

Dodatok č. 8
k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti
č. 7011NSP1000113

Union zdravotná poisťovňa, a. s.

zastúpená: Ing. Elena Májeková, riaditeľka sekcie nákupu zdravotnej starostlivosti, revízií činností a programov zdravia
so sídlom: Bajkalská 29/A, 821 08 Bratislava
IČO: 36 284 831
DIČ: 2022152517
IBAN: SK37 8180 0000 0070 0025 6518
označenie registra: Okresný súd Bratislava I, oddiel: Sa, vložka číslo: 3832/B, právna forma: akciová spoločnosť
kód Union zdravotnej poisťovne, a. s.: 27
(ďalej len „zdravotná poisťovňa“)

a

Nemocnica s poliklinikou n. o. Kráľovský Chlmec

zastúpený: Ing. Klára Hencelová, riaditeľka
so sídlom: Nemocničná 8, 077 01 Kráľovský Chlmec
IČO: 45737967
identifikátor poskytovateľa (prvých šesť znakov kódu poskytovateľa): P19800
(ďalej len "poskytovateľ")
(spoločne aj ako „zmluvné strany“)

Zmluvné strany uzatvárajú tento dodatok č. 8 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti č. 7011NSP1000113 (ďalej len „zmluva o poskytovaní zdravotnej starostlivosti“):

Článok 1
Predmet dodatku

Na základe článku IX bodu 9.5. zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa zmluvné strany dohodli na tejto zmene znenia zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti:

1. Príloha č. 2b Dohodnutá výška úhrady za poskytnutú ústavnú zdravotnú starostlivosť a finančný rozsah, časť V. Príplatky sa s účinnosťou od 01.05.2016 mení a znie takto:

„1. Zmluvné strany sa za podmienok uvedených v tejto časti prílohy a za ďalších príslušných zmluvných podmienok dohodli na dočasnom zvýšení úhrady za zdravotnú starostlivosť uznanú zdravotnou poisťovňou a vykázanú poskytovateľom v súlade so zmluvou o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

2. Zdravotná poisťovňa zvýši úhradu za vybranú zdravotnú starostlivosť poskytnutú v období **od 01.05.2016 do 30.09.2016** formou jedného príplatku k cene

- | | |
|---|------------------------------|
| a) ukončenej hospitalizácie vo výške | 75,00 € (kód RZRV00), |
| b) ošetrovacieho dňa vo výške | 4,00 € (kód RZRV01), |
| c) osobitne hradeného výkonu vo výške | 75,00 € (kód RZRV00), |
| d) výkonu jednodňovej zdravotnej starostlivosti vo výške | 75,00 € (kód RZRV00); |

poskytovateľ vykazuje príplatok podľa tohto bodu na úhradu zdravotnej poisťovni pod vyššie uvedenými kódmi a v súlade s platným Metodickým usmernením o spracovaní a vykazovaní zdravotných výkonov poskytovateľov zdravotnej starostlivosti elektronickou formou vydaným Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou výlučne ako prípočítateľnú položku - položka 11 vety tela príslušnej dávky ústavnej zdravotnej starostlivosti alebo položka 13 vety tela dávky ambulantnej zdravotnej starostlivosti, spoločne s hospitalizáciou, ošetrovacím dňom, osobitne hradeným výkonom alebo výkonom jednodňovej zdravotnej starostlivosti, k cene ktorého sa príplatok vykazuje; príplatok nie je možné samostatne vykázať na úhradu zdravotnej poisťovni a to ani v rámci doúčtovania zdravotnej starostlivosti; poskytovanie príplatkov sa nevzťahuje na stacionár.“.

2. Text článku IV zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, bod 4.2. sa mení a znie takto:
„4.2. Poskytovateľ, v lehote desiatich kalendárnych dní od zmeny základných identifikačných údajov, najneskôr však v termíne najbližšej fakturácie poskytnutej zdravotnej starostlivosti, písomne alebo prostredníctvom elektronickej podateľne informuje zdravotnú poisťovňu o zmene základných identifikačných údajov, napr. o zmene štatutárneho orgánu alebo jeho člena, bankového spojenia, identifikačného čísla organizácie, čísla telefónu a čísla faxu, ako aj o zmenách v zozname číselných kódov lekárov (sestier) a číselných kódov ambulancií, o zmenách vo veľkosti úväzkov lekárov (sestier) a ďalších skutočnostiach, ktoré môžu mať vplyv na riadne plnenie zmluvy, a to najmä o zmenách v personálnom a materiálo-technickom vybavení zdravotníckeho zariadenia.“.
3. Text článku IV zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, bod 4.6., písm. e) sa mení a znie takto:
„e) overiť si pred poskytnutím zdravotnej starostlivosti poisťný vzťah poistenca k zdravotnej poisťovni a rozsah nároku poistenca na úhradu zdravotnej starostlivosti z verejného zdravotného poistenia s ohľadom na § 9 ods. 2 zákona

č. 580/2004 Z.z.; ak poistenec pri poskytnutí zdravotnej starostlivosti nemá preukaz poistenca, alebo ak existuje dôvodná pochybnosť o jeho poistnom vzťahu k zdravotnej poisťovni, má poskytovateľ možnosť overiť si poistný vzťah poistenca na telefónnom čísle zákazníckeho centra zdravotnej poisťovne 0850 00 33 33 alebo na webovom sídle zdravotnej poisťovne; poskytovateľ má možnosť overiť si rozsah nároku poistenca na úhradu zdravotnej starostlivosti z verejného zdravotného poistenia na webovom sídle zdravotnej poisťovne; poskytovateľ pri vykazovaní zdravotnej starostlivosti na úhradu zdravotnej poisťovni postupuje v súlade s tým, že poistenec uvedený v zozname dlžníkov má podľa príslušného všeobecne záväzného právneho predpisu právo len na úhradu neodkladnej zdravotnej starostlivosti zo strany zdravotnej poisťovne, ak príslušný všeobecne záväzný právny predpis neustanovuje inak,“.

4. Text článku IV zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, bod 4.6., písm. g) sa mení a znie takto:
„g) vykazovať poskytnutú zdravotnú starostlivosť v súlade s nariadením vlády SR č. 777/2004 Z. z., ktorým sa vydáva Zoznam chorôb, pri ktorých sa zdravotné výkony čiastočne uhrádzajú alebo sa neuhrádzajú na základe verejného zdravotného poistenia v znení neskorších predpisov, v súlade s nariadením vlády SR č. 776/2004 Z. z., ktorým sa vydáva Katalóg zdravotných výkonov v znení neskorších predpisov, v súlade s výnosom Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. S10109-OL-2014, ktorým sa ustanovuje zoznam zdravotných výkonov pre klasifikačný systém diagnosticko-terapeutických skupín a v súlade s touto zmluvou; choroby podľa medzinárodnej klasifikácie chorôb v platnom znení¹ vykazovať v troj – až päťmiestnom tvare bez použitia bodky alebo iného interpunkčného znamienka,“
5. Text bodu 6.2. článku VI zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa mení a znie takto:
„6.2. Zdravotná poisťovňa vykonáva kontrolnú činnosť podľa bodu 6.1. zmluvy revíznymi lekármi, revíznymi farmaceutmi a revíznymi sestrami; ak ide o kontrolu hospodárenia vynakladania prostriedkov verejného zdravotného poistenia, dodržiavania všeobecne záväzných právnych predpisov a/alebo zmluvných podmienok, aj inými zamestnancami poverenými výkonom kontroly na základe písomného poverenia na výkon kontroly (ďalej len „poverená osoba“).“.
6. V texte bodu 9.3. Článku IX zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa slová „31.12.2016“ nahrádzajú slovami „31.3.2017“.
7. Príloha č. 2a Dohodnutá výška úhrady za poskytnutú ambulantnú zdravotnú starostlivosť a finančný rozsah, sa nahrádza novým znením, ktoré tvorí prílohu tohto dodatku. Zmluvné strany sa dohodli na úhrade zdravotnej starostlivosti podľa tohto bodu aj za obdobie od 01.05.2016 do dňa nadobudnutia účinnosti tohto dodatku.
8. Príloha č. 2b Dohodnutá výška úhrady za poskytnutú ústavnú zdravotnú starostlivosť a finančný rozsah, časť IV. Finančný rozsah sa mení a znie takto:
„Zmluvné strany sa dohodli na finančnom objeme pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti uvedenej v časti I a III prílohy č. 2b, vrátane zdravotnej starostlivosti dohodnutej podľa §8 ods. 3 Vyhlášky MZ SR č. 412/2009 Z.z. v platnom znení, takto:
a) vo výške **290.000,- €** na obdobie jednotlivých kalendárnych polrokov plynúcich od 1.1.2016 po dobu účinnosti prílohy č. 2b k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti podľa bodu 9.3. zmluvy
b) vo výške 145.000,- € na obdobie kalendárneho štvrtroka plynúceho po dobu predĺženej účinnosti prílohy č. 2b k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti podľa bodu 9.4. zmluvy.“.
9. Príloha č. 2b Dohodnutá výška úhrady za poskytnutú ústavnú zdravotnú starostlivosť a finančný rozsah, časť VI. Osobitné ustanovenia o príplatkoch sa mení a znie takto:
„1. Zmluvné strany berú na vedomie, že
a) sa dohodli na navýšení úhrad za zdravotnú starostlivosť za obdobie od 01.01.2016 do 30.09.2016 formou príplatkov podľa časti V. prílohy č. 2b ku zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (ďalej len „príplatková časť prílohy č. 2b“) za účelom krytia minimálnych mzdových nárokov zdravotníckych pracovníkov v zmysle všeobecne záväzných právnych predpisov v znení účinnom od 01.01.2016 bez toho, aby za týmto účelom boli zo štátneho rozpočtu Slovenskej republiky vyčlenené finančné prostriedky do verejného zdravotného poistenia vo forme zvýšenia sadzby poistného na verejné zdravotné poistenie pre štát (ďalej len „sadzba“) v potrebnom rozsahu,
b) zdravotná poisťovňa je podľa § 15 ods. 1 písm. e) zákona č. 581/2004 Z. z. povinná pri uzatváraní zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti účelne, efektívne a hospodárne vynakladať finančné prostriedky z verejného zdravotného poistenia,
c) zdravotná poisťovňa môže poskytovateľovi natrvalo ponechať finančné prostriedky (resp. ich časť) vyplatené vo forme príplatkov len za podmienky, že v potrebnom rozsahu dôjde k zvýšeniu sadzby za účelom krytia minimálnych mzdových nárokov zdravotníckych pracovníkov v zmysle všeobecne záväzných právnych predpisov v znení účinnom od 01.01.2016, inak poskytovateľovi spätne od 01.01.2016 zanikne právo na finančné prostriedky (resp. ich časť) vyplatené vo forme príplatkov.“.

¹ Medzinárodnú klasifikáciu chorôb v platnom znení uverejňuje Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky na svojom webovom sídle podľa § 3 ods. 1 zákona č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

Vychádzajúc najmä (nie však výlučne) z okolností uvedených v tomto bode sa zmluvné strany dohodli, že za podmienok uvedených v tejto časti prílohy a za ďalších príslušných podmienok, poskytovateľ vráti zdravotnej poisťovni finančné prostriedky poskytnuté poskytovateľovi vo forme príplatkov.

2. Ak najneskôr do 01.10.2016 nenadobudne účinnosť zákon, ktorým sa sadzba upraví tak, že sadzba bude najmenej v priemere 5,00 % mesačne za celý kalendárny rok 2016, zdravotná poisťovňa má právo na vrátenie najviac 49 % z každého alebo len z niektorého/niektorých príplatkov uhradených poskytovateľovi za obdobie od 01.01.2016 do 30.04.2016 podľa príplatkovej časti prílohy č. 2b v znení účinnom od 01.01.2016 do 30.04.2016. Ak najneskôr do 01.10.2016 nenadobudne účinnosť zákon, ktorým sa sadzba upraví tak, že sadzba bude najmenej v priemere 5,00 % mesačne za celý kalendárny rok 2016, zdravotná poisťovňa má právo na vrátenie až 100 % z každého alebo len z niektorého/niektorých príplatkov uhradených poskytovateľovi za obdobie od 01.05.2016 do 30.09.2016 podľa príplatkovej časti prílohy č. 2b v znení účinnom od 01.05.2016; práva zdravotnej poisťovne uvedené v tomto bode, t.j. práva zdravotnej poisťovne na vrátenie príplatkov alebo len z niektorého/niektorých príplatkov (resp. len určitej percentuálnej časti príplatkov), vzniknú aj v prípade, že sa upraví sadzba tak, ako je uvedené v tomto bode, avšak zdravotná poisťovňa bude zviazaná zdroje získané upravením sadzby alebo ich časť použiť na úhradu inej zdravotnej starostlivosti ako je zdravotná starostlivosť poskytovaná poskytovateľmi ústavnej zdravotnej starostlivosti, a/alebo zdroje, ktoré zdravotná poisťovňa získa takýmto upravením sadzby po zohľadnení mesačného a ročného prerozdelenia poisťného a po splnení povinností vyplývajúcich z § 8a, § 8b a § 30 zákona č. 581/2004 Z. z. nebudú postačovať na pokrytie nákladov zdravotnej poisťovne na úhradu príplatkov a iné navýšenia úhrad pre poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti poskytnuté za obdobie od 01.01.2016.

3. Práva zdravotnej poisťovne na vrátenie príplatkov alebo len z niektorého/niektorých príplatkov (resp. len určitej percentuálnej časti príplatkov), ktoré vzniknú na základe tejto časti prílohy predstavujú tri ucelené pohľadávky zdravotnej poisťovne voči poskytovateľovi (ďalej len „pohľadávka na vrátenie príplatkov“ alebo „pohľadávky na vrátenie príplatkov“) nasledovne:

- a) pohľadávka na vrátenie príplatkov uhradených poskytovateľovi za obdobie od 01.01.2016 do 30.06.2016 so splatnosťou dňa 02.10.2016,
- b) pohľadávka na vrátenie príplatkov uhradených poskytovateľovi za obdobie od 01.07.2016 do 31.08.2016 so splatnosťou dňa 02.11.2016,
- c) pohľadávka na vrátenie príplatkov uhradených poskytovateľovi za obdobie od 01.09.2016 do 30.09.2016 so splatnosťou dňa 02.12.2016;

príčom presnú výšku pohľadávok na vrátenie príplatkov zdravotná poisťovňa písomne oznámi a doručí poskytovateľovi formou dokladu – „Oznámenie o výške pohľadávok na vrátenie príplatkov spolu s výzvou“, ktoré bude spĺňať náležitosti účtovného a daňového dokladu.

4. Zmluvné strany sa dohodli, že zdravotná poisťovňa je oprávnená uspokojiť svoje pohľadávky na vrátenie príplatkov predovšetkým ich jednostranným započítaním proti splatným pohľadávkam poskytovateľa voči zdravotnej poisťovni na úhradu zdravotnej starostlivosti, nasledovne:

- a) pohľadávku na vrátenie príplatkov uhradených poskytovateľovi za obdobie od 01.01.2016 do 30.06.2016 voči pohľadávke poskytovateľa za obdobie októbra 2016,
- b) pohľadávku na vrátenie príplatkov uhradených poskytovateľovi za obdobie od 01.07.2016 do 31.08.2016 voči pohľadávke poskytovateľa za obdobie novembra 2016,
- c) pohľadávku na vrátenie príplatkov uhradených poskytovateľovi za obdobie od 01.09.2016 do 30.09.2016 voči pohľadávke poskytovateľa za obdobie decembra 2016.

Týmto bodom nie je dotknuté právo zdravotnej poisťovne domáhať sa a/alebo požadovať zaplatenie pohľadávky na vrátenie príplatkov aj iným spôsobom, ako je uvedený v tomto bode a ktorý nie je zakázaný zákonom.“.

5. Pre vylúčenie akýchkoľvek pochybností sa zmluvné strany dohodli, že v prípade zvýšenia sadzby (v porovnaní so sadzbou účinnou k 01.01.2016) sa príplatky poskytnuté poskytovateľovi za obdobie od 01.01.2016 do dňa nadobudnutia účinnosti zákona, ktorým sa zvýši sadzba, považujú za financované zo zdrojov, ktoré zdravotná poisťovňa získa zvýšením sadzby.“.

10. Všetade, kde sa v zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti alebo v jej prílohe č. 2b vyskytuje slovo „MKCH-10-SK-2013“ sa toto slovo nahrádza slovami „medzinárodnej klasifikácie chorôb v platnom znení“.

11. Znenie ostatných ustanovení zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti ostáva týmto dodatkom nezmenené.

Článok 2 **Spoločné a záverečné ustanovenia**

1. Tento dodatok je neoddeliteľnou súčasťou zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Tento dodatok je vyhotovený vo dvoch rovnopisoch, z ktorých sa každý považuje za originál. Každá zo zmluvných strán obdrží po jednom vyhotovení dodatku.
2. Súhlas s obsahom dodatku vyjadria zástupcovia zmluvných strán svojím podpisom na poslednej strane tohto dodatku.

3. Tento dodatok nadobúda platnosť dňom podpisu oboma zmluvnými stranami a účinnosť dňom nasledujúcim po dni jeho zverejnenia na webovom sídle zdravotnej poisťovne.

Bratislava dňa2016

Union zdravotná poisťovňa, a.s.

Kráľovský Chlmec dňa2016

Nemocnica s poliklinikou n. o. Kráľovský Chlmec

.....
Ing. Elena Májeková
riaditeľka sekcie nákupu zdravotnej starostlivosti,
revízných činností a programov zdravia
na základe plnej moci

.....
Ing. Klára Hencelová, riaditeľka

Príloha č. 2a
k Zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti
Dohodnutá výška úhrady za poskytnutú ambulantnú zdravotnú starostlivosť a finančný rozsah

I. Všeobecná ambulantná zdravotná starostlivosť o deti a dospelých

1. Poskytovateľ:

- a) zasiela kópiu prvopisu dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s poistencom zdravotnej poisťovni (ďalej len „kapitovaný poistenec“) na jej vyžiadanie v prípade, ak v jednom kalendárnom mesiaci budú fakturovať kapitačnú platbu na tohto istého poistenca dvaja a viacerí poskytovatelia. Zdravotná poisťovňa je oprávnená vyžiadať kópie prvopisu dohody podľa tohto bodu písomne, telefonicky, faxom alebo e-mailom. Za účelom prípadného doriešenia kolízie podľa tohto bodu je zdravotná poisťovňa oprávnená vyžiadať aj preukázanie odstúpenia od dohody poistencom a vyžiadanie (odovzdanie) zdravotnej dokumentácie poistenca zo strany toho poskytovateľa, ktorý uzavrel s poistencom novú dohodu,
- b) zasiela k termínu 30. jún a 31. december príslušného kalendárneho roka hlásenie o počte kapitovaných poistencov zdravotnej poisťovni v elektronickej podobe v dátovom rozhraní určenom metodickým usmernením vydaným Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou,
- c) má nárok na úhradu kapitačnej platby aj späťne, ak poistenec alebo jeho zákonný zástupca neohlásil poskytovateľovi zmenu zdravotnej poisťovne; nárok na spätnú úhradu kapitačnej platby za kapitovaného poistenca, ktorého opomenul vykázať má iba v tom prípade, ak zdravotná poisťovňa v období, za ktoré si tohto poistenca späťne vykazuje, neuhradila kapitačnú platbu inému poskytovateľovi,
- d) má nárok, aby zdravotná poisťovňa vykonala porovnanie kapitačného stavu poistencov poskytovateľa a oznámila výsledok poskytovateľovi na základe údajov poskytnutých poskytovateľom podľa písm. b) tohto bodu a informovala poskytovateľa o skutočnom počte kapitovaných poistencov u poskytovateľa, evidovaných v informačnom systéme zdravotnej poisťovne,
- e) je oprávnený vykázať preventívnu prehliadku (bod 3 písm. b) tejto časti prílohy) s vykázaním výkonu 25 u imobilných poistencov alebo z dôvodu iného závažného dlhodobého zdravotného postihnutia poistenca. O uvedenej skutočnosti vykoná poskytovateľ záznam v zdravotnej dokumentácii poistenca,
- f) je oprávnený na vykávanie vykonania povinného očkovania a vykonania očkovania na základe rozhodnutia regionálneho úradu verejného zdravotníctva alebo Úradu verejného zdravotníctva SR (bod 3 písm. c) tejto časti prílohy) s vykázaním kombinácie výkonov 25 a 4 u poistencov, ktorí dlhodobo odmietajú dostať sa do ambulancie poskytovateľa za účelom vykonania očkovania. O uvedenej skutočnosti vykoná poskytovateľ záznam v zdravotnej dokumentácii poistenca,
- g) upozorní zákonného zástupcu poistenca zdravotnej poisťovne v predškolskom veku na potrebu absolvovania stomatologických preventívnych prehliadok poistencom, o čom vykoná záznam v zdravotnej dokumentácii poistenca,
- h) pri vystavovaní odporúčania na poskytnutie špecializovanej zdravotnej starostlivosti a ústavnej starostlivosti uhrádzanej zo zdrojov verejného zdravotného poistenia v odporúčaní uvádza epikrízu, priebeh ochorenia, výsledky doteraz vykonaných vyšetrení, ktoré súvisia s ochorením (ak boli vykonané), odôvodnenie odoslania poistenca a požiadavku na vyšetrenie poistenca. Pri vystavovaní žiadanky na poskytnutie zdravotných výkonov SVLZ uvádza na žiadanke aj diagnózu; ak poskytovateľ žiada o vykonanie zdravotných výkonov SVLZ v rámci preventívnej zdravotnej starostlivosti, uvedie aj uvedenú skutočnosť výslovne na žiadanke,
- i) pri vykazovaní úhrady poskytnutej zdravotnej starostlivosti kódy chorôb podľa medzinárodnej klasifikácie chorôb v platnom znení uvádza v troj až päťmiestnom tvare bez použitia bodky alebo iného interpunkčného znamienka; kódy chorôb v tejto prílohe sú uvedené v tvare podľa medzinárodnej klasifikácie chorôb v platnom znení (ďalej len „kód choroby“).

2. Výkony zdravotnej starostlivosti poskytnuté kapitovanému poistencom zdravotnej poisťovne sa uhrádzajú mesačne za jedného poistenca zdravotnej poisťovne takto:

Spôsob úhrady	Špecifikácia podmienok úhrady	Výška kapitácie v €
kapitácia	poistenec do veku 1 roka života	6,20
kapitácia	poistenec do veku od 1 do 5 rokov života vrátane	4,94
kapitácia	poistenec vo veku od 6 do 14 rokov života vrátane	3,26
kapitácia	poistenec vo veku od 15 do 18 rokov života vrátane	2,24
kapitácia	poistenec vo veku od 19 do 28 rokov života vrátane	2,13

3. Cena kapitácie podľa bodu 2 tejto prílohy nezahŕňa **úhradu**:

- a) **liekov** zaradených v zozname kategorizovaných liekov, ktoré sú predpísané a použité v súlade s preskripčnými obmedzeniami, indikačnými obmedzeniami a obmedzeniami úhrady zdravotnej poisťovne na jej predchádzajúci súhlas, označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“ a „AS“ (Na základe zákona 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),

b) **zdravotných výkonov preventívnych prehliadok** vykonaných v súlade s prílohou č. 2 zákona č. 577/2004 Z.z. v znení neskorších predpisov, ktoré sa uhrádzajú:

ba) cenou bodu vo výške **0,0430 €** za podmienok podľa tejto tabuľky:

Kód výkonu	Vekové rozhranie pre IS	Vykazuje sa s kódom choroby Z00.1, pokiaľ nie je uvedené inak
142	1.– 4. týždeň, vykonáva sa v domácom prostredí do 48 hodín po prepustení novorodenca z nemocnice alebo pôrodnice	nevykazuje sa s výkonom 950, môže sa vykázat' s výkonom 25
143	2. – 5. týždeň	nevykazuje sa s výkonmi 950, 1205 a 1590
143a	5. – 8. týždeň	nevykazuje sa s výkonmi 950,1205 a 1590
144	8. – 11. týždeň	nevykazuje sa s výkonmi 950,1205 a 1590
145	3. – 5. mesiac	môže sa vykázat' s výkonom 950, nevykazuje sa s výkonmi 1205 a 1590
145a	5. – 7. mesiac	môže sa vykázat' s výkonom 950, nevykazuje sa s výkonmi 1205 a 1590
146	7. – 9. mesiac	môže sa vykázat' s výkonom 950, nevykazuje sa s výkonmi 1205 a 1590
146a	9. – 11. mesiac	môže sa vykázat' s výkonom 950, nevykazuje sa s výkonmi 1205 a 1590
146b	11.-13. mesiac	môže sa vykázat' s výkonom 950, nevykazuje sa s výkonmi 1205 a 1590
146c	13. - 24. mesiac	môže sa vykázat' s výkonom 950, nevykazuje sa s výkonmi 1205 a 1590
148	25. – 48. mesiac	môže sa vykázat' s výkonom 953, nevykazuje sa s výkonmi 950, 1205 a 1590
148a	49. – 60. mesiac	môže sa vykázat' s výkonom 953, nevykazuje sa s výkonmi 950, 1205 a 1591
148b	61. – 84. mesiac, v 6. alebo 7. roku života, ak poistenec nenastúpil školskú dochádzku	nevykazuje sa s výkonmi 1205, 1590
148c	97. - 120. mesiac	nevykazuje sa s výkonmi 1205, 1590
149	121. – 144. mesiac	môže sa vykázat' s výkonmi 159b a 3671, nevykazuje sa s výkonmi 1205, 1590
149a	145. – 168. mesiac	nevykazuje sa s výkonmi 1205, 1590, 950 až 952
149b	169.- 192 mesiac	nevykazuje sa s výkonmi 1205, 1590
149c	akceptácia raz za život, vstupná prehliadka žiakov stredných škôl sa vykazuje pri zmene poskytovateľa	poskytovateľ nemôže vykázat' výkon 149b a následne 149c
149d	v 17. roku života, ďalšie preventívne prehliadky sa vykonávajú raz za 2 roky	môže sa vykázat' s výkonom 159b a 3671
149f	vykonáva sa počas trvania zdravotného postihnutia dieťaťa, vykazuje sa raz za dvanásť mesiacov po vykonaní predchádzajúcej prehliadky	nevykazuje sa s výkonmi 1205, 1590, 950 až 952, nevykazuje sa súčasne s výkonmi 148, 148a, 148b, 148c, 149, 149a, 149b, 149d
159b	pri preventívnom zisťovaní celkového cholesterolu v krvi v 11. roku života, pri preventívnom zisťovaní celkového cholesterolu a triacylglycerolov v 17 alebo 18 roku života v roku 2016 aj vo veku od 19 do 28 rokov vrátane, ak výkon doteraz alebo v uplynulom roku poskytnutý nebol	môže sa vykázat' s výkonom 149 a 149d
950	akceptuje sa ako súčasť vyššie uvedených preventívnych prehliadok	môže sa vykázat' s výkonmi 145, 145a, 146, 146a, 146b a 146c

953	akceptuje sa ako súčasť vyššie uvedených preventívnych prehliadok	nemôže sa vykázat' s výkonom 1531
3671	preventívne zisťovanie cukru v krvi, v 11. a v 17. roku života, po dovŕšení 18 roku raz za dva roky, u darcov krvi raz za 12 mesiacov	vykazuje sa s kódom choroby Z00.0, Z00.1 alebo Z52.0 u darcov krvi, môže sa vykázat' s výkonom 149 alebo 149d

bb) osobitnou cenou výkonu vo výške **15,70 €** za podmienok podľa tejto tabuľky:

Kód výkonu	Vekové rozhranie pre IS	Vykazovanie
160	po dovŕšení 18. roku života raz za dva roky, u darcov krvi raz za 12 mesiacov	vykazuje sa s kódom choroby Z00.0 alebo Z52.0 u darcov krvi

c) **zdravotných výkonov očkovaní**, ktoré sa uhrádzajú v cenách podľa tejto tabuľky:

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena bodu v €
252a	pri očkovaní proti rotavírusom sa vykazuje s kódom choroby Z26.8	0,0266
252b	pri očkovaní proti chrípke sa vykazuje s kódom choroby Z25.1	0,0482
252b	pri povinnom očkovaní vrátane povinného očkovania proti diftérii a tetanu a povinného očkovania proti pneumokokom sa vykazuje s kódom choroby Z00.1, pri odporúčanom očkovaní proti pneumokokom**/ sa vykazuje s kódom choroby Z23.8	0,0266
	pri očkovaní proti vírusovej hepatitíde typu A*/ sa vykazuje s kódom choroby Z20.5	
	pri očkovaní proti vírusovej hepatitíde typu A + B*/ sa vykazuje s kódom choroby Z24.6	
	môže byť poskytnutý len poistencovi, ktorý nebol očkovaný proti vírusovej hepatitíde typu A alebo B	
	pri očkovaní proti meningokokovej meningitíde*/ sa vykazuje s kódom choroby Z20.8	
	pri očkovaní proti varicelle sa vykazuje s kódom choroby Z26.8	
	pri očkovaní proti kliešťovej encefalitíde sa vykazuje s kódom choroby Z24.1	
pri očkovaní proti HPV u dievčat a chlapcov dňom 13. roku života až do dovŕšenia 16 roku života vykazuje sa s kódom choroby Z25.8		

Vysvetlivky:

*/ § 12 zákona č. 355/2007 Z.z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

**/ platí u poistencov nad 15 rokov

d) **zdravotných výkonov č.: 4, 5, 6, 25, 26, 29, 30, 40, 41, 67 a 140 súvisiacich s návštevou** alebo **poskytnutých počas návštevy** imobilného poistenca alebo poistenca s podozrením na vysoko infekčné ochorenie, ktorý sa nemôže dostaviť do ambulancie poskytovateľa, vykonaných najmä v súvislosti s potrebou poskytnutia neodkladnej zdravotnej starostlivosti. Zdravotná poisťovňa uvedené zdravotné výkony uhrádza v cenách podľa nižšie uvedenej tabuľky. Vyžaduje sa časový údaj o vyžiadaní a vykonaní návštevy a záznam v zdravotnej dokumentácii poistenca.

Kód výkonu	Poznámka	Cena bodu v €
25	návšteva poistenca v pracovnom čase poskytovateľa	0,0237
26	návšteva poistenca mimo riadneho pracovného času poskytovateľa	
29	návšteva poistenca v noci vyžiadaná a vykonaná medzi 22.00 a 7.00 hodinou	
4	štandardné vyšetrenie jedného orgánového systému vykazuje sa s výkonom 25 alebo s výkonom 26	0,0150
	môže sa vykázat' aj pri povinnom očkovaní vrátane povinného očkovania proti diftérii a tetanu a povinného očkovania proti pneumokokom, pri očkovaní proti vírusovej hepatitíde typu A, proti vírusovej hepatitíde typu A a B, proti meningokokovej meningitíde, proti varicelle, proti kliešťovej encefalitíde a proti rotavírusom	
	vykazuje sa s výkonom 25, s výkonom 252a alebo 252b a s príslušným kódom choroby	
	štandardné vyšetrenie jedného orgánového systému cez deň v sobotu, v nedeľu a v deň pracovného pokoja	
5	môže sa vykázat' s výkonom 26 a s výkonom 30	
6	štandardné vyšetrenie jedného orgánového systému medzi 19.00 hod. a 7.00 hod. môže sa vykázat' s výkonom 26 alebo 29 a s výkonom 30	
30	príplatok k výkonu 26 a 29 za vyžiadanú a vykonanú návštevu v sobotu, nedeľu a v deň pracovného pokoja	

40	zotrúvanie poskytovateľa pri poistencovi mimo ambulancie cez deň (za každú začatú polhodinu), najmä v súvislosti s potrebou jeho zotrúvania do príchodu záchranej zdravotnej služby zabezpečujúcej prevoz poistenca do ústavnej zdravotnej starostlivosti; vyžaduje sa odôvodnenie v zdravotnej dokumentácii poistenca	0,0150
41	zotrúvanie poskytovateľa pri poistencovi mimo ambulancie v noci medzi 20.00 a 7.00 hodinou (za každú začatú polhodinu), najmä v súvislosti s potrebou jeho zotrúvania do príchodu záchranej zdravotnej služby zabezpečujúcej prevoz poistenca do ústavnej zdravotnej starostlivosti; vyžaduje sa odôvodnenie v zdravotnej dokumentácii poistenca	
67	příplatok pri výkonoch – odber krvi, injekcie, infúzie, infiltrácie, odobratie sterov, pri výkone očkovania u dieťaťa do veku piatich rokov. Môže sa vykázat s výkonom 25, 26 alebo 29	
140	prvé vyšetrenie novorodenca po pôrode. Môže sa vykazovať pri ambulantnom pôrode. môže sa vykázat s výkonom 25	

S uvedenými výkonmi v rámci návštevy poistenca je možné vykazovať aj zdravotné výkony č.: 200, 204, 206, 207, 210, 212, 250a, 250b, 250c, 252, 253, 261, 265, 271, 272, 289, 294, 295, 298, 299a, 299b, 320, 321, 323, 326, 332, 1275, 1402, 2000, 2003, 2011 a 2011a v súlade so zoznamom výkonov, pokiaľ ich neposkytuje agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti alebo sestra s licenciou na výkon samostatnej zdravotníckej praxe alebo iný poskytovateľ zdravotnej starostlivosti poskytujúci ambulantnú starostlivosť. Podmienkou úhrady výkonov podľa tabuľky tohto písmena je, že neodkladná zdravotná starostlivosť nebude v rovnakom čase v jeden deň vykázaná zdravotnej poisťovni lekárskou službou prvej pomoci.

e) zdravotného výkonu spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek (ďalej len „SVLZ“), kód výkonu 4571a C reaktívny proteín [ak ho poskytovateľ sám urobil a vyhodnotil (380 bodov)], ktorý sa uhrádza v cene bodu vo výške **0,0116 €**.

f) **zdravotných výkonov predoperačných vyšetrení a elektrokardiografických (EKG) vyšetrení**, ktoré sa uhrádzajú osobitnou cenou podľa tejto tabuľky:

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Úhrada v €
60b	Základné vyšetrenie zahŕňa potrebné odbery krvi, zhodnotenie laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení a zaradenie pacienta do rizikovej skupiny ASA. Výkon možno vykazovať iba raz v rámci jednej operácie, výkon sa vykazuje s kódom choroby, pre ktorú je poistenec plánovaný na operáciu. V prípade odoslania poistenca na vykonanie predoperačného vyšetrenia k lekárovi špecializovanej zdravotnej starostlivosti, zdravotná poisťovňa poskytnutú zdravotnú starostlivosť v súvislosti s predoperačným vyšetrením uhrádza v rámci kapitačnej platby za poistenca.	10,00
5702ZV	Elektrokardiografické (EKG) vyšetrenie, štandardné 12-zvodové zosnímanie ako súčasť predoperačného vyšetrenia; vykazuje sa s výkonom 60b.	4,18

4. Zdravotné výkony pri poskytnutí neodkladnej zdravotnej starostlivosti poistencom zdravotnej poisťovne sa uhrádzajú v cene bodu vo výške **0,0150 €** Výkony SVLZ (iné ako prístrojové) pri poskytnutí neodkladnej zdravotnej starostlivosti sa uhrádzajú v cene bodu vo výške **0,0073 €**

5. Dohodnutý rozsah úhrady zdravotných výkonov uhrádzaných cenou bodu podľa bodu 3.písm. b), c), d) a e) a bodu 4 tejto prílohy je určený súčinom ceny bodu a bodovej hodnoty zdravotného výkonu podľa zoznamu zdravotných výkonov za každý medicínsky indikovaný, správne vykázaný a zdravotnou poisťovňou uznaný zdravotný výkon.

II. Lekárska služba prvej pomoci

1. Zdravotné výkony poskytovanej zdravotnej starostlivosti sa uhrádzajú takto:

a) zdravotné výkony poskytovanej zdravotnej starostlivosti vykázané poskytovateľom v rámci lekárskej služby prvej pomoci (ďalej len „LSPP“) zdravotnej poisťovni v súlade s nariadením vlády SR č. 776/2004 Z. z., ktorým sa vydáva Katalóg zdravotných výkonov v znení neskorších predpisov sa ohodnocujú počtom bodov podľa „Zoznamu zdravotných výkonov a ich bodových hodnôt“ (ďalej len „zoznam výkonov“), ktorí tvorí prílohu nariadenia vlády SR č. 226/2005 Z. z. o výške úhrady za zdravotnú starostlivosť, ktorú uhrádza zdravotná poisťovňa poskytovateľovi lekárskej služby prvej pomoci v znení neskorších predpisov,

b) finančný rozsah, ktorý uhradí zdravotná poisťovňa poskytovateľovi LSPP predstavuje súčin počtu bodov za zdravotný výkon podľa písm. a) tohto bodu a dohodnutej ceny bodu uvedenej v bode 1 časti A) a B) tejto časti prílohy za všetky medicínsky indikované, zdravotnej poisťovni vykázané a zdravotnou poisťovňou uznané zdravotné výkony,

c) do finančného rozsahu podľa písm. b) tohto bodu sa nezapočítavajú náklady na lieky plne alebo čiastočne uhrádzané na základe verejného zdravotného poistenia zaradené v Zozname kategorizovaných liekov, označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“ a „AS“ (Na základe zákona 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),

d) do finančného rozsahu podľa písm. b) tohto bodu sa nezapočítavajú náklady na dopravu (§ 14 ods. 1 zákona č. 576/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov) a náklady na dopravu do zdravotníckeho zariadenia, zo zdravotníckeho zariadenia a medzi zdravotníckymi zariadeniami.

2. Poskytovateľ je povinný viesť záznam o službe v lekárskej službe prvej pomoci.

A. Lekárska služba prvej pomoci pre dospelých a návštevná lekárska služba prvej pomoci

1. Úhrada zdravotných výkonov poskytovanej zdravotnej starostlivosti v rámci LSPP:

Spôsob úhrady	Špecifikácia podmienok úhrady	Výška úhrady v €
cena bodu	zdravotné výkony pri poskytnutí LSPP pre dospelých	0,0237

2. K výške úhrady podľa bodu 1 písm. b) tejto časti prílohy sa pripočítava výška úhrady **0,039434 €** mesačne na jedného poistenca v príslušnom spádovom území určenom príslušným orgánom a to najmä na základe povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia, rozpisu vykonávania LSPP alebo iného aktu príslušného orgánu.

3. V prípade, že v rámci určitého spádového územia určeného príslušným orgánom poskytuje LSPP viac ako jeden poskytovateľ LSPP (ďalej len „spoločné spádové územie“), počet poistencov v tomto spoločnom spádovom území, nevyhnutný pre výpočet výšky mesačnej úhrady pre každého poskytovateľa LSPP podľa predchádzajúceho bodu, predstavuje podiel počtu poistencov s trvalým pobytom v spoločnom spádovom území a počtu poskytovateľov poskytujúcich LSPP v spoločnom spádovom území.

4. V prípade návštevnej LSPP sa výška úhrady vypočíta ako súčet výšky úhrady podľa bodu 2 tejto časti prílohy a výšky úhrady za dopravu lekára z miesta sídla ambulancie LSPP k pacientovi a späť:

Spôsob úhrady	Špecifikácia podmienok úhrady	Výška úhrady v €
cena za 1km	typ prevozu LSPP - doprava lekára služobným alebo objednaným vozidlom	0,50
cena za 1km	typ prevozu LSPR - doprava lekára vlastným (súkromným) alebo referentským vozidlom	0,25

B. Lekárska služba prvej pomoci pre deti a dorast a návštevná lekárska služba prvej pomoci

1. Úhrada zdravotných výkonov poskytovanej zdravotnej starostlivosti v rámci LSPP:

Spôsob úhrady	Špecifikácia podmienok úhrady	Výška úhrady v €
cena bodu	zdravotné výkony pri poskytnutí LSPP pre deti a dorast	0,0237

2. K výške úhrady podľa bodu 1 písm. b) tejto časti prílohy sa pripočítava výška úhrady **0,098586 €** mesačne na jedného poistenca v spádovom území určenom príslušným orgánom a to najmä na základe povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia, rozpisu vykonávania LSPP alebo iného aktu príslušného orgánu.

3. V prípade, že v rámci určitého spádového územia určeného príslušným orgánom poskytuje LSPP viac ako jeden poskytovateľ LSPP (ďalej len „spoločné spádové územie“), počet poistencov v tomto spoločnom spádovom území, nevyhnutný pre výpočet výšky mesačnej úhrady pre každého poskytovateľa LSPP podľa predchádzajúceho bodu, predstavuje podiel počtu poistencov s trvalým pobytom v spoločnom spádovom území a počtu poskytovateľov poskytujúcich LSPP v spoločnom spádovom území.

4. V prípade návštevnej LSPP sa výška úhrady vypočíta ako súčet výšky úhrady podľa bodu 2 tejto časti prílohy a výšky úhrady za dopravu lekára z miesta sídla ambulancie LSPP k pacientovi a späť:

Spôsob úhrady	Špecifikácia podmienok úhrady	Výška úhrady v €
cena za 1km	typ prevozu LSPP - doprava lekára služobným alebo objednaným vozidlom	0,50
cena za 1km	typ prevozu LSPR - doprava lekára vlastným (súkromným) alebo referentským vozidlom	0,25

III. Špecializovaná ambulantná zdravotná starostlivosť

1. Poskytovateľ a zdravotná poisťovňa sa dohodli, že zdravotné výkony poskytovanej zdravotnej starostlivosti sa uhrádzajú takto:

a) zdravotné výkony poskytovanej zdravotnej starostlivosti vykázané poskytovateľom v súlade s nariadením vlády Slovenskej republiky č. 776/2004 Z. z., ktorým sa vydáva Katalóg zdravotných výkonov v znení neskorších predpisov sa ohodnocujú počtom bodov podľa „Zoznamu zdravotných výkonov a ich bodových hodnôt“ (ďalej len „zoznam výkonov“), ktorý tvorí prílohu nariadenia vlády SR č. 226/2005 Z.z. o výške úhrady za zdravotnú starostlivosť, ktorú uhrádza zdravotná poisťovňa poskytovateľovi lekárskej služby prvej pomoci,

b) rozsah úhrady, ktorý uhradí zdravotná poisťovňa poskytovateľovi predstavuje súčin počtu bodov za zdravotný výkon podľa písmena a) tohto bodu a dohodnutej ceny bodu uvedenej v bodoch 3 až 6 tejto časti prílohy za všetky medicínsky indikované zdravotné výkony vykázané zdravotnej poisťovni a zdravotnou poisťovňou uznané zdravotné výkony,

c) zdravotný výkon, ktorý nemá v zozname výkonov určenú bodovú hodnotu, môže zdravotná poisťovňa uhradiť poskytovateľovi len s jej predchádzajúcim písomným súhlasom a to najviac vo výške preukázateľných nákladov spojených s jeho poskytnutím,

d) do rozsahu podľa písmena b) a c) tohto bodu sa nezapočítavajú náklady na lieky plne alebo čiastočne uhrádzané na základe verejného zdravotného poistenia zaradené do Zoznamu kategorizovaných liekov, označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“ a „AS“ (Na základe zákona č. 363/2011 Z.z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a diietických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov) a transfúzne lieky.

2. Poskytovateľ pri vykazovaní úhrady špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti (ďalej len „ŠAS“) uvádza kódy chorôb podľa medzinárodnej klasifikácie chorôb v platnom znení v troj až päťmiestnom tvare bez použitia bodky alebo iného interpunkčného znamienka.

3. Zdravotné výkony špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti (ďalej len „ŠAS“) podľa tejto časti prílohy sa uhrádzajú cenou bodu vo výške **0,0197 €**s výnimkou zdravotnej starostlivosti uvedenej v bodoch 4 až 6.

4. Osobitne sa cenou bodu vo výške **0,0237 €** uhrádzajú výkony ústavnej pohotovostnej služby a centrálného príjmu.

5. Osobitne sa cenou bodu vo výške **0,0073 €** uhrádzajú výkony spoločných vyšetrení a liečebných zložiek (ďalej len „SVLZ“) a výkony SVLZ prístrojové, poskytnuté na ambulancii ŠAS, okrem výkonov 5330, 5331, 5332.

6. Výkony SVLZ prístrojové, poskytnuté na ambulancii ŠAS 5330, 5331, 5332 sa uhrádzajú cenou bodu vo výške **0,0055 €**.

A. Špecializovaná ambulantná zdravotná starostlivosť v špecializačnom odbore vnútorné lekárstvo

Zdravotné výkony poskytovanej zdravotnej starostlivosti v špecializačnom odbore vnútorné lekárstvo sa uhrádzajú podľa podmienok uvedených v bodoch 1 až 6 časti Špecializovaná ambulantná starostlivosť.

Osobitne sa cenou bodu vo výške **0,0430 €** uhrádzajú zdravotné výkony preventívnych prehliadok vykonaných v rámci skríningu rakoviny konečníka a hrubého čreva podľa prílohy č. 2 k zákonu 577/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov poskytovateľovi **zaradenému** do programu skríningu kolorektálneho karcinómu v zmysle Odborného usmernenia Ministerstva zdravotníctva SR pre realizáciu programu skríningu kolorektálneho karcinómu*/ účinného od 1.januára 2012 za podmienok podľa tejto tabuľky:

Kód výkonu	Vykazovanie / výsledok	Vek / frekvencia	Počet bodov / vyšetrenie
760sp 760pp	vykazuje sa v prípade pozitívneho nálezu s kódom choroby Z12.1	vo veku nad 50 rokov, raz za 10 rokov	1 350
760sn 760pn	vykazuje sa v prípade negatívneho nálezu s kódom choroby Z12.1		
763sp 763pp	vykazuje sa v prípade pozitívneho nálezu s kódom choroby Z12.1	vo veku nad 50 rokov, raz za 10 rokov	2 369
763sn 763pn	vykazuje sa v prípade negatívneho nálezu s kódom choroby Z12.1		

Vysvetlivky: */ Zoznam endoskopických pracovísk a zoznam špecialistov oprávnených na výkon skríningu kolorektálneho karcinómu je zverejnený na www.health.gov.sk.

B. Špecializovaná ambulantná zdravotná starostlivosť v špecializačnom odbore chirurgia

Zdravotné výkony poskytovanej zdravotnej starostlivosti v špecializačnom odbore chirurgia sa uhrádzajú podľa podmienok uvedených v bodoch 1 až 6 časti Špecializovaná ambulantná starostlivosť.

Osobitne sa cenou bodu vo výške **0,0430 €** uhrádzajú zdravotné výkony preventívnych prehliadok vykonaných v rámci skríningu rakoviny konečníka a hrubého čreva podľa prílohy č. 2 k zákonu 577/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov poskytovateľovi **zaradenému** do programu skríningu kolorektálneho karcinómu v zmysle Odborného usmernenia Ministerstva zdravotníctva SR pre realizáciu programu skríningu kolorektálneho karcinómu*/ účinného od 1.januára 2012 za podmienok podľa tejto tabuľky:

Kód výkonu	Vykazovanie / výsledok	Vek / frekvencia	Počet bodov / vyšetrenie
760sp 760pp	vykazuje sa v prípade pozitívneho nálezu s kódom choroby Z12.1	vo veku nad 50 rokov, raz za 10 rokov	1 350
760sn 760pn	vykazuje sa v prípade negatívneho nálezu s kódom choroby Z12.1		
763sp 763pp	vykazuje sa v prípade pozitívneho nálezu s kódom choroby Z12.1	vo veku nad 50 rokov, raz za 10 rokov	2 369
763sn 763pn	vykazuje sa v prípade negatívneho nálezu s kódom choroby Z12.1		

Vysvetlivky: */ Zoznam endoskopických pracovísk a zoznam špecialistov oprávnených na výkon skríningu kolorektálneho karcinómu je zverejnený na www.health.gov.sk.

C. Špecializovaná ambulantná zdravotná starostlivosť v špecializačnom odbore urológia

Zdravotné výkony poskytovanej zdravotnej starostlivosti v špecializačnom odbore urológia sa uhrádzajú podľa podmienok uvedených v bodoch 1 až 6 časti Špecializovaná ambulantná starostlivosť.

a) Osobitne sa cenou bodu vo výške **0,0430 €** uhrádzajú zdravotné výkony preventívnej prehliadky – vyšetrenie na včasné rozpoznanie ochorenia na rakovinu u muža vrátane rád podľa tejto tabuľky:

Kód výkonu	Vek / frekvencia	Vykazovanie
158	poistencom od 40. roku veku / raz za dva roky alebo za podmienok a vo frekvencii podľa zákona 577/2004 Z.z. v znení neskorších predpisov	vykazuje sa s kódom choroby Z12.5; môže sa vykázat' s výkonom 5302

b) Osobitne sa uhrádzajú jednorazové zdravotnícke pomôcky (ďalej len „JZP“) použité pri poskytnutí uvedených zdravotných výkonoch v nadobúdacej cene, najviac však v uvedenej maximálnej cene podľa tejto tabuľky:

Kód výkonu	Kód JZP	Označenie JZP	Maximálna cena úhrady JZP v €
5153a	160005	punkčná ihla	66,00
1795, 5158b, 1822	160006	SET - epicystostomický, nefrostomický, cystostomický	199,00
1791, 1792, 1793, 1794	160009	cievka	51,00
5158a	160007*/	stent	1992,00
5158	160008	double pigtail	17,00
1722, 1723	160010	permanentný katéter (na 3 – 6 mesiacov)	17,00

Vysvetlivky: */ Podmienkou úhrady JZP je predchádzajúci písomný súhlas zdravotnej poisťovne; v prípade, že ide o poskytnutie neodkladnej zdravotnej starostlivosti poistencovi, poskytovateľ žiada o súhlas zdravotnú poisťovňu dodatočne, najneskôr však v prvý pracovný deň po poskytnutí neodkladnej zdravotnej starostlivosti. Súhlas zdravotnej poisťovne na úhradu zdravotníckej pomôcky je platný jeden rok, alebo do momentu preradenia zdravotníckej pomôcky zo Zoznamu ZM do Zoznamu ŠZM, podľa toho, ktorá z uvedených skutočností nastane skôr.

V prípade, že zdravotnícke pomôcky uvedené v písm. b) tejto časti prílohy sa na základe kategorizácie špeciálnych zdravotníckych materiálov stanú súčasťou Zoznamu ŠZM v zmysle zákona 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, zdravotná poisťovňa uhradí tento ŠZM ako pripočítateľnú položku k úhrade výkonu do výšky obstarávacej ceny ŠZM, najviac však do výšky 92 % z maximálnej úhrady zdravotnej poisťovne za ŠZM uvedenej v Zozname ŠZM pri súčasnom dodržaní všetkých príslušných podmienok úhrady ŠZM (pri výpočte sa uplatňuje matematické zaokrúhľovanie na dve desatinné miesta). Ak je obstarávacia cena ŠZM vyššia ako maximálna úhrada zdravotnej poisťovne za ŠZM ako pripočítateľnej položky podľa predchádzajúcej vety, je tento rozdiel zahrnutý do úhrady zdravotného výkonu/výkonov, pri ktorých bol ŠZM použitý. Pre aplikáciu tohto bodu je rozhodujúci Zoznam ŠZM platný v čase použitia ŠZM.

D. Špecializovaná ambulantná zdravotná starostlivosť v špecializačnom odbore gastroenterológia

Zdravotné výkony poskytovanej zdravotnej starostlivosti v špecializačnom odbore gastroenterológia sa uhrádzajú podľa podmienok uvedených v bodoch 1 až 6 časti Špecializovaná ambulantná starostlivosť.

Osobitne sa cenou bodu vo výške **0,0430 €** uhrádzajú zdravotné výkony preventívnych gastroenterologických prehliadok podľa prílohy č. 2 k zákonu 577/2004 Z. z., v znení neskorších predpisov

a) poskytovateľovi **zaradenému** do programu skríningu kolorektálneho karcinómu v zmysle Odborného usmernenia Ministerstva zdravotníctva SR pre realizáciu programu skríningu kolorektálneho karcinómu*/, ktoré nadobudlo účinnosť 1. januára 2012 (ďalej len „program skríningu kolorektálneho karcinómu“), podľa tejto tabuľky:

Kód výkonu	Vykazovanie / výsledok	Vek / frekvencia	Počet bodov / vyšetrenie
760sp 760pp	vykazuje sa v prípade pozitívneho nálezu s kódom choroby Z12.1	vo veku nad 50 rokov, raz za 10 rokov	1 350
760sn 760pn	vykazuje sa v prípade negatívneho nálezu s kódom choroby Z12.1		
763sp 763pp	vykazuje sa v prípade pozitívneho nálezu s kódom choroby Z12.1	vo veku nad 50 rokov, raz za 10 rokov	2 369
763sn 763pn	vykazuje sa v prípade negatívneho nálezu s kódom choroby Z12.1		

Vysvetlivky: */ Zoznam endoskopických pracovísk a zoznam špecialistov oprávnených na výkon skríningu kolorektálneho karcinómu je zverejnený na www.health.gov.sk.

b) poskytovateľovi **nezaradenému** do programu skríningu kolorektálneho karcinómu podľa tejto tabuľky:

Kód výkonu	Vykazovanie	Vek / frekvencia	Počet bodov / vyšetrenie
763p	vykazuje sa s kódom choroby Z12.1	vo veku nad 50 rokov raz za 10 rokov, u osôb so zvýšeným rizikom ochorenia na rakovinu hrubého čreva a konečníka bez vekového obmedzenia, pri negatívite pri prvej kolonoskopickej prehliadke raz za 5 rokov	2 369

IV. Špecializovaná ambulantná zdravotná starostlivosť v špecializačnom odbore gynekológia a pôrodnictvo

A) Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore gynekológia a pôrodnictvo

1. Poskytovateľ:

a) poskytuje zdravotnú starostlivosť poistenke zdravotnej poisťovne (ďalej len „poistenka“) po dovŕšení 15-teho roku života na základe písomnej dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti; prvopis dohody je súčasťou zdravotnej dokumentácie a druhopis sa odovzdá poistenke alebo jej zákonnému zástupcovi. Dohoda, ktorú uzatvorí poistenka s iným poskytovateľom podľa tohto bodu (ďalej len „nová dohoda“) sa stáva platnou prvým dňom kalendárneho mesiaca nasledujúceho po kalendárnom mesiaci, v ktorom bola nová dohoda podpísaná za podmienky predchádzajúceho preukázateľného (písomného) odstúpenia od dohody poistenkou u predchádzajúceho poskytovateľa,

b) zasiela kópiu prvopisu dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s poistenkou na vyžiadanie zdravotnej poisťovni v prípade, ak v jednom kalendárnom mesiaci budú fakturovať kapitačnú platbu na tú istú poistenku (ďalej len „kapitovaná poistenka“) dvaja a viacerí poskytovatelia. Zdravotná poisťovňa je oprávnená vyžiadať kópie prvopisu dohody podľa tohto bodu písomne, telefonicky, faxom alebo e-mailom,

c) zasiela k termínu 30. jún a 31. december príslušného kalendárneho roka hlásenie o počte kapitovaných poisteniek zdravotnej poisťovni v elektronickej podobe v dátovom rozhraní určenom metodickým usmernením vydaným Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou,

d) má nárok na úhradu kapitačnej platby aj späťne, ak poistenka alebo jej zákonný zástupca neohlásil poskytovateľovi zmenu zdravotnej poisťovne; nárok na spätnú úhradu kapitačnej platby za kapitovanú poistenku, ktorú opomenul vykázať má iba v tom prípade, ak zdravotná poisťovňa v období, za ktoré si túto poistenku späťne vykazuje, neuhradila kapitačnú platbu inému poskytovateľovi,

e) má nárok, aby zdravotná poisťovňa vykonala porovnanie kapitačného stavu poisteniek poskytovateľa a oznámila výsledok poskytovateľovi na základe údajov poskytnutých poskytovateľom podľa písm. c) tohto bodu a informovala poskytovateľa o skutočnom počte kapitovaných poisteniek u poskytovateľa evidovaných v informačnom systéme zdravotnej poisťovne,

f) pri vykazovaní úhrady špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti v špecializačnom odbore gynekológia a pôrodnictvo (ďalej len „ŠAS“) podľa tejto časti prílohy a nasledujúcej časti tejto prílohy uvádza kódy chorôb podľa medzinárodnej klasifikácie chorôb v platnom znení v troj až päťmiestnom tvare bez použitia bodky alebo iného interpunkčného znamienka; v tejto a v nasledujúcej časti tejto prílohy sú kódy chorôb uvedené v tvare podľa medzinárodnej klasifikácie chorôb v platnom znení (ďalej len „kód choroby“).

2. Výkony zdravotnej starostlivosti poskytnuté kapitovanej poistenke zdravotnej poisťovne sa uhrádzajú mesačne za jednu poistenku zdravotnej poisťovne takto:

Spôsob úhrady	Výška úhrady v €
kapitácia	1,40

3. Kapitácia podľa bodu 2 tejto časti prílohy nezahŕňa **úhradu**:

a) **liekov** zaradených v Zozname kategorizovaných liekov, ktoré sú predpísané a použité v súlade s preskripčnými obmedzeniami, indikačnými obmedzeniami a obmedzeniami úhrady zdravotnej poisťovne na jej predchádzajúci súhlas, označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“ a „AS“ (Na základe zákona 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),

b) zdravotných výkonov preventívnych prehliadok vykonaných v súlade s prílohou č. 2 zákona č. 577/2004 Z.z. v znení neskorších predpisov, ktoré sa uhrádzajú cenou bodu vo výške **0,0430 €** za podmienok podľa tejto tabuľky:

Kód výkonu	Vek / frekvencia	Vykazovanie
100		vykazuje sa s kódom choroby Z34.0 alebo Z34.8, môže sa vykázať, ak nie je súčasťou iného výkonu
102	vykazuje sa po potvrdení gravidity pri prvej návšteve	pri fyziologickom tehotenstve sa vykazuje s kódom

103*/	vykazuje sa od druhej návštevy / raz za 28 dní	choroby Z34.0 alebo Z34.8 alebo Z35.4, pri patologickom tehotenstve s kódom choroby Z35.2
105	vykazuje sa iba raz v súvislosti so šesťmesačím	vykazuje sa s kódom choroby Z39.2
157	ženy vo veku od 18 rokov veku alebo od prvého tehotenstva / raz za kalendárny rok	vykazuje sa s kódom choroby Z01.4
167	skrining rakoviny krčka maternice pre ženy vo veku od 18 do 64 rokov, prvé dva odbery cytológie v ročnom intervale. V prípade negativity týchto dvoch cytologických výsledkov pokračovať v 3-ročnom intervale do veku 64 rokov. Uvedená periodicita platí aj pre poistenku, u ktorej sa začal skrining aj neskôr ako v 23. roku života. Skrining sa ukončí vo veku 64 rokov, ak budú posledné 3 cytologické nálezy negatívne	vykazuje sa s kódom choroby Z01.4

Vysvetlivky: */ Pri rizikovom tehotenstve sa vykazuje uvedená prehliadka pod kódom zdravotného výkonu č. 63; zdravotný výkon č. 63 sa neuhrádza ako preventívna prehliadka nad rámec kapitácie podľa bodu 3 písm. b) tejto časti prílohy.

c) zdravotných výkonov spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek (ďalej len „SVLZ“) poskytnutých pri poskytovaní zdravotných výkonov na ambulanciách ŠAS, ktoré sa uhrádzajú v cenách podľa tejto tabuľky:

Spôsob úhrady	Špecifikácia podmienok úhrady	Výška úhrady v €
cena bodu	výkon SVLZ vrátane výkonu SVLZ prístrojový, okrem preventívneho prístrojového výkonu 108, 118, 5303, 5305 a 5308	0,0073
cena bodu	výkon SVLZ prístrojový preventívny 108, 118, 5303, 5305	0,0200
cena bodu	výkon SVLZ prístrojový preventívny 5308	0,0076

ca) výkony SVLZ poskytnuté podľa písmena c) tohto bodu sa uhrádzajú u poskytovateľa, ktorý spĺňa odborné predpoklady na vyhodnocovanie príslušných vyšetrení (špecializácia alebo certifikát), vlastní alebo má prenajatý príslušný prístroj a zdravotná poisťovňa súhlasila s uhrádzaním výkonov uvedených v prílohe č. 3 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti,

cb) výkon 108 sa akceptuje ako preventívny výkon najviac tri razy počas tehotenstva u kapitovanej poistenky. Vykazuje sa súčasne s kódom choroby Z34.0, Z34.8, Z35.2 alebo Z35.4.

cc) výkon 118 sa akceptuje ako preventívny výkon raz týždenne počas obdobia posledných štyroch týždňov gravidity (maximálne 6x), vykazuje sa súčasne s výkonom 103 a s kódom choroby Z34.0, Z34.8, Z35.4 alebo Z35.2 u kapitovanej poistenky. Úhrada a frekvencia výkonu 103 je uvedená v tabuľke v písm. b) tohto bodu,

cd) výkony 5303 a 5305 sa akceptujú ako preventívne výkony raz za dvanásť mesiacov, vykazujú sa v nadväznosti na výkon 157 a s kódom choroby Z01.4 u kapitovanej poistenky, výkony 5303 a 5305 sa nevykazujú naraz v rámci vykonania jednej preventívnej prehliadky (výkon 157),

ce) výkony 5303 a 5305 sa akceptujú k úhrade aj bez naviazania na vykonanie preventívnej prehliadky (výkon 157); v tomto prípade sa uhrádzajú cenou bodu vo výške **0,0073 €**,

cf) výkon 5308 sa akceptuje ako preventívny výkon raz za dva roky v intervaloch a vekovom rozmedzí stanovených v skriningu, vykazuje sa súčasne s výkonom 157 a kódom choroby Z01.4 u kapitovanej poistenky,

cg) v prípade, že poskytovateľ nie je oprávnený výkony SVLZ prístrojové vykonávať, lebo nespĺňa podmienky podľa písm. ca) tohto bodu, zdravotná poisťovňa uhradí tieto výkony tomu poskytovateľovi, ktorý tieto podmienky spĺňa, ktorý je zároveň jej zmluvným poskytovateľom a ktorý bol písomne oznámený zdravotnej poisťovni poskytovateľom,

ch) v prípade, že u poskytovateľa vykonáva SVLZ prístrojové vyšetrenia lekár inej odbornosti ako je gynekológia a pôrodnictvo (napr. rádiológ), poskytovateľ vykazuje vykonané výkony lekárom inej odbornosti podľa tohto bodu pod kódom lekára, ktorý vyšetrenia vykonával. Podmienkou vykazovania podľa tohto bodu je zároveň oprávnenie na vykonávanie činnosti podľa tohto bodu v platnom povolení poskytovateľa pre príslušnú odbornosť.

4. Zdravotné výkony pri poskytnutí neodkladnej zdravotnej starostlivosti poistenke zdravotnej poisťovne na ambulancii ŠAS sa uhrádzajú v cene bodu vo výške **0,0166 €** Výkony SVLZ pri poskytnutí neodkladnej zdravotnej starostlivosti na ambulanciách ŠAS sa uhrádzajú cenou bodu vo výške **0,0073 €**

B) Špecializovaná ambulatná zdravotná starostlivosť v špecializačnom odbore gynekológia a pôrodnictvo, reprodukčná medicína, materno-fetálna medicína, ultrazvuk v gynekológii a pôrodnictve, mamológia a v certifikovanej pracovnej činnosti mamodiagnostika v gynekológii

1. Zdravotné výkony poskytovanej zdravotnej starostlivosti sa uhrádzajú takto:

a) zdravotné výkony vykázané poskytovateľom v súlade s nariadením vlády SR č. 776/2004 Z. z., ktorým sa vydáva Katalóg zdravotných výkonov v znení neskorších predpisov sa ohodnocujú počtom bodov podľa Zoznamu zdravotných výkonov a ich bodových hodnôt (ďalej len „zoznam výkonov“), ktorí tvorí prílohu nariadenia vlády SR č. 226/2005 Z.z., o výške úhrady za zdravotnú starostlivosť, ktorú uhrádza zdravotná poisťovňa poskytovateľovi lekárskej služby prvej pomoci,

b) rozsah úhrady, ktorý uhradí zdravotná poisťovňa poskytovateľovi ŠAS podľa tejto časti prílohy, predstavuje súčin počtu bodov za zdravotný výkon podľa písm. a) tohto bodu a dohodnutej ceny bodu uvedenej v bode 2 a 3 tejto časti prílohy za všetky medicínsky indikované zdravotné výkony vykázané zdravotnej poisťovni a zdravotnou poisťovňou uznané,

c) zdravotný výkon, ktorý nemá v zozname výkonov určenú bodovú hodnotu, môže zdravotná poisťovňa uhradiť poskytovateľovi len s jej predchádzajúcim súhlasom a to najviac vo výške preukázateľných nákladov spojených s jeho poskytnutím,

d) do rozsahu podľa písm. b) a c) tohto bodu sa nezapočítava **úhrada liekov** zaradených v Zozname kategorizovaných liekov, ktoré sú predpísané a použité v súlade s preskripčnými obmedzeniami, indikačnými obmedzeniami a obmedzeniami úhrady zdravotnej poisťovne na jej predchádzajúci súhlas, označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“ a „AS“.

2. Zdravotné výkony ŠAS poskytnuté podľa tejto časti prílohy s výnimkou zdravotnej starostlivosti uvedenej v bode 3 tejto časti prílohy sa uhrádzajú cenou bodu vo výške **0,0197 €**

3. Osobitne sa uhrádzajú výkony SVLZ poskytnuté pri poskytovaní zdravotných výkonov na ambulanciách ŠAS za podmienok uvedených v tabuľke tohto bodu:

Spôsob úhrady	Špecifikácia podmienok úhrady	Výška úhrady v €
cena bodu	výkon SVLZ vrátane výkonu SVLZ prístrojový, okrem preventívneho prístrojového výkonu 108, 118, 5303, 5305 a 5308	0,0073
cena bodu	výkon SVLZ prístrojový preventívny 108, 118, 5303, 5305	0,0200
cena bodu	výkon SVLZ prístrojový preventívny 5308	0,0076

a) výkony SVLZ poskytnuté podľa tohto bodu sa uhrádzajú u poskytovateľa, ktorý spĺňa odborné predpoklady na vyhodnocovanie príslušných vyšetrení (špecializácia alebo certifikát), vlastní alebo má prenajatý príslušný prístroj a zdravotná poisťovňa súhlasila s uhrádzaním výkonov uvedených v prílohe č. 3 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti,

b) výkon 108 sa akceptuje ako preventívny výkon najviac tri razy počas tehotenstva poistenky, vykazuje sa súčasne s kódom choroby Z34.0, Z34.8, Z35.2 alebo Z35.4.

c) výkon 118 sa akceptuje ako preventívny výkon raz týždenne počas obdobia posledných štyroch týždňov gravidity (maximálne 6x) poistenky, vykazuje sa súčasne s výkonom 103 a s kódom choroby Z34.0, Z34.8, Z35.2 alebo Z35.4. Úhrada a frekvencia výkonu 103 je uvedená v tabuľke v časti A) bod 3 písm. b) tejto časti tejto prílohy,

d) výkony 5303 a 5305 sa akceptujú ako preventívne výkony raz za dvanásť mesiacov, vykazujú sa v nadväznosti na výkon 157 s kódom choroby Z01.4, výkony 5303 a 5305 sa nevykazujú naraz v rámci vykonania jednej preventívnej prehliadky (výkon 157),

e) výkon 5303 a 5305 sa akceptuje k úhrade aj bez naviazania na vykonanie preventívnej prehliadky (výkon 157), v takomto prípade sa uhrádza cenou bodu vo výške **0,0073 €**

f) výkon 5308 sa akceptuje ako preventívny výkon raz za dva roky v intervaloch a vekovom rozmedzí stanovených v skríningu, vykazuje sa súčasne s výkonom 157 a kódom choroby Z01.4.

V. Stacionár

1. Výkony poskytnutej zdravotnej starostlivosti poistencovi v stacionári sa uhrádzajú cenou ošetrovacieho dňa za každý medicínsky indikovaný, správne vykázaný a zdravotnou poisťovňou uznaný ošetrovací deň, takto:

Druh zdravotníckeho zariadenia	Výška úhrady v €
Stacionár opakovaná denná ambulantná starostlivosť	15,-

2. Za ošetrovací deň v stacionári sa považuje pobyt poistenca u poskytovateľa v pracovnom dni v trvaní nepresahujúcom 24 hodín (ďalej len „denný pobyt“) v nadväznosti na predchádzajúcu ambulantnú alebo ústavnú zdravotnú starostlivosť.

3. Poistenec môže byť prijatý do stacionára len na odporúčanie lekára špecializovanej ambulantnej starostlivosti, u ktorého je poistenec v dlhodobej alebo dispenzárnej starostlivosti (ďalej len „ošetrojúci lekár“).

4. Maximálny počet denných pobytov v stacionári u jedného poistenca v kalendárnom roku je 30, okrem psychiatrického stacionára. V mimoriadnych prípadoch denný pobyt poistenca v stacionári po vyčerpaní 30-tich denných pobytov v kalendárnom roku schvaľuje zdravotná poisťovňa na základe písomnej žiadosti odosielajúceho ošetrojúceho lekára s odôvodnením potreby ďalšej liečby formou denného pobytu v stacionári.

5. Maximálny počet denných pobytov v psychiatrickom stacionári u jedného poistenca v kalendárnom roku je 60. V mimoriadnych prípadoch denný pobyt poistenca po vyčerpaní 60-tich denných pobytov v kalendárnom roku schvaľuje zdravotná poisťovňa na základe písomnej žiadosti odosielajúceho ošetrojúceho lekára s odôvodnením potreby ďalšej liečby formou denného pobytu.

6. V cene ošetrovacieho dňa sú zahrnuté všetky náklady, ktoré súvisia s poskytnutím zdravotnej starostlivosti poistencovi vrátane nákladov za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti.

VI. Zariadenia spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek

1. Zdravotné výkony poskytovanej zdravotnej starostlivosti vykázané poskytovateľom v súlade s nariadením vlády SR č. 776/2004 Z. z., ktorým sa vydáva Katalóg zdravotných výkonov v znení neskorších predpisov sa ohodnocujú počtom bodov uvedených v prílohe nariadenia vlády SR č. 226/2005 Z.z., o výške úhrady za zdravotnú starostlivosť, ktorú uhrádza zdravotná poisťovňa poskytovateľovi lekárskej služby prvej pomoci, pod názvom Zoznam zdravotných výkonov a ich bodové hodnoty (ďalej len „Zoznam výkonov“).
2. Zdravotný výkon, ktorý nie je uvedený v Zozname výkonov (nemá určenú bodovú hodnotu) zdravotná poisťovňa môže uhradiť poskytovateľovi len s predchádzajúcim písomným súhlasom zdravotnej poisťovne a to najviac vo výške preukázateľných nákladov spojených s jeho poskytnutím.
3. Finančný rozsah, ktorý uhradí zdravotná poisťovňa poskytovateľovi poskytujúcemu zdravotnú starostlivosť v zariadení spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek (ďalej len „SVLZ“), s výnimkou špecializačných odborov uvedených pod písm. A), B) alebo C) tejto časti prílohy, predstavuje súčin počtu bodov za zdravotný výkon podľa Zoznamu výkonov a ceny bodu vo výške **0,0073 €** za všetky medicínsky indikované, zdravotnej poisťovni správne vykázané a zdravotnou poisťovňou uznané zdravotné výkony.
4. Do finančného rozsahu sa nezapočítavajú náklady na lieky plne alebo čiastočne uhrádzané na základe verejného zdravotného poistenia zaradené v Zozname kategorizovaných liekov, označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“ a „AS“¹, ani náklady na ďalšie pripočítateľné položky k zdravotným výkonom vykázané v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi.
5. Poskytovateľ pri vykazovaní úhrady zdravotnej starostlivosti v zariadení SVLZ uvádza kódy chorôb podľa medzinárodnej klasifikácie chorôb v platnom znení v troj až päťmiestnom tvare bez použitia bodky alebo iného interpunkčného znamienka; v tejto časti prílohy sú kódy chorôb uvedené v tvare podľa medzinárodnej klasifikácie chorôb v platnom znení (ďalej len „kód choroby“).

A) Laboratórne vyšetrovacie metódy

1. Zmluvné strany sa dohodli, že poskytovateľ poskytujúci zdravotnú starostlivosť v zariadení SVLZ v špecializačných odboroch laboratórnej medicíny
 - a) vybrané zdravotné výkony Zoznamu výkonov vyказuje pod novými kódmi a za podmienok uvedených v dokumente „**Usmernenie k vykazovaniu výkonov podobných vyšetrení**“,
 - b) zdravotné výkony podľa Zoznamu výkonov vyказuje pri rešpektovaní podmienok uvedených v dokumente „**Usmernenie k vykazovaniu laboratórnych výkonov**“,
 - c) pri vyšetrení onkomarkerov vyказuje len laboratórne zdravotné výkony, ktoré boli indikované za podmienok uvedených v dokumente „**Onkomarkery**“.
2. Dokumenty podľa predchádzajúceho bodu sú zverejnené na webovom sídle zdravotnej poisťovne www.union.sk. Zmluvné strany vyhlasujú, že im ich obsah je známy v čase uzavretia zmluvy alebo dodatku, ktorej súčasťou táto príloha je. V prípade zmeny ktoréhokoľvek z dokumentov uvedených v predchádzajúcom bode zdravotná poisťovňa informuje poskytovateľa najneskôr 21 dní pred plánovaným dňom účinnosti takejto zmeny.
3. Finančný rozsah, ktorý uhradí zdravotná poisťovňa poskytovateľovi poskytujúcemu zdravotnú starostlivosť v zariadení SVLZ v špecializačných odboroch laboratórnej medicíny, predstavuje súčin počtu bodov za zdravotný výkon podľa Zoznamu výkonov a ceny bodu vo výške v rozmedzí **0,0056 € do 0,0068 €** za všetky medicínsky indikované, zdravotnej poisťovni správne vykázané a zdravotnou poisťovňou uznané zdravotné výkony; výška ceny bodu závisí od splnenia motivačných kritérií uvedených nižšie:
 - základná cena bodu **0,0056 €** (podmienkou je interný a externý systém kontroly kvality a zabezpečenie prepravy biologického materiálu) sa navýši o **0,0004 €** za splnenia každého z nasledovných motivačných kritérií (ďalej aj „MK“)

Motivačné kritérium	Zmluvná cena bodu v € na základe splnenia MK
ordinačné hodiny - nepretržitá prevádzka a/alebo vykonávanie manuálne náročných zdravotných výkonov	0,0060
laboratórny informačný systém a/alebo preprava biologického materiálu	
akreditácia	

4. Poskytovateľ poskytujúci zdravotnú starostlivosť v zariadení SVLZ v špecializačnom odbore patologická anatómia vyказuje zdravotné výkony súvisiace s cytologickým vyšetrením cervikálneho steru výlučne kódmi a za podmienok uvedených v tabuľke tohto bodu:

¹ Zákon 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.

Kód výkonu	Názov výkonu	Počet bodov	Podmienky vykazovania
9980	Skríningové cytologické vyšetrenie steru z krčka maternice realizované konvenčnou metódou.	1 000	Vykazuje sa s kódmi choroby Z01.4, Z12.4, N72, N86, N87.0, N87.1, N87.2, N87.9, N88.8, N88.9, C53.0, C53.1, C53.8, C53.9, C54.0, C54.1, C54.2, C54.3, C54.8, C54.9, C55, C56, C80.9, D06.9; výkon je možné vykázať maximálne jedenkrát za dvanásť mesiacov na jedno rodné číslo
9980a	Cytologické vyšetrenie steru z krčka maternice realizované konvenčnou metódou /vek poistenky do 23 rokov a nad 64 rokov/	1 000	Vykazuje sa s kódmi choroby Z01.4, Z12.4, N72, N86, N87.0, N87.1, N87.2, N87.9, N88.8, N88.9, C53.0, C53.1, C53.8, C53.9, C54.0, C54.1, C54.2, C54.3, C54.8, C54.9, C55, C56, C80.9, D06.9; výkon je možné vykázať maximálne dvakrát za dvanásť mesiacov na jedno rodné číslo
9980b	Cytologické vyšetrenie steru z krčka maternice realizované konvenčnou metódou /kontrolné cytologické vyšetrenie/	1 000	Vykazuje sa s kódmi choroby Z01.4, Z12.4, N72, N86, N87.0, N87.1, N87.2, N87.9, N88.8, N88.9, C53.0, C53.1, C53.8, C53.9, C54.0, C54.1, C54.2, C54.3, C54.8, C54.9, C55, C56, C80.9, D06.9; výkon je možné vykázať maximálne dvakrát za dvanásť mesiacov na jedno rodné číslo

Poznámka:

Kódy choroby sú priradené ku kódu výkonu podľa výsledku cytologického vyšetrenia nasledovne:

- **negatívny nález** - kódy choroby: Z01.4; Z12.4,
- **pozitívny nález** - kódy choroby: N87.9 - ASC- US, AGC - NOS; N87.0 – LSIL, N87.1 a N87.2 – HSIL, AGC – FN, C53.0, C53.1, C53.8, C53.9, C54.0, C54.1, C54.2, C54.3, C54.8, C54.9, C55, C56, C80.9. alebo D06.9 (adekvátne aktuálnemu výsledku cytologického vyšetrenia).

Vykazovaná je konečná diagnóza, ktorú stanoví lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore patologická anatómia.

U poistenky, u ktorej bol cytologický nález vyhodnotený ako ASCUS, ASC-H a LSIL, je možné s výkonom 9952 vykázať výkon 4956, ktorým sa v tomto prípade vykazuje detekcia expresie markerov p16INK4a a Ki67, v maximálnom počte 2x na jednu poistenku. Výkon 4956 sa vykazuje s kódmi choroby N72, N87.0, N87.1, N87.2, N87.9, N88.9, C53.0, C53.1, C53.8, C53.9, D06.

5. Zdravotná poisťovňa vyhlasuje, že revízný lekár zdravotnej poisťovne udelil predchádzajúci súhlas podľa § 42 ods. 5 a 6 zákona č. 577/2004 Z.z. v znení neskorších predpisov s úhradou výkonov uvedených pod písm. A), v bode 1 písm. a) [okrem výkonov uvedených v písm. c) tohto bodu] a v bode 4 v zmluvne dohodnutej cene s podmienkou, že poskytovateľ nebude za zdravotnú starostlivosť vo forme týchto výkonov požadovať úhradu od poistenca, ktorému bol výkon poskytnutý. Poskytovateľ berie na vedomie, že tento súhlas revízneho lekára zdravotnej poisťovne

- a) je účinný od nadobudnutia účinnosti zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti uzatvorenej medzi zdravotnou poisťovňou a poskytovateľom a platí po dobu jej platnosti, pokiaľ nebol zdravotnou poisťovňou odvolaný podľa písm. b) tohto bodu
- b) môže byť kedykoľvek, aj pred uplynutím doby uvedenej v písm. a), odvolaný na základe písomného odvolania súhlasu revízneho lekára zdravotnej poisťovne; odvolanie súhlasu nadobudne účinnosť ku dňu uvedenému v odvolaní súhlasu, a
- c) nevzťahuje sa na zdravotné výkony, ktoré podľa dojednaných zmluvných podmienok podliehajú schvaľovaniu zdravotnej poisťovne na základe žiadosti.

6. Poskytovateľ je na žiadosť zdravotnej poisťovne povinný predložiť kópie výsledkov externej kontroly kvality vo forme ako ich dostáva od spoločnosti, s ktorou má uzatvorenú zmluvu o vykonávaní externej kontroly kvality (doklad o zaradení do systému externej kontroly kvality a prehľad získaných certifikátov); táto povinnosť sa vzťahuje na poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, ktorý poskytuje zdravotnú starostlivosť v zariadeniach spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek v odboroch klinická biochémia, patologická anatómia, hematológia a transfuziológia, klinická mikrobiológia, klinická imunológia a alergológia, nukleárna medicína, lekárska genetika a laboratórna medicína.

B) Zobrazovacie vyšetrovacie metódy

1. Finančný rozsah, ktorý uhradí zdravotná poisťovňa poskytovateľovi poskytujúcemu zdravotnú starostlivosť v zariadení SVLZ špecializačnom odbore **rádiológia**, predstavuje súčin počtu bodov za zdravotný výkon podľa Zoznamu výkonov a ceny bodu vo výške v rozmedzí od **0,005000 €** do **0,008000 €** za všetky medicínsky indikované, zdravotnej poisťovni správne vykázané a zdravotnou poisťovňou uznané zdravotné výkony. Výška ceny bodu závisí od technických parametrov prístrojového vybavenia pracoviska a od splnenia kritérií uvedených v tabuľke tohto bodu:

Zobrazovacia modalita	Kritérium	Cenové úrovne podľa splnenia kritérií v €	Zmluvná cena bodu v €
osteodenzitometria	-	0,005500	x
konvenčné rtg	-	0,008000	0,008000
ultrasonografia	-	0,007303	0,007303
mamografia	Poskytovateľ, ktorý poskytuje menej ako 3.000 vyšetrení za jeden kalendárny rok	0,007400	0,007400
	Poskytovateľ, ktorý poskytuje minimálne 3.000 vyšetrení za jeden kalendárny rok	0,008000	
počítačová tomografia	CT prístroj do 16 MSCT	0,005000	x
	CT prístroj do 16 MSCT– 24 hodinová prevádzka	0,005350	
	CT prístroj 20 - 40 MSCT	0,005400	
	CT prístroj 20 - 40 MSCT– 24 hodinová prevádzka	0,005450	
	CT prístroj 64 MSCT a viac	0,005600	
	CT prístroj 64 MSCT a viac – 24 hodinová prevádzka	0,005650	
magnetická rezonancia	MR prístroj 0,2 T až 0,25 T pre vyšetrenie jedného orgánového systému - kĺbov	0,005000	x
	MR prístroj 0,25 T pre viac orgánovú diagnostiku	0,005450	
	MR prístroj 0,3 T - 1,0 T	0,005650	
	MR prístroj od 1,5 T vyššie	0,006250	

2. V prípade, že poskytovateľ pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zariadení SVLZ použije špeciálny zdravotnícky materiál (ďalej len „ŠZM“) uvedený v Zozname kategorizovaných špeciálnych zdravotníckych materiálov v zmysle zákona 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 (ďalej len „Zoznam ŠZM“) a preskripčným obmedzením viazaný na špecializačný odbor rádiológia, zdravotná poisťovňa uhradí tento ŠZM ako pripočítateľnú položku k úhrade výkonu do výšky obstarávacej ceny ŠZM, najviac však do výšky 92 % z maximálnej úhrady zdravotnej poisťovne za ŠZM uvedenej v Zozname ŠZM pri súčasnom dodržaní všetkých príslušných podmienok úhrady ŠZM (pri výpočte sa uplatňuje matematické zaokrúhľovanie na dve desatinné miesta). Ak je obstarávacia cena ŠZM vyššia ako maximálna úhrada zdravotnej poisťovne za ŠZM ako pripočítateľnej položky podľa predchádzajúcej vety, je tento rozdiel zahrnutý do úhrady zdravotného výkonu/výkonov, pri ktorých bol ŠZM použitý. Pre aplikáciu tohto bodu je rozhodujúci Zoznam ŠZM platný v čase použitia ŠZM.

3. Poskytovateľovi poskytujúcemu zdravotnú starostlivosť v zariadení SVLZ špecializačnom odbore rádiológia je úhrada zdravotnej poisťovne za použitý filmový materiál (FOTO) zahrnutá v cene poskytnutého zdravotného výkonu. Uvedené platí aj v prípade, že poskytovateľ dokumentuje a archivuje poskytnuté vyšetrenia v systéme PACS.

C) Fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia

1. Finančný rozsah, ktorý uhradí zdravotná poisťovňa poskytovateľovi poskytujúcemu zdravotnú starostlivosť v zariadení SVLZ v špecializačných odboroch fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia a fyzioterapia predstavuje súčin počtu bodov za zdravotný výkon podľa Zoznamu výkonov okrem výkonov s kódmi 509a, 512, 513, 514a, 516, 518, 522, 523a, 530, 531, 532, 533a, 540, 541, 542 a ceny bodu vo výške **0,007303 €** za všetky zdravotné výkony indikované lekárom v špecializačnom odbore fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia, ktoré sú zdravotnej poisťovni správne vykázané a zdravotnou poisťovňou uznané.

2. Finančný rozsah, ktorý uhradí zdravotná poisťovňa poskytovateľovi poskytujúcemu zdravotnú starostlivosť v zariadení SVLZ v špecializačných odboroch fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia a fyzioterapia predstavuje súčin počtu bodov za zdravotný výkon podľa Zoznamu výkonov u výkonov s kódmi 509a, 512, 513, 514a, 516, 518, 522, 523a, 530, 531, 532, 533a, 540, 541, 542 a ceny bodu vo výške **0,011618 €** za všetky zdravotné výkony indikované lekárom v špecializačnom odbore fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia, ktoré sú zdravotnej poisťovni správne vykázané a zdravotnou poisťovňou uznané.

VII. Finančný rozsah

1. Zmluvné strany sa dohodli na finančnom objeme vo výške **39.400,- €** na obdobie jednotlivých kalendárnych polrokov plynúcich od 1. 1. 2016 pre poskytovanie **ambulantnej zdravotnej starostlivosti**. Do tohto finančného objemu sa započítavajú náklady na všetky výkony poskytnutej ambulantnej zdravotnej starostlivosti vrátane výkonov SVLZ uvedené v

časti III a V tejto prílohy. Do finančného objemu sa nezapočítava úhrada za poskytnutú zdravotnú starostlivosť v ambulancii ústavnej pohotovostnej služby a centrálného príjmu.

2. Zmluvné strany sa dohodli na finančnom objeme vo výške **72.000,- €** na obdobie jednotlivých kalendárnych polrokov plynúcich od 1. 1. 2016 pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti **v zariadeniach spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek**. Do tohto finančného objemu sa započítavajú náklady na všetky výkony poskytnutej zdravotnej starostlivosti uvedené v časti VI tejto prílohy.