laboratórne	
420	CT - počítačová tomografia	28 500,00 €

7. V Prílohe č. 2 zmluvy – Rozsah zdravotnej starostlivosti, časť II. – MAXIMÁLNY ROZSAH ÚHRADY ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI sa od 1. 1. 2013 do 30. 6. 2013 mení znenie bodu 4. Ústavná zdravotná starostlivosť a nahrádza sa nasledovným znením:

4. „Ústavná zdravotná starostlivosť“

Typ ZS	zdravotná starostlivosť	mesačný zmluvný rozsah
601	ukončené hospitalizácie	330 475,26 €
222	výkony hrazené osobitným spôsobom (OHV)	32 545,58 €
601	zdravotnícke pomôcky osobitne uhrádzané	6 000,00 €

8. V prílohe č. 2 Rozsah zdravotnej starostlivosti, časť III. ÚHRADA NAD „MAXIMÁLNY ROZSAH ÚHRADY ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI“ sa dopĺňa bod č. 7 nasledovného znenia:

„7. Poisťovňa v záujme zvyšovania kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti a zlepšenia dostupnosti zdravotnej starostlivosti pre pacienta, uhradí poskytovateľovi nad rámec maximálneho rozsahu úhrady zdravotnej starostlivosti vopred odsúhlasené výkony uvedené

v prílohe č. 1 Cena a podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti, časť B Ústavná zdravotná starostlivosť bod „Maximálne úhrady výkonov uhrádzaných v ústavnej zdravotnej starostlivosti“.

Podmienkou úhrady uvedených výkonov je:

- predchádzajúci písomný súhlas poisťovne, v ktorom poisťovňa uvedie identifikáciu poistenca, kód a názov výkonu hrazeného v ústavnej zdravotnej starostlivosti, platnosť súhlasu a prípadné ďalšie podmienky úhrady,
- poskytnutie zdravotnej starostlivosti poskytovateľom na základe súhlasu poisťovne, pričom poskytovateľ bude dbať na účelné, efektívne a hospodárne vynakladanie prostriedkov verejného zdravotného poistenia a bude dodržiavať poradie poistencov čakajúcich na poskytnutie zdravotnej starostlivosti s ohľadom na ich zdravotný stav .
- vykázanie výkonov poskytovateľom v položke **"Prípochítateľné položky"** platného dátového rozhrania pre ústavnú zdravotnú starostlivosť.

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

9. V Prílohe č. 3 zmluvy - Kritéria na uzatváranie zmlúv sa dátum platnosti „31.3.2013“ nahrádza dátumom „30.6.2013“.

Čl. 3 Záverečné ustanovenia

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

V Žiline dňa 31. 12. 2012

**Príloha č. 1
k Zmluve č. 33NSP2000411**

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

1.1. 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 pristrojovou 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. 760sp, 760sn, 760pp, 760pn, 763sp, 763sn, 763pp a 763pn v odbornosti 001 a 010	0,030472 €

Preventívne výkony – skrining kolorektálneho karcinómu

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

endoskopu pomocou zobrazovacej metódy).		
---	--	--

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

3. Lekárska služba prvej pomoci (LSPP)

LSPP pre dospelých

Kód výkonu	cena za výkon v €	Názov zdravotného výkonu
4	4,75	Štandardné vyšetrenie jedného orgánového systému - kontrolné vyšetrenie. Súčasťou výkonu je anamnéza, popis terajšieho ochorenia, objektívny nález, odoslanie na laboratorne, prístrojové alebo odborné vyšetrenie - vypísanie žiadaniek, záver, vypísanie receptov, poučenie pacienta. Výkon môže vykazovať lekár všeobecnej starostlivosti podľa § 8 ods. 2 zákona pod kód 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len "lekár všeobecnej starostlivosti").
5	8,31	Štandardné fyzikálne vyšetrenie jedného orgánového systému - kontrolné vyšetrenie, na základe symptomatologickej anamnézy vrátane rady a dokumentácie cez deň v sobotu, v nedeľu, počas sviatkov a 31. decembra. Výkon môže vykazovať lekár všeobecnej starostlivosti.
6	9,49	Štandardné fyzikálne vyšetrenie jedného orgánového systému na základe symptomatologickej anamnézy vrátane rady a dokumentácie medzi 19.00 - 7.00 hodinou. Výkon môže vykazovať lekár všeobecnej starostlivosti.
8	5,93	Štandardné vyšetrenie dvoch alebo viacerých orgánových systémov. Súčasťou výkonu je anamnéza, opis terajšieho ochorenia, objektívny nález, odoslanie na laboratorne, prístrojové alebo odborné vyšetrenie - vypísanie žiadaniek, záver, vypísanie receptov, poučenie pacienta (trvanie najmenej 20 minút). Výkon môže vykazovať lekár všeobecnej starostlivosti pri dispenzárnej starostlivosti, lekár poskytujúci LSPP, ako aj lekár ZZS.
15c	2,37	Zhotovenie EKG záznamu s najmenej 12 zvodmi bez opisu.
26	11,87	Návšteva mimo riadneho pracovného času lekára, vykonaná ihneď po výzve z dôvodov ochorenia, vyžaduje sa časový údaj.
29	21,36	Návšteva v noci vyžiadaná a vykonaná medzi 22.00 a 7.00 hodinou, vyžaduje sa časový údaj o vyžiadaní a vykonaní návštevy.
30	10,68	Priplatok k výkonom pod kódmi 26 a 29 za návštevu vyžiadajú a vykonanú v sobotu, v nedeľu, počas sviatkov a 31. decembra.
64	1,66	Priplatok pri ambulantnej zdravotnej starostlivosti o
		a) pacienta ťažko mobilného, imobilného, mentálne postihnutého, dementného, zrakovo alebo sluchovo postihnutého,
		b) dieťa do veku piatich rokov možno k výkonom pod kódmi 4 až 6, 8, 60, 61, 62 a 63 vykazovať nasledujúci priplatok:
		Pri výkonoch pod kódmi 4 až 8.
71b	1,07	Krátka správa lekára lekárskej služby prvej pomoci ošetrojúcemu lekárovi.
200	1,66	Obváz s výnimkou rýchlych obväzov a sprejov, očných a ušných klapiek, trojuholníkových šatiek, hotových náplastí alebo hotových kravatových obväzov na rany. Obväzy podľa výkonu pod kódom 200 sa nemôžu nevykazovať, keď slúžia na krytie rán, ktoré vznikli lekárskeho výkonom pri tom istom ošetrení.
201	9,49	Obváz hrudníka alebo Desaultov obváz s výnimkou obväzu pupka.
204	2,37	Cirkulárny obváz hlavy, drieku, stabilizujúci obváz krku, ramenného alebo bedrového kĺbu alebo jednej končatiny cez najmenej dva kĺby ako obváz rany alebo na uvedenie končatiny do pokojného stavu, alebo kompresívny obváz, alebo zinkovo-glejový obváz.
206	1,66	Spevňujúci náplastový obváz malého kĺbu.
207	2,85	Spevňujúci náplastový obváz veľkého kĺbu.
210	1,78	Malý dlahový obváz aj ako núdzový obváz pri zlomeninách.

212	4,27	Dlahový obvaz so znehybnením najmenej dvoch veľkých kĺbov (laktového, zápästného, členkového), ako aj núdzový obvaz pri zlomeninách.
250a	1,90	Odobratie krvi venepunkciou do jednej striekačky alebo do jednej skúmavky, vrátane odberovej súpravy, za každú súpravu.
252	1,66	Injekcia intrakutánna, subkutánna, submukózna, subkonjuktiválna alebo intramuskulárna.
253	2,37	Injekcia intravenózna.
271	4,75	Infúzia intravenózna v trvaní od 10 do 30 minút.
320	3,56	Umelé dýchanie (napríklad z úst do úst, dýchanie vakom, dýchanie aparátom).
321	8,31	Umelé dýchanie a extratorakálna tlaková masáž srdca.
322	4,75	Ústna a nasotracheálna intubácia.
323	11,87	Otvorenie horných dýchacích ciest koniotómiou, koniopunkciou, prípadne aj endotracheálnou intubáciou.
330	5,22	Výplach žalúdka žalúdočnou sondou.
332	0,71	Inhalácia kyslíka vrátane inhalovaného kyslíka, za každých 30 minút.
603a	3,56	Vyhodnotenie EKG v prípade, že odborný lekár s príslušnou špecializáciou EKG len vyhodnotí. Nejde o automatické prístrojové vyhodnotenie.
1275	0,71	Odstránenie voľného cudzieho telesa zo spojovky alebo mechanická epilácia mihalnic jedného oka.
1402	2,37	Predná nosová tamponáda.
2000	2,37	Prvé ošetrenie malej rany.
2003	4,03	Prvé ošetrenie veľkej rany.
2011	5,93	Prvotné ošetrenie popáleniny I. alebo II. stupňa (ruka, noha, tvár), za každú popáleninu (toilette, debridement, topické prostriedky).
2011a	3,56	Prvotné ošetrenie popáleniny I. alebo II. stupňa do 5% povrchu tela, za každú popáleninu (toilette, debridement, topické prostriedky).
3525	0,37	Kompletný dôkaz základných patologických súčastí moču, za každú vzorku od pacienta
3526	0,26	Nekompletný dôkaz najviac troch z uvedených základných patologických súčastí moču, za každú patientsku vzorku

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

LSPP pre dospelých	0,039434 €
--------------------	------------

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

Nad rámec ceny za výkon a paušálu sa uhrádzajú:

- náklady na dopravu lekára v prípade návštevnej LSPP:

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

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

4. Záchranná zdravotná služba (ZZS)

Cena za 1 kilometer :

Typ prepravy / výjazdu:	Cena za 1km
Rýchla lekárska pomoc (RLP), rýchla lekárska pomoc – sekundárny výjazd RLP (RLPS)	0,63 €
Rýchla lekárska pomoc (RLP), rýchla lekárska pomoc – sekundárny výjazd RLP (RLPS) - pre cudzincov pochádzajúcich zo štátu, s ktorým sú uzatvorené medzištátne dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, na základe ktorých sa poskytovaná zdravotná starostlivosť uhrádza úplne alebo čiastočne z prostriedkov štátneho rozpočtu, poisťovňou z iného členského štátu Európskej únie, Nórska, Lichtenštajnska a Islandu podľa nariadení (EHS), výkonov záchranej služby uhrádzaných z prostriedkov štátneho rozpočtu podľa osobitného predpisu,11)pre poisťovňu EÚ	0,70 €

Úhrada pri preprave / výjazde RLP, RLPS, RZP, RZPS a MIJ sa realizuje za skutočný počet prejazdených kilometrov z miesta východiskovej stanice vozidla do miesta cieľovej stanice prepravy/výjazdu, vrátane najkratšej cesty späť.

Pevná cena (paušálna úhrada) :

Pevná cena (za všetkých poisťovňou na území Slovenskej republiky) za zdravotnú starostlivosť poskytovanú PZS, ktorý má povolenie na prevádzkovanie ambulancie záchranej zdravotnej služby v 24 hodinovej službe v stanici záchranej zdravotnej služby v súlade s platným Opatrením MZ SR, je 16 082,46 € mesačne na jedno vozidlo ambulancie rýchlej zdravotnej pomoci, 27 882,89 € mesačne na jedno vozidlo ambulancie rýchlej lekárskej pomoci a 30 206,47 € mesačne na jedno vozidlo ambulancie rýchlej lekárskej pomoci vrátane mobilnej intenzívnej jednotky, ktoré sú v nepretržitej prevádzke.

paušálna úhrada na 1 mesiac

výška paušálnej úhrady ako podiel poisťovne na pevnej cene je stanovená na základe percentuálneho podielu poisťovne VŠZP na celkovom počte poisťovne na území Slovenskej republiky

Nad rámec ceny za kilometer a paušálnej úhrady sa uhrádzajú:

úhrada ceny za výjazd za poisťovňu EÚ, poisťovňou podľa § 9 ods. 3 zákona č. 580/2004 Z. z. v. bezdomovcov a cudzincov vo výške	44,81 €
---	---------

5. Výkony hradené osobitným spôsobom (v ústavnej starostlivosti)

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

Výkony JZS / Výkony hradené osobitným spôsobom

Kód výkonu	Názov výkonu	maximálna cena v €	Odbornosť	Indikačné obmedzenie
8502	Transrektálna polypektómia	472,00	010	
8506	artroskopická operácia subakromiálneho impingement syndrómu (len artroskopicky)	446,00	011, 013	
8507	Operácia poúrazovej paraatikulárnej burzitídy vo všetkých lokalizáciách	252,00	011, 013	
8508	operačná mobilizácia kontraktúry stuhnutého kĺbu	426,00	011, 013	
8509	Operačná dynamizácia vnútrodreňových klincov	252,00	011, 013	
8510	Operačná repozícia jednoduchých zlomenín v celkovej anestéze	368,00	011, 013	
8511	Operačné riešenie pollex saltans	322,00	011	
8512	Operačné riešenie fractúra metacarpi	368,00	011, 013	
8513	Operačné riešenie epicondylitis radialis	299,00	011, 013	
8514	Operačné riešenie epicondylitis ulnaris	299,00	011, 013	
8516	Operačné riešenie fractúra capitis radii	373,00	011, 013	
8517	Operačné riešenie synovitis cubiti	357,00	011, 013	
8518	operačné riešenie luxatio acromioclavicularis	446,00	011, 013	
8519	operačné riešenie fractura clavicularae	446,00	011, 013	
8520	operačné riešenie abruptio tuberculi majoris et minoris humeri	446,00	011, 013	
8521	Operačné riešenie decompressio subacromialis	446,00	011, 013	

8522	operačné riešenie instabilitas glanohumeralis	446,00	011, 013
8523	operačné riešenie ruptúry rotátorovej manžety	446,00	011, 013
8524	operačné riešenie SLAP - lezia (poškodenie labrum glenoidale)	388,00	011, 013
8525	Operačné riešenie hallux valgus	373,00	011
8527	Operačné riešenie digitus hammatu	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 Mortoní	220,00	011
8533	Artroskopické výkony v lakťovom zhybe	668,00	011, 013
8534	Artroskopické výkony v ramennom zhybe	668,00	011, 013
8535	Artroskopické výkony v kolennom zhybe	668,00	011, 013
8536	Artroskopické výkony v členkovom zhybe	668,00	011, 013
8537	operačná extrakcia osteosyntetického materiálu a vonkajších fixátorov	285,00	010, 011, 013
8538	extirpácia sakrálneho dermoidu	318,00	010
8539	operácia varixov dolných končatín	395,00	010, 068
8540	operácia análnych fistúl a fisúr	340,00	010
8542	operácia ruptúry Achilovej šľachy	426,00	011, 013
8546	discízia ligamentum carpi transversum s epineurolyzou nervus medianus	329,00	011, 038
8547	extirpácia benigných a maligných nádorov kože, podkožia a svalů	65,00	010, 011, 038
8548	tenolýza šľachy	307,00	108,038, 011, 013
8549	sutúra šľachy	406,00	108,038, 011, 013
8550	voľný šľachový transplantát	325,00	108,038,011,013
8551	transpozícia šľachy	278,00	108,011, 013, 038
8552	Operácia malých kĺbov ruky - artrolýza	322,00	011
8553	Operácia malých kĺbov ruky - artrodéza	322,00	108,011
8564	Laparoskopická cholecystektómia	547,00	010
8565	operácia hemoroidov	333,00	010, 068
8566	odstránenie hemoroidov elastickou ligatúrou	65,00	010, 068
8567	vytvorenie alebo rekonštrukcia arteriovenóznejsť fistuly pri chronickej liečbe hemodialýzou	340,00	010, 068
8569	diagnostické biopsie kože, podkožia a svalov	65,00	010, 011, 013
8570	transpozícia nervus ulnaris	252,00	011
8571	extirpácia lymfatických uzlín	109,00	010
8572	extirpácia benigného nádoru prsnej žľazy	307,00	010, 017
8573	exstirpácia gangliómu	43,00	010, 011
8575	amputácia prsta pre gangrénu	98,00	010, 038
8576	laparoskopické výkony diagnostické	230,00	010
8577	laparoskopická apendektómia (pre chronické ochorenie apendixu)	510,00	010
8578	artroskopické výkony v zápästí	598,00	011, 013
8582	punkčná fasciektómia	340,00	011, 038
8583	parciálna fasciektómia	340,00	011, 038
8584	totálna fasciektómia	373,00	011, 038
8582	punkčná fasciektómia	340,00	011, 038
8583	parciálna fasciektómia	340,00	011, 038
8584	totálna fasciektómia	373,00	011, 038
8585	discízia ligamentum carpi transversum bez epineurolyzy nervus medianus	285,00	011, 038
8586	endoskopické vyšetrenie v celkovej anestézii	230,00	010, 048
8587	zrušenie arteriovenóznejsť fistuly	175,00	010, 068
8588	nekrektómie	98,00	010, 038
8611	konizácia cervixu	291,00	009
8612	Excízia vulvy - len ako terapeutický zákrok v CA	291,00	009

8613	Operácia (extirpácia) cýst glandule vestibularis - Bartolinskej žľazy	291,00	009	
8614	Kordocentéza - invazívna sonografia	265,00	009	
8615	Amnioinfúzia - 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 schvalený RL GR
8624	Rozrušenie zrástov - laparoskopicky	346,00	009	
8625	Salpingostómia - laparoskopicky	346,00	009	
8626	Salpingektómia - laparoskopicky	346,00	009	
8627	Ovariálna cystektómia laparoskopicky	346,00	009	
8628	Oophorektómia- laparoskopicky	346,00	009	
8629	ablácia endometriotických ložísk laparoskopicky	346,00	009	
8630	Kolpoperineoplastica (zadná pošvová plastika bez použitia sieťky)	362,00	009	
8631	uretrálna suspenzia (s použitím suburetrálnej pásky na liečbu stresovej inkontinencie)	362,00	009	
8634	dilatácia a kyretáž	307,00	009	
8635	amniocentéza - invazívna sonografia	93,00	009	
8640	ablácia cervikálneho polypu	263,00	009	
8641	adnexektómia - laparoskopicky	346,00	009	
8642	myomektómia -laparoskopicky	346,00	009	
8643	predná pošvová plastika	362,00	009	
8646	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 zrástov so zdravotných dôvodov (laparoskopicky)	513,00	009	
8663	8622+8624+8626+8627+8628 diagnostická laparoscopia + rozrušenie zrástov so zdravotných dôvodov (laparoskopicky)+salpingo	615,00	009	
8909	operácia fimózy - cirkumcizia zo zdravotných dôvodov	208,00	038, 010, 012	
8929	operačná repozícia parafimózy	186,00	038, 010, 012	
9248	operácia gynekomastie bez liposukcie alebo s liposukciou zo zdravotných dôvodov	310,00	038, 010	
9254	operácia venter pendulum zo zdravotných dôvodov	210,00	038, 010	
9255	operácia diastázy priamych brušných svalov	270,00	038, 010	
9256	operácia hernie prednej brušnej steny	270,00	038, 010	
9257	operácia mediálnej brušnej hernie	270,00	038, 010	
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	
8534A	Artroskopické výkony v ramennom zhybe s použitím vstrebateľného fixačného materiálu	876,00	011, 013	
8535A	artroskopické výkony v kolennom zhybe s použitím vstrebateľného fixačného materiálu	876,00	011, 013	

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

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

Súčasťou výkonov hrazených osobitným spôsobom je:

- a) komplexné vyšetrenie pacienta lekárom, ktorý poskytne osobitne hrazený výkon,
- b) poskytnutie osobitne hrazeného výkonu podľa zdravotnej indikácie,
- c) poskytnutie anestézie počas osobitne hrazených výkonov,
- d) použitie zdravotníckych pomôcok (ďalej len „ŠZM“), ak nie je v zmluve uvedené inak,
- e) následné zabezpečenie potrebnej zdravotnej starostlivosti anesteziológom 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 hrazeným výkonom sa neuhrádzajú ŠZM nad rámec výkonu okrem ŠZM:

- a) suburetrálna páska pri liečbe stresovej inkontinencie v odbore 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.

K výkonu hrazenému osobitným spôsobom č. 8631 gynekológia a pôrodnictvo sa hradia ako pripočítateľné položky reálne náklady na nákup suburetrálnej pásky na liečbu stresovej inkontinencie, maximálne však do sumy 550 € .

6. Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky (SVLZ)

SVLZ - Laboratórne

Kód odbornosti	Špecializačný odbor	Cena bodu v €
024	Klinická biochémia – nepretržitá prevádzka	0,006307
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
CT – počítačová tomografia – typ ZS 420 – nepretržitá prevádzka	0,006307

SVLZ - Ostatné

Špecializačný odbor	Cena bodu v €
výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ) z časti FYZIATRIA BALNEOTERAPIA A LIEČEBNÁ REHABILITÁCIA s kódmi č.: 509a, 512, 513, 514a, 516, 518, 522, 523a, 530, 531, 532, 533a, 540, 541, 542;	0,011618
výkony z II. časti Zoznamu výkonov (výkony SVLZ okrem vybraných výkonov) z časti FYZIATRIA BALNEOTERAPIA A LIEČEBNÁ REHABILITÁCIA	0,007303
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 a CT diagnostike materiál uvedený v tabuľke Maximálne ceny pripočítateľných položiek, poisťovňa uhradí náklady, ktoré poskytovateľ vynaložil na obstaranie takého materiálu, maximálne však vo výške uvedenej v tabuľke.

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

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
I. Rádiologická diagnostika						
1. Zuby a čeluste						
5000	160	Intraorálna snímka zubov - každá snímka				
5001	400	Panoramatická snímka (snímky) hornej a dolnej čeluste, za každú čelusť				
5002	500	Panoramatická vrstvomá snímka (snímky) hornej a dolnej čeluste (ortopantogram), za každú čelusť				
5003	650	Špeciálna projekcia časti čeluste alebo sánky, za každú časť. Vykonanie špeciálnej projekcie časti čeluste je účtovateľné podľa výkonu pod kódom 5023.				
5004	100	Bitewingova projekcia				
2. Skelet (kostra)						
5010	800	Lebka prehľadne v dvoch rovinách				
5011	500	Paranasálne dutiny				
5012	300	Časti lebky v špeciálnych projekciách, každá projekcia spolu so zrovnávacou projekciou				
5015	500	Kostený thorax v jednej rovine				
5016	700	Kostený thorax v dvoch rovinách				
5020	650	Končatiny alebo ich časti najmenej v dvoch rovinách				
5021	350	Priplatok k výkonu pod kódom 5020 alebo pod kódom 5022 za jednu alebo viac dodatočných snímok na preskúšanie väzivového aparátu základného kĺbu palca, ramenného kĺbu, kolenného kĺbu alebo členkového kĺbu				
5022	800	Časti ramenného pletenca alebo panvy najmenej v dvoch rovinách				
5023	300	Časti skeletu v jednej rovine, každá rovina zobrazenia				

5024	500	Štandardné natívne vyšetrenie panvy v AP prípadne PA projekcii. Okrem výkonu pod kódom 5024 sa ďalšie čiastkové snímky panvy (každá časť) účtujú podľa výkonu pod kódom 5023.				
5025	800	Artrografia, vrátane skiaskopie, ramenných a kolenných kĺbov, za každú projekciu	RD001	8,30		
5030	700	Základné vyšetrenie jedného úseku chrbtice (cervikálna, hrudná, lumbálna) - dvojrovinné.				
5031	1 300	Celková snímka chrbtice u detí				
5032	1 300	Dynamické vyšetrenie niektorého úseku chrbtice (štandardne 4 snímky)				
5033	400	Sacroiliakálne zhyby				
5035	2 400	Perimyelografia	RD001	8,30		
3. Vnútorné orgány						
5050	650	Krčné orgány alebo ústna spodina				
5051	500	Štandardné vyšetrenie hrudných orgánov v PA alebo AP projekcii, aj kostného hemithoraxu				
5052	700	Hrudné orgány, prehľad vrátane skiaskopie				
5053	1 500	Hrudné orgány v dvoch rovinách (po podaní kontrastnej látky pod skiaskopickou kontrolou)				
5056	500	Hrudné orgány, cielená snímka				
5060	500	Štandardné vyšetrenie brucha v PA alebo AP projekcii				
5061	600	Brucho - natívne vyšetrenie najmenej v dvoch prípadoch viacerých postaveniach				
5062	500	Cielená snímka brucha				
5065	800	Vyšetrenie žlčových ciest po operácii po aplikácii kontrastnej látky cez T dren				
5070	2 200	Kontrastné vyšetrenie pažeráka ako samostatný výkon vrátane skiaskopie				
5071	4 500	Dvojkontrastné vyšetrenie horného úseku gastrointestinálneho traktu (štandardné vyšetrenie sa vykonáva v hypotonizácii)				
5072	550	Rozšírenie výkonu pod kódom 5071 až po ileocekálnu oblasť vrátane skiaskopie				
5075	5 700	Irigografické vyšetrenie dvojkontrastné	RD002	11,62		
5076	6 200	Vyšetrenie tenkého čreva - enteroklýza (duodeno-jejunálne ústiacou sondou pri aplikácii kontrastnej látky do sondy, vrátane skiaskopie)	RD003	140,08		
5077	1 500	Príplatok k výkonu pod kódom 5075 pri kontrastnom vyšetrení u dieťaťa do 14 rokov a ďalšia bonifikácia pri reпозиčných výkonoch pri invaginácii u dieťaťa do piatich rokov				
5080	2 200	Kontrastné vyšetrenie močového traktu (intravenózna vylučovacia urografia)				
5081	1 800	Kontrastné vyšetrenie močovej trubice alebo močového mechúra (uretrocystografia) po retrográdnom podaní kontrastnej látky	RD004	26,56		
5082	2 000	Refluxná cystografia vrátane mikčného vyšetrenia ako samostatný výkon	RD004	26,56		
5083	2 000	Kontrastné vyšetrenie močovej trubice alebo močového mechúra (uretrocystografia) u dieťaťa	RD004	26,56		

5090	3 000	Kontrastné vyšetrenie maternice alebo vajcovodov (hysterosalpingografia) vrátane skiaskopie	RD004	26,56		
5092	1 500	Mamografia bilaterálna (štandardná mamografia - v dvoch projekciách každý prsník aj so zobrazením axil)				
5092a	800	Mamografia unilaterálna - v dvoch projekciách so zobrazením axily				
5092b	500	Doplnkové mamografické projekcie				
5092c	1 500	Mamografia - vrátane lokalizácie patologického procesu pred operáciou				
5093	2 200	Duktografia	RD004	26,56		
5095	1 800	Röntgenové vyšetrenie systémov, ktoré vznikli prirodzene alebo následkom choroby, vyšetrenie dutín, fistúl (napríklad sialografia, kavernografia, vezikulografia, retrográdna urografia)	RD004	26,56		
4. cievy						
5100	24 000	AG mozgových ciev Seldingerovou technikou (ST)	RD005	473,01		
5101	22 000	AG aorty alebo pľúcnice, alebo dolnej dutej žily	RD006	297,09		
5102	22 000	AG niektorej z tepien odstupujúcich z aorty	RD007	325,30		
5103	20 000	Aortoarteriografia končatín Seldingerovou technikou	RD008	382,73		
5104	25 000	AG a odber venóznej krvi z nadobličiek alebo obličiek alebo z dolných petróznych sinusov alebo peripankreatických žíl transhepatálnym prístupom	RD008	382,73		
5106	18 000	Perkutánná AG dolnej končatiny	RD009	93,61		
5108	2 900	Flebografia vén horných alebo dolných končatín alebo hornej dutej žily	RD010	11,95		
5110	22 000	Angiokardiografia, jedna séria	RD011	220,08		
5111	25 000	Angiokardiografia, dve série	RD012	265,55		
5112	27 000	Angiokardiografia, viac ako dve série	RD013	298,75		
5120	20 000	Koronarografia, jedna séria	RD014	265,55		
5121	25 000	Koronarografia, dve série	RD015	298,75		
5122	27 000	Koronarografia, viac ako dve série	RD016	331,94		
5130	4 000	Lymfografia	RD017	89,62		
5. Intervenčná rádiológia						
5144	10 000	PRT (Periradikulárna terapia)	RD053	7		
5151	6 400	Punkcia alebo biopsia pod skiaskopickou kontrolou	RD052	100		
5151a	8 000	Drenáž pod skiaskopickou kontrolou	RD074	315		
5152a	10 000	Punkcia alebo biopsia pod CT kontrolou	RD052	100		
5153a	5 000	Punkcia alebo biopsia pod USG kontrolou	RD052	100		
5153b	4 000	Drenáž pod USG kontrolou	RD079	425		
5156	6 400	Stereobiopsia prsníka	RD083	100		
7. Počítačová tomografia						
5200	15 000	CT v oblasti hlavy	RD091	61,74		
5201	14 000	CT v oblasti krku	RD091	61,74		
5202	18 000	CT v oblasti hrudníka	RD091	61,74		
5203	18 000	CT v oblasti brucha	RD091	61,74		

5204	16 000	CT v oblasti malej panvy	RD091	61,74		
5204a	36 000	CT v oblasti hrudníka, brucha (v jednom sedení)	RD091	61,74		
5204b	54 000	CT v oblasti hrudníka, brucha a panvy (v jednom sedení)	RD091	61,74		
5204c	40 000	CT u polytraumatického pacienta alebo pri stagingu nádorových ochorení (hlava, chrbtica, hrudník, brucho a panva)	RD091	61,74		
5204d	10 000	CT v oblasti muskuloskeletálneho systému	RD091	61,74		
5204e	13 000	CT medzistavcových priestorov (do troch priestorov)	RD091	61,74		
5205	3 500	Trojrovinne a volumetrická rekonštrukcia (možno vykázat k výkonom pod kódmi 5200 až 5204e)				
5206	20 000	CT angiografia	RD091	61,74		
5206a	7 000	CT denzitometria	RD000			
5206b	15 000	CT artrografia (vykonáva sa po predchádzajúcom vyšetrení CT skeletu v oblasti záujmu)	RD092	49,79		
5207	8 000	HRCT pľúc	RD000			
5207a	12 000	Kvantitatívna histogramová analýza pľúc. Vykonáva sa pre potreby dôkazu pneumokoniózu pre posudzovanie validity.	RD091	61,74		
5208	15 000	CT stereotaxia mozgu	RD091	61,74		
5209	30 000	Kardio CT výkon sa vykonáva na prístrojoch od 16 MFCT	RD091	61,74		
5210	8 000	CT vyšetrenie na kvantifikáciu množstva kalcia (calcium scoring). Výkon sa vykazuje zdravotnej poisťovni so súhlasom revízneho lekára.				
5211	20 000	Virtuálna bronchoskopia	RD000			
5212	20 000	Virtuálna kolonoskopia	RD092	49,79		
5212a	20 000	Virtuálne CT iných orgánov	RD091	61,74		

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

Filmové materiály

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

FOTO16	Snímok rozmer 5 x 7 (axiálna projekcia)	2,32
FOTO17	Snímok rozmer 18 x 43	0,86
FOTO18	Snímok rozmer 20 x 40	0,93

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

B. Ústavná zdravotná starostlivosť

Cena za ukončenú hospitalizáciu (UH):

Odbornosť oddelenia	Názov oddelenia	Cena za UH v €
001	vnútorné lekárstvo	503,35
004	neuroológia	508,70
007	pediatria	438,08
009	gynekológia a pôrodníctvo	487,96
010	chirurgia	610,00
011	ortopédia	809,80
025	OAIM	2 696,50
051	neonatológia	338,57
196	JIS - interná	720,03
199	JIS pediatrická	622,12
201	JIS neurologická	728,05
205	dlhodobo chorých - 21 a viac dní hospitalizácie	1 055,47
205	dlhodobo chorých - hospitalizácia do 20 dní	527,74
625	JIS - centrálna	905,56

Cena za ukončenú hospitalizáciu, ošetrovací deň v ústavnej zdravotnej starostlivosti

- 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.
- Poisťovňa 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.
- Cena za ukončenú hospitalizáciu a cena za ošetrovací deň zahŕňa všetky náklady a úhradu za komplexnú poskytnutú starostlivosť, pokiaľ ďalej nie je uvedené inak.
- Ak bol poistenec prijatý na lôžkové oddelenie na poskytovanie UZS, hospitalizácia však nebola dlhšia ako 24 hodín, je poskytovateľ oprávnený vykazať poisťovni všetky výkony, ktoré boli poskytnuté poistencovi formou ambulantných výkonov.
- 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 vykazať 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.
- Ak bol poistenec prijatý na lôžkové oddelenie na poskytovanie UZS, hospitalizácia však nebola dlhšia ako 1 hodinu v dôsledku úmrtia poistenca, je poskytovateľ oprávnený vykazať výkony poskytnuté počas resuscitácie spolu s pripočítateľnými položkami, ktoré sú vykazované v dávkach ambulantnej starostlivosti.
- 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 System). Hospitalizácia bude považovaná za odôvodnenú, ak zdravotný stav poistenca vyžadoval podporu základných životných funkcií prístrojmi a

- dosiahne 25 – 30 bodov počas prvých 24 hodín hospitalizácie na oddelení. Za prístrojové udržiavanie životných funkcií sa nepovažuje krátkodobé ventilovanie poistencov po anestézii.
8. Na JIS jednotlivých oddelení je poskytovaná intenzívna starostlivosť nižšieho a stredného stupňa pri hroziacej poruche niektorej životnej funkcie, pri TISS skóre 15 bodov a viac, s trvalým neinvazívnym monitorovaním najmenej jednej životnej funkcie, s vnútrožilovou infúznou liečbou, nepretržitým sledovaním zdravotného stavu poistenca, bilanciou príjmu a výdaja tekutín a zavedenou osobitnou dokumentáciou (dokumentácia musí obsahovať písomné zdôvodnenie indikácie intenzívnej starostlivosti lekárom, ktorý žiada prijatie na JIS). Po preklade na základné oddelenie, ku ktorému JIS prináleží, resp. pri preklade z oddelenia na JIS, alebo pri opakovanom preklade z oddelenia na JIS a z JIS späť na oddelenie, bude uhradená len cena jednej hospitalizácie (cena hospitalizácie JIS).
 9. Ak je poistenec hospitalizovaný za účelom plánovaného poskytnutia operačného výkonu a tento nie je z akýchkoľvek dôvodov vykonaný, poisťovňa neuhradí cenu ukončenej hospitalizácie. Poskytovateľ je oprávnený vykázat v dávke ambulantnej starostlivosti rovnakej odbornosti poskytnutie výkonu s kódom 60a.
 10. Poskytovateľ môže prijať na geriatrické oddelenie poistenca, ktorý v čase začatia hospitalizácie dovŕšil 65-ty rok života. Na oddelenie 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 žily, 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 lekársky predpis.
 13. Na oddeleniach paliatívnej starostlivosti, jednotkách paliatívnej medicíny a hospicoch je poskytovaná paliatívna starostlivosť poistencom s chronickou nevyliciteľnou, pokročilou a aktívne progredujúcou chorobou s časovo obmedzeným prežívaním a terminálna starostlivosť zomierajúcim poistencom.
 14. Vysokošpecializované ústavy môžu prijímať poistencov len s ochoreniami, na ktoré je ústav špecializovaný.
 15. Poskytovateľ môže poistenca, ktorému poskytuje UZS, preložiť na iné oddelenie toho istého zdravotníckeho zariadenia len v prípade, ak zdravotný stav poistenca nevyhnutne vyžaduje hospitalizáciu na inom oddelení. Opakovaná hospitalizácia na rovnakom oddelení počas jedného súvislého poskytovania UZS v jednom zdravotníckom zariadení sa považuje za jednu pokračujúcu hospitalizáciu na príslušnom oddelení. Preklad z oddelenia na oddelenie z dôvodu poskytnutia výkonu, vyšetrenia, ošetrenia, 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. Poisťovňa podľa § 1 vyhlášky MZ SR č. 412/2009 Z. z., ktorou sa ustanovujú podrobnosti o zozname poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti, v znení vyhlášky č. 151/2011 Z. z. (ďalej len „vyhláška“) vedie pre poskytovateľa zoznam poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti (ďalej len „zoznam“) osobitne podľa súpisu vybraných chorôb a s nimi súvisiacich zdravotných výkonov.
 21. Poskytovateľ pri vykonávaní výkonov plánovanej zdravotnej starostlivosti dodržiava poradie poistencov v zozname, ktorý je oznamovaný poskytovateľovi poisťovňou.
 22. Ak poskytovateľ pri vykonávaní výkonov plánovanej zdravotnej starostlivosti poskytol výkon poistencovi nezaradenému do zoznamu alebo nedodržiaval poradie poistencov v zozname, poisťovňa poskytovateľovi uhradí maximálne 25% z ceny ukončenej hospitalizácie na príslušnom oddelení prípadne z maximálnej úhrady výkonov uhrádzaných v ústavnej zdravotnej starostlivosti („balíčkové ceny TEP“).
 23. Ustanovenie bodu 22 tohto článku sa neuplatní ak sa jedná o neodkladnú zdravotnú starostlivosť podľa § 2 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. alebo ak bolo uprednostnenie v zozname vopred odsúhlasené poisťovňou.
 24. Poskytovateľ v súvislosti s poskytovaním ústavnej zdravotnej starostlivosti používa špeciálny zdravotnícky materiál, uvedený v Zozname kategorizovaných špeciálnych zdravotníckych materiálov (ďalej len „Zoznam kategorizovaných ŠZM“). Poisťovňa uhradí poskytovateľovi cenu za použitý kategorizovaný ŠZM vo výške skutočných nadobúdacích nákladov, maximálne vo výške určenej v Zozname kategorizovaných ŠZM ako „maximálna výška úhrady zdravotnou poisťovňou“ a do výšky zmluvne dohodnutého rozsahu zdravotnej starostlivosti. Poskytovateľ vykazuje kategorizovaný ŠZM s kódom uvedeným v Zozname kategorizovaných ŠZM pod názvom „kód MZ SR“. Ak je v Zozname kategorizovaného ŠZM uvedená podmienka súhlasu

- poistovne, poskytovateľ vyplní a zašle poisťovni na schválenie žiadosť uverejnenú na webovej stránke poisťovne pod názvom „Žiadosť o úhradu špeciálneho zdravotníckeho materiálu.“
25. Ak poskytovateľ používa nekategorizovaný špeciálny zdravotnícky materiál, ktorý je uvedený v tabuľke pod názvom „Maximálne úhrady nekategorizovaných špeciálnych zdravotníckych materiálov“ (ďalej len maximálne úhrady nekategorizovaných ŠZM), poisťovňa uhradí poskytovateľovi sumu vo výške skutočných nadobúdacích nákladov, maximálne vo výške určenej v tabuľke „maximálne úhrady nekategorizovaných ŠZM“ a do výšky zmluvne dohodnutého rozsahu zdravotnej starostlivosti, v súlade s indikačnými kritériami uvedenými na webovej stránke poisťovne. Ak je v tabuľke „Maximálne úhrady nekategorizovaných ŠZM“ uvedená skratka R alebo RR, je potrebný súhlas poisťovne pred použitím nekategorizovaným ŠZM. Poskytovateľ vyplní a zašle poisťovni na schválenie žiadosť uverejnenú na webovej stránke poisťovne pod názvom „Žiadosť o úhradu špeciálneho zdravotníckeho materiálu“. Poskytovateľ vykazuje nekategorizovaný ŠZM s kódom uvedeným v tabuľke „maximálne úhrady nekategorizovaných ŠZM“.
 26. V prípade, že sa špeciálny zdravotnícky materiál stane na základe kategorizácie súčasťou Zoznamu kategorizovaných ŠZM, bude hradený podľa bodu 24“.
 27. Priepustky počas hospitalizácie sú akceptované výlučne na psychiatrickom oddelení psychiatrickej nemocnice, psychiatrickej liečebne alebo centra pre liečbu drogovo závislých, v ktorých je poskytovanie zdravotnej starostlivosti uhrádzané formou dohodnutej ceny za ošetrovací deň. Dni, počas ktorých je poistenec na priepustke, sú zdravotníckemu zariadeniu uhrádzané v dĺžke najviac 3 dni vo výške 30% ceny ošetrovacieho dňa, pričom celkový stanovený zmluvný rozsah výkonov sa musí dodržať.
 28. Po ukončení hospitalizácie je poskytovateľ povinný vyhotoviť prepúšťaciu správu (táto zásada platí aj pri preklade pacienta na iné oddelenie), ktorá okrem komplexného zhodnotenia zdravotného stavu poistenca a súhrnu výkonov poskytnutej zdravotnej starostlivosti musí obsahovať aj:
 - 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 tlačive uverejnenom na internetovej stránke poisťovne, ktorá je potvrdená podpisom a odtlačkom pečiatky vedúceho lekára lôžkového zariadenia a odtlačkom pečiatky a podpisom riaditeľa UZZ. Neoddeliteľnou súčasťou žiadosti sú:

- prepúšťacia lekárska správa,
- medicínske zdôvodnenie podania finančne náročných liekov,
- vyčíslenie nákladov podľa jednotlivých položiek,
- povolenie na použitie lieku vydané MZ SR, ak ide o liek, u ktorého sa vyžaduje povolenie MZ SR na použitie podľa zákona č.140/ 1998 Z.z. v znení neskorších predpisov,
- kópia dokladu o nadobudnutí lieku (faktúra od dodávateľa),
- kópie žiadaníek z ústavnej lekárne s vyznačením mena a rodného čísla poistenca.

33. Výkony finančne náročnej zdravotnej starostlivosti sú hradené ako pripočítateľná položka k cene za ukončenú hospitalizáciu ak nie je v Zmluve uvedené inak.

Maximálne ceny pripočítateľných položiek v ústavnej starostlivosti

a) Maximálne úhrady nekategorizovaných špeciálnych zdravotníckych materiálov (NŠZM)

Kód nekategorizovaného ŠZM	schvafovanie	Názov nekategorizovaného špeciálneho zdravotníckeho materiálu	Maximálna úhrada NŠZM
120024	**	Cievna protéza (lineárna, bifurkačná)	689 €
120025	**	Cievne shunty	344 €
120026	**	Lokálne hemostiptické prostriedky	138 €
120027		Set kontrapulzačný	918 €
120028		Set autotransfúzny	322 €
120029	**	Set Stapler (Aortálny spojovací systém ACS)	505 €
120033	**	Katéter embolotomický a trombektomický	82 €
170001	•	Kruhový stapler	322 €
170002	•	Rotikulačný stapler (rotikulátor)	385 €
170003	•	Endostapler	435 €
170004	•**	Náplň do endostaplera	170 €
170005	•	Lineárny stapler	170 €
170006	•**	Náplň do lineárneho staplera	112 €
170007	•	Nožnice k harmonickému skalpelu	321 €
170008	•	Stapler na hemoroidy	312 €
Vysvetlivky:			
R	schvaľuje revízny lekár pobočky		
RR	schvaľuje revízny lekár generálneho riaditeľstva		
•	ŠZM nie je schvaľovaný vopred, RL pobočky vykoná kontrolu vykázaných ŠZM na konci kalendárneho štvrtroka		
**	možné použiť viac kusov pre jedného pacienta		

Maximálne úhrady výkonov uhrádzaných v ústavnej zdravotnej starostlivosti:

Kód výkonu	Názov výkonu	Cena za výkon
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	1 525 €
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	3 225 €

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	2 225 €
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	2 875 €
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	4 125 €
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	3 175 €

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.

Uvedené výkony vykáže poskytovateľ nasledovne:

k ukončenej hospitalizácii s nulovou cenou vykáže ako pripočítateľnú položku kód výkonu uvedený v tabuľke v príslušnej cene a zároveň vykáže kód použitého ŠZM podľa kategorizačného zoznamu (uvedeného na webovej stránke MZ SR) s nulovou cenou.

b) Ceny transfúzných liekov

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

c) Materské mlieko – úhrada v cene 23,24 € za 1liter

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

Cena za 1 kilometer podľa typu prevozu:

Typ prevozu	stav pacienta	cena za 1km
LIEK		0,50 €
INF	chodiaci	0,43 €
	sediaci/ležiaci	0,43 €
DZS	chodiaci/sediaci/ležiaci	0,40 €
DIAL	chodiaci/sediaci/ležiaci	0,40 €
DZSD	chodiaci	0,46 €
	sediaci/ležiaci	0,50 €
DZSZ		0,60 €
DZSP	chodiaci/sediaci/ležiaci	0,76 €
LSPP – tento typ prevozu u dopravcu (DS) je možné zazmluvniť len v prípade písomnej dohody dopravcu s PZS zabezpečujúcim LSPP		0,50 €

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.

- 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.
- 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.
- 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.
- Dopravca musí mať k dispozícii aj priestory pre dezinfekciu a údržbu vozového parku a parkovisko.
- 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.
- 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 chodiacie osoby.

Nad rámec ceny za kilometer sa uhrádza :

V rámci DZSZ – doprava do a zo zahraničia na schválenú liečbu v cudzine sú nad rámec úhrady za 1 km jazdy vozidlom hradené pripočítateľné položky:

- diaľničný poplatok
- poplatky za prejazd tunelom