

Dodatok č. 7
k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti
č. 6008OPLK000113

Článok I
Zmluvné strany

Union zdravotná poisťovňa, a. s.

zastúpená: Ing. Elena Májeková, riaditeľka sekcie nákupu zdravotnej starostlivosti, revízných činností a programov zdravia
so sídlom: Bajkalská 29/A, 821 08 Bratislava
IČO: 36 284 831
DIČ: 2022152517
bankové spojenie: Štátna pokladnica
číslo účtu: 7 000 256 518 / 8180
IBAN: SK37 8180 0000 0070 0025 6518
BIC: SUBASKBX
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

Oravská poliklinika Námestovo

zastúpený: Mgr. Daniela Fejová, riaditeľka OP Námestovo
so sídlom: Červeného kríža 62/30, 029 01 Námestovo
IČO: 00 634 875
identifikátor poskytovateľa (prvých šesť znakov kódu poskytovateľa): N26721

Zmluvné strany uzatvárajú tento dodatok č. 7 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti č. 6008OPLK000113 (ďalej len „zmluva o poskytovaní zdravotnej starostlivosti“):

Článok 2
Predmet dodatku

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

1. Bod 9.4. zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, posledná časť vety za bodkočiarkou sa mení a znie nasledovne:

„účinnosť prílohy č. 2 sa podľa tohto bodu v tomto prípade predlžuje najviac o tri kalendárne mesiace.“.

2. Bod 9.6. písm. b) zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa mení a znie nasledovne:

„b) zaniká výpoveďou (podľa § 7 ods. 11 a ods. 15 zákona č. 581/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov),“.

3. Časť – Všeobecná ambulantná zdravotná starostlivosť pre dospelých, časť - Všeobecná ambulantná zdravotná starostlivosť pre deti a dorast (vrátane dorastu), časť - Špecializovaná ambulantná zdravotná starostlivosť v špecializačnom odbore gynekológia a pôrodnictvo, časť - Špecializovaná ambulantná 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, časť - Špecializovaná ambulantná zdravotná starostlivosť, časť - Domáca ošetrovateľská starostlivosť, časť - Zariadenia spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek, časť - Finančný rozsah pre ŠAS, časť – Finančný rozsah pre zariadenia SVLZ a časť Finančný rozsah pre domácu ošetrovateľskú starostlivosť prílohy č. 2 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa nahrádza novým znením, ktoré tvorí prílohu tohto dodatku.

4. Ostatné ustanovenia zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti ostávajú týmto dodatkom nezmenené.

Článok 3
Spoločné a záverečné ustanovenia

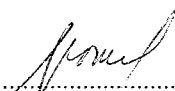
1. Zmluvné strany sa dohodli na úhrade zdravotnej starostlivosti v rozsahu častí prílohy č. 2, podľa článku 2 bodu 3 tohto dodatku, aj za obdobie od 1.7.2015 do dňa nadobudnutia účinnosti tohto dodatku.
2. Tento dodatok tvorí neoddeliteľnú súčasť zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Dodatok je vyhotovený vo dvoch vyhotoveniach s platnosťou originálu, pričom každá zo zmluvných strán obdrží po jednom vyhotovení.
3. Zmluvné strany prehlasujú, že sa s obsahom dodatku oboznámili, jeho obsahu porozumeli a na znak súhlasu ho podpisujú.
4. Tento dodatok nadobúda platnosť dňom podpisu zmluvnými stranami a účinnosť prvým dňom nasledujúcim po jeho zverejnení na webovom sídle zdravotnej poisťovne. Zdravotná poisťovňa zverejní dodatok v deň nadobudnutia jeho platnosti.

Bratislava dňa **31. 07. 2015**

Námestovo dňa 23.7.2015

Union zdravotná poisťovňa, a.s.

Oravská poliklinika Námestovo


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

Oravská poliklinika
029 01 NÁMESTOVO

.....
Mgr. Daniela Fejová
riaditeľka OP Námestovo

Časť - Všeobecná ambulantná zdravotná starostlivosť pre 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 spätne, ak poistenec alebo jeho zákonný zástupca neohlásil poskytovateľovi zmenu zdravotnej poisťovne; nárok na spätnú úhradu kapitačnej platby za kapitovaného poistenca, ktorého opomenul vykázat má iba v tom prípade, ak zdravotná poisťovňa v období, za ktoré si tohto poistenca spätne 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 vykázat preventívnu prehliadku (bod 4 písm. b) a c) 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 vykázat vykonanie povinného očkovania a vykonanie očkovania na základe rozhodnutia regionálneho úradu verejného zdravotníctva alebo Úradu verejného zdravotníctva SR (bod 4 písm. d) tejto časti prílohy) s vykázaním kombinácie výkonov 25 a 4 u poistencov, ktorí dlhodobo odmietajú dostaviť sa do ambulancie poskytovateľa za účelom vykonania očkovania. O uvedenej skutočnosti vykoná poskytovateľ záznam v zdravotnej dokumentácii poistenca,
- g) môže sledovať zdravotný stav kapitovaného poistenca aj počas hospitalizácie poistenca, prípadne sleduje jeho zdravotný stav aj vykonaním návštevy u kapitovaného poistenca v prípade poskytnutia ústavnej starostlivosti,
- h) pri vykazovaní úhrady poskytnutej zdravotnej starostlivosti kódy chorôb podľa MKCH-10-SK-2013 uvádza v troj až päťmiestnom tvare bez použitia bodky alebo iného interpunkčného znamienka; kódy chorôb v tejto časti prílohy sú uvedené v tvare podľa MKCH-10-SK-2013¹⁾ (ďalej len „kód choroby“).

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

Spôsob úhrady	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena kapitácie v €
kapitácia	poistenec vo veku od 18 rokov do 50 rokov života vrátane	2,09
kapitácia	poistenec vo veku od 51 rokov do 60 rokov života vrátane	2,27
kapitácia	poistenec vo veku od 61 rokov do 80 rokov života vrátane	2,68
kapitácia	poistenec vo veku od 81 rokov života	2,86

3. Zdravotná poisťovňa za splnenie:

- a) podmienok projektu „Optimus“ prizná bonus k cene kapitácie podľa bodu 2 tejto časti prílohy. Výšku priznaného bonusu a kalendárne obdobie jeho úhrady alebo nesplnenie podmienok projektu „Optimus“ zdravotná poisťovňa hodnotenému poskytovateľovi²⁾ oznámi písomne,
- b) stanoveného % vykonaných a vykázaných preventívnych prehliadok vo vzťahu k počtu kapitovaných poistencov (ďalej len „podmienka pre priznanie príplatku k cene kapitácie“) prizná príplatok k cene kapitácie uvedenej v bode 2 tejto časti prílohy za každého kapitovaného poistenca. Výšku priznaného príplatku a kalendárne obdobie jeho úhrady alebo nesplnenie podmienok priznania príplatku ku kapitácii zdravotná poisťovňa hodnotenému poskytovateľovi oznámi písomne.

4. Cena kapitácie 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 AS³⁾,

¹⁾ Podľa prílohy č. 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.

²⁾ Poskytovateľovi nehodnotenému z plnenia podmienok projektu Optimus a z plnenia podmienok pre priznanie príplatku k cene kapitácie podľa písm. b) tohto bodu, zdravotná poisťovňa písomné oznámenie nezasiela.

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 **0,0415 €** za podmienok podľa tejto tabuľky:

Kód výkonu	Vek/frekvencia	Vykazovanie
159b	vo veku 18 rokov; vo veku nad 40 rokov raz za dva roky, u darcov krvi raz za 12 mesiacov, v roku 2016 aj vo veku od 19 do 39 rokov vrátane, ak výkon doteraz alebo v uplynulom roku poskytnutý nebol	vykazuje sa s kódom choroby Z00.1, Z00.0 alebo Z52.0 u darcov krvi, môže sa vykázat s výkonom 160
3671 ⁴⁾	po dovŕšení 18. roku raz za dva roky, u darcov krvi raz za 12 mesiacov	vykazuje sa s kódom choroby Z00.1, Z00.0 alebo Z52.0 u darcov krvi, môže sa vykázat s výkonom 160

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

Kód výkonu	Vek/frekvencia	Vykazovanie
160	po dovŕšení 18. roku raz za dva roky, u darcov krvi raz za 12 mesiacov	vykazuje sa s kódom choroby Z00.0 alebo Z52.0 u darcov krvi, môže sa vykazovať s výkonom 5702 u poistencov, ktorí dovŕšili 40 rokov veku, ak ho poskytovateľ sám urobil a vyhodnotil

c) **zdravotných výkonov preventívnych prehliadok** vykonaných v súlade s prílohou č. 2 zákona č. 577/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov a Odborným usmernením Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky pre realizáciu programu skríningu kolorektálneho karcinómu účinným od 1.1.2012, ktoré sa uhrádzajú osobitnou cenou podľa tejto tabuľky:

Kód výkonu	Vykazovanie/výsledok	Úhrada
159a*/	vykazuje sa pri pozitívnom výsledku s kódom choroby Z00.0	cena za výkon 6,04 € zahŕňa aj náklady na štandardizovaný test na okultné krvácanie v stolici (TOKS)
159z*/	vykazuje sa pri negatívnom výsledku s kódom choroby Z00.0	
159x*/	vykazuje sa pri neznámom / znehodnotenom teste s kódom choroby Z00.0	cena za výkon 2,01 € zahŕňa aj náklady na štandardizovaný test na TOKS

Vysvetlivky:

*/ Zdravotný výkon sa uhrádza u poistencov vo veku nad 40 rokov raz za dva roky.

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

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena bodu v €
252b	pri očkovaní proti chrípke sa vykazuje s kódom choroby Z25.1	0,0482
252b	pri povinnom očkovaní proti diftérii a tetanu sa vykazuje s kódom choroby Z00.0	0,0266
	pri očkovaní proti vírusovej hepatitíde typu A ³⁾ sa vykazuje s kódom choroby Z20.5	
	pri očkovaní proti vírusovej hepatitíde typu A + B ³⁾ 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 ³⁾ sa vykazuje s kódom choroby Z20.8	
	pri očkovaní proti kliešťovej encefalitíde sa vykazuje s kódom choroby Z24.1	
	pri očkovaní proti pneumokokom ³⁾ sa vykazuje s kódom Z23.8 v zmysle indikačných obmedzení	

Vysvetlivky:

³⁾ § 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.

e) **zdravotných výkonov č.: 4, 5, 6, 25, 26, 29, 30, 40, 41 a 64 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

³⁾ 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.

⁴⁾ Výkon sa uhrádza na základe splnenia povinnosti poskytovateľa podľa bodu 4.5. písm. f) tejto zmluvy.

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	Špecifikácia podmienok úhrady	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 môže sa vykazať aj pri povinnom očkovaní proti diftérii a tetanu, proti vírusovej hepatitíde typu A, proti vírusovej hepatitíde typu A + B, proti meningokokovej meningitíde, proti kliešťovej encefalitíde a proti pneumokokom vykazuje sa s výkonom 25, s výkonom 252b a s príslušným kódom choroby	0,0150
5	štandardné vyšetrenie jedného orgánového systému cez deň v sobotu, v nedeľu a v deň pracovného pokoja môže sa vykazať s výkonom 26 a s výkonom 30	
6	štandardné vyšetrenie jedného orgánového systému medzi 19.00 hod. a 7.00 hod. môže sa vykazať s výkonom 26 alebo 29 a s výkonom 30	
30	příplatok k výkonu 26 a 29 za vyžiadanú a vykonanú návštevu v sobotu, nedeľu a v deň pracovného pokoja	
40	zotrvávanie poskytovateľa pri poistencovi mimo ambulancie cez deň (za každú začatú polhodinu), najmä v súvislosti s potrebou jeho zotrvania do príchodu záchranej zdravotnej služby zabezpečujúcej prevoz poistenca do ústavnej zdravotnej starostlivosti; vyžaduje sa odôvodnenie v zdravotnej dokumentácii poistenca	
41	zotrvávanie poskytovateľa pri poistencovi mimo ambulancie v noci medzi 20.00 a 7.00 hodinou (za každú začatú polhodinu), najmä v súvislosti s potrebou jeho zotrvania do príchodu záchranej zdravotnej služby zabezpečujúcej prevoz poistenca do ústavnej zdravotnej starostlivosti; vyžaduje sa odôvodnenie v zdravotnej dokumentácii poistenca	
64	příplatok pri sťaženom výkone vyšetrenia / ošetrenia ťažko mobilného, imobilného, mentálne postihnutého, dementného, zrakovo alebo sluchovo postihnutého poistenca pri výkonoch 4, 5 a 6	

S vyššie uvedenými výkonmi je v rámci návštevy poistenca 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 tohto písmena. je, že neodkladná zdravotná starostlivosť nebude v rovnakom čase v jeden deň vykázaná zdravotnej poisťovni lekárskou službou prvej pomoci.

f) **zdravotných výkonov spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek** (ďalej len „SVLZ“), ktoré sa uhrádzajú podľa tejto tabuľky:

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena bodu v €
5702*/	Elektrokardiografické (EKG) vyšetrenie, štandardné 12-zvodové zosnímanie, ak ho poskytovateľ sám vykonal a vyhodnotil	0,0076
4571a	C - reaktívny proteín, ak ho poskytovateľ sám vykonal a vyhodnotil (380 bodov)	0,0116

Vysvetlivky:

*/ Výkon sa uhrádza na základe splnenia povinnosti poskytovateľa podľa bodu 4.5. písm. f) tejto zmluvy.

g) **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 odbory 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 kapitálnej platby za poistenca.	10,00

5702ZV ^{*/}	Elektrokardiografické (EKG) vyšetrenie, štandardné 12-zvodové zosnímanie ako súčasť predoperačného vyšetrenia; vykazuje sa s výkonom 60b.	4,18
----------------------	---	------

Vysvetlivky:

* / Výkon sa uhrádza na základe splnenia povinnosti poskytovateľa podľa bodu 4.5. písm. f) tejto zmluvy.

5. 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 €**.

6. Dohodnutý rozsah úhrady zdravotných výkonov uhrádzaných cenou bodu podľa bodu 4 písm. b), d), e) a f) a bodu 5 tejto časti 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.

Časť - Všeobecná ambulantná zdravotná starostlivosť pre deti a dorast (vrátane dorastu)

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 kapitálnu 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 kapitálnej platby aj spätne, ak poistenec alebo jeho zákonný zástupca neohlásil poskytovateľovi zmenu zdravotnej poisťovne; nárok na spätnú úhradu kapitálnej platby za kapitovaného poistenca, ktorého opomenul vykázat' má iba v tom prípade, ak zdravotná poisťovňa v období, za ktoré si tohto poistenca spätne vykazuje, neuhradila kapitálnu platbu inému poskytovateľovi,
- d) má nárok, aby zdravotná poisťovňa vykonala porovnanie kapitálneho 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 vykázat' preventívnu prehliadku (bod 4 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 vykázat' vykonanie povinného očkovania a vykonanie očkovania na základe rozhodnutia regionálneho úradu verejného zdravotníctva alebo Úradu verejného zdravotníctva SR (bod 4 písm. c) tejto časti prílohy) s vykázaním kombinácie výkonov 25 a 4 u poistencov, ktorí dlhodobo odmietajú dostaviť 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,
- i) pri vykazovaní úhrady poskytnutej zdravotnej starostlivosti kódy chorôb podľa MKCH-10-SK-2013 uvádza v troj až päťmiestnom tvare bez použitia bodky alebo iného interpunkčného znamienka; kódy chorôb v tejto časti prílohy sú uvedené v tvare podľa MKCH-10-SK-2013⁵⁾ (ďalej len „kód choroby“).

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

Spôsob úhrady	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena kapitácie v €
kapitácia	poistenec do 1 roka veku	6,08
kapitácia	poistenec od 1 do 5 rokov veku vrátane	4,84
kapitácia	poistenec od 6 do 14 rokov veku vrátane	3,19
kapitácia	poistenec od 15 do 18 rokov veku vrátane	2,19
kapitácia	poistenec od 19 do 28 rokov veku vrátane	2,09

3. Zdravotná poisťovňa za splnenie:

- a) podmienok projektu „Optimus“ prizná bonus k cene kapitácie podľa bodu 2 tejto časti prílohy. Výšku priznaného bonusu a kalendárne obdobie jeho úhrady alebo nesplnenie podmienok projektu „Optimus“ zdravotná poisťovňa hodnotenému poskytovateľovi⁶⁾ oznámi písomne.
- b) stanoveného % vykonaných a vykazaných preventívnych prehliadok vo vzťahu k počtu kapitovaných poistencov (ďalej len „podmienka pre priznanie príplatku k cene kapitácie“) prizná príplatok k cene kapitácie uvedenej v bode 2 tejto časti prílohy za každého kapitovaného poistenca. Výšku priznaného príplatku a kalendárne obdobie jeho úhrady alebo nesplnenie podmienok priznania príplatku ku kapitácii zdravotná poisťovňa hodnotenému poskytovateľovi oznámi písomne.

4. Cena kapitácie 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 AS⁷⁾,

⁵⁾ Podľa prílohy č. 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.

⁶⁾ Poskytovateľovi nehodnotenému z plnenia podmienok projektu Optimus a z plnenia podmienok pre priznanie príplatku k cene kapitácie podľa písm. b) tohto bodu, zdravotná poisťovňa písomné oznámenie nezasiela.

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 **0,0415 €** za podmienok podľa tejto tabuľky:

Kód výkonu	Vekové rozhranie pre IS	Vykazovanie - s kódom choroby Z00.1 (okrem výkonu 3671)
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

⁷⁾ 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.

3671 ⁸⁾	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 15,15 € 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 ⁹⁾ 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 (s platnosťou do 31.3.2016)	

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.

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	Špecifikácia podmienok úhrady	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 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	0,0150
5	štandardné vyšetrenie jedného orgánového systému cez deň v sobotu, v nedeľu a v deň pracovného pokoja 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	

⁸⁾ Výkon sa uhrádza na základe splnenia povinnosti poskytovateľa podľa bodu 4.5. písm. f) tejto zmluvy.

⁹⁾ Platí u poistencov nad 15 rokov.

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

Vysvetlivky:

*f) Výkon sa uhrádza na základe splnenia povinnosti poskytovateľa podľa bodu 4.5. písm. f) tejto zmluvy.

5. 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 €**.

6. Dohodnutý rozsah úhrady zdravotných výkonov uhrádzaných cenou bodu podľa bodu 4 písm. b), c), d) a e) a bodu 5 tejto časti 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.

Časť - Špecializovaná ambulantná zdravotná starostlivosť v špecializačnom odbore gynekológia a pôrodnictvo

1. Poskytovateľ:

- a) poskytuje zdravotnú starostlivosť poistienke 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 odovzdáva poistienke 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 poistienkou u predchádzajúceho poskytovateľa,
- b) zasiela kópiu prvopisu dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s poistienkou na vyžiadanie zdravotnej poisťovni v prípade, ak v jednom kalendárnom mesiaci budú fakturovať kapitálnu 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 kapitálnej platby aj spätne, ak poistenka alebo jej zákonný zástupca neohlásil poskytovateľovi zmenu zdravotnej poisťovne; nárok na spätnú úhradu kapitálnej platby za kapitovanú poistenku, ktorú opomenul vykázať má iba v tom prípade, ak zdravotná poisťovňa v období, za ktoré si túto poistenku spätne vykazuje, neuhradila kapitálnu platbu inému poskytovateľovi,
- e) má nárok, aby zdravotná poisťovňa vykonala porovnanie kapitálneho 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 uvádza kódy chorôb podľa MKCH-10-SK-2013 v troj až päťmiestnom tvare bez použitia bodky alebo iného interpunkčného znamienka; v tejto časti prílohy sú kódy chorôb uvedené v tvare podľa MKCH-10-SK-2013¹⁰⁾ (ďalej len „kód choroby“).

2. Výkony zdravotnej starostlivosti poskytnuté na ambulanciách ŠAS kapitovanej poistienke zdravotnej poisťovne sa uhrádzajú mesačne za jednu poistenku zdravotnej poisťovne takto:

Spôsob úhrady	Kapitácia v €
kapitácia	1,21

3. Za splnenie podmienok projektu „Optimus“ zdravotná poisťovňa prizná bonus k cene kapitácie podľa bodu 2 tejto časti prílohy. Výšku priznaného bonusu a kalendárne obdobie jeho úhrady alebo nesplnenie podmienok projektu „Optimus“ zdravotná poisťovňa hodnotenému poskytovateľovi¹¹⁾ oznámi písomne.

4. 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“¹²⁾,
- 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 0,0415 € 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	vykazuje sa s kódom choroby Z34.0, Z34.8, Z35.2 alebo Z35.4
103 ¹³⁾	vykazuje sa od druhej návštevy / raz za 28 dní	
105	vykazuje sa iba raz v súvislosti so šestonedelím	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

¹⁰⁾ Podľa prílohy č. 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.

¹¹⁾ Poskytovateľovi nehodnotenému z plnenia podmienok projektu Optimus zdravotná poisťovňa písomné oznámenie nezasiela.

¹²⁾ 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.

¹³⁾ Pri rizikovitom 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 4 písm. b) tejto časti prílohy.

167	skrining rakoviny krčka maternice pre ženy vo veku od 18 do 64 rokov, prvé dva odbery cytologie 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
-----	--	-----------------------------------

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	0,0266
cena bodu	výkon SVLZ prístrojový preventívny 5308	0,0076

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

cb) výkon 118 sa akceptuje ako preventívny výkon raz týždenne počas obdobia posledných štyroch týždňov gravidity (maximálne 6x) kapitovanej 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 pod písm. b) tohto bodu,

cc) 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),

cd) 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 €,

ce) 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,

cf) v prípade, že poskytovateľ nie je oprávnený výkony SVLZ prístrojové vykonávať, lebo nesplňa podmienky podľa vysvetlivky k písm. c) 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,

cg) 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 vykonal. Podmienkou vykazovania podľa tohto bodu je zároveň oprávnenie na vykonávanie činnosti podľa tohto bodu v platnom povolení poskytovateľa pre príslušnú odbornosť.

5. 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 €.

Vysvetlivky:

*1 Výkon sa uhrádza na základe splnenia povinnosti poskytovateľa podľa bodu 4.5. písm. f) tejto zmluvy.

Časť - Špecializovaná ambulantná 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“,

e) pri vykazovaní úhrady špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti v špecializačnom odbore gynekológia a pôrodnictvo (ďalej len „ŠAS“) podľa tejto časti prílohy uvádza kódy chorôb podľa MKCH-10-SK-2013 v troj až päťmiestnom tvare bez použitia bodky alebo iného interpunkčného znamienka; v tejto časti prílohy sú kódy chorôb uvedené v tvare podľa MKCH-10-SK-2013¹⁴⁾ (ďalej len „kód choroby“).

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 výkon SVLZ prístrojový, okrem preventívneho prístrojového výkonu 108, 118, 5303, 5305 a 5308	0,0073
cena bodu	výkon SVLZ prístrojový preventívny 108, 118, 5303, 5305	0,0266
cena bodu	výkon SVLZ prístrojový preventívny 5308	0,0076

a) 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,

b) 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 bodu 4 písm. b) predchádzajúcej časti tejto prílohy.

c) 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),

d) 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 €**,

e) 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.

Vysvetlivky:

*/ Výkon sa uhrádza na základe splnenia povinnosti poskytovateľa podľa bodu 4.5. písm. f) tejto zmluvy.

¹⁴⁾ Podľa prílohy č. 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.

Časť - Špecializovaná ambulantná zdravotná starostlivosť

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“), 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 špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti (ďalej len „ŠAS“), predstavuje súčin počtu bodov za zdravotný výkon podľa písm. a) tohto bodu a dohodnutej ceny bodu uvedenej v bode 3 a 4 tejto časti prílohy za všetky medicínsky indikované, zdravotnej poisťovni vykázané 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 písm. 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“¹⁵⁾.
2. Poskytovateľ pri vykazovaní úhrady ŠAS uvádza kódy chorôb podľa MKCH-10-SK-2013 v troj až päťmiestnom tvare bez použitia bodky alebo iného interpunkčného znamienka; kódy chorôb v tejto prílohe sú uvedené v tvare podľa MKCH-10-SK-2013¹⁶⁾ (ďalej len „kód choroby“).
3. Zdravotné výkony ŠAS podľa tejto časti prílohy, s výnimkou zdravotnej starostlivosti uvedenej v bode 4 sa uhrádzajú cenou bodu vo výške **0,0197 €**.
4. Osobitne sa cenou bodu vo výške **0,0073 €** uhrádzajú výkony spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek (ďalej len „SVLZ“) a výkony SVLZ prístrojové¹⁷⁾ (s výnimkou výkonov **5330**, **5331** a **5332**) poskytnuté na ambulancii ŠAS; výkony **5330**, **5331** a **5332** sa uhrádzajú cenou bodu vo výške **0,0055 €**.
5. Za splnenie podmienok projektu „Optimus“ zdravotná poisťovňa prizná poskytovateľovi bonus k cene bodu podľa bodu 3 tejto časti prílohy. Výšku priznaného bonusu k cene bodu, kalendárne obdobie na ktoré bol priznaný alebo nesplnenie podmienok projektu „Optimus“ zdravotná poisťovňa hodnotenému poskytovateľovi¹⁸⁾ oznámi písomne.

¹⁵⁾ 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.

¹⁶⁾ Podľa prílohy č. 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.

¹⁷⁾ Výkon sa uhrádza na základe splnenia povinnosti poskytovateľa podľa bodu 4.5. písm. f) tejto zmluvy.

¹⁸⁾ Poskytovateľovi nehodnotenému z plnenia podmienok projektu „Optimus“ zdravotná poisťovňa písomné oznámenie nezasiela.

Časť - Domáca ošetrovateľská starostlivosť

1. Zdravotné výkony poskytovanej zdravotnej starostlivosti vykázané 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“), 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.

2. Rozsah úhrady, ktorý uhradí zdravotná poisťovňa poskytovateľovi za vybrané výkony domácej ošetrovateľskej starostlivosti uvedené v bode 4 tejto časti prílohy predstavuje súčin počtu bodov za zdravotný výkon podľa zoznamu výkonov a dohodnutej ceny bodu podľa bodu 5 tejto časti prílohy za všetky medicínsky indikované, zdravotnej poisťovni vykázané a zdravotnou poisťovňou uznané zdravotné výkony.

3. Poskytovateľ pri vykazovaní úhrady domácej ošetrovateľskej starostlivosti uvádza kódy chorôb podľa MKCH-10-SK-2013¹⁹⁾ v troj až päťmiestnom tvare bez použitia bodky alebo iného interpunkčného znamienka.

4. Vybrané výkony domácej ošetrovateľskej starostlivosti:

a) výkony poskytované sestrou,

Kód výkonu	Názov výkonu
3390	Príjem poistenca (klienta) poskytovateľom a odobratie sesterskej anamnézy (ošetrovateľský assesment) – 1 x na jedného poistenca.
3392a	Poučenie príbuzných alebo členov komunity poistenca.
3392c	Konzultácie s inštitúciami a orgánmi štátnej zdravotnej správy v rámci komplexnej zdravotnej starostlivosti – 1 x na jedného poistenca.
3393	Vypracovanie plánu komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti (ďalej len "KOS") – 1 x na jedného poistenca.
3394	Priebežné hodnotenie KOS a zmena plánu ošetrovateľskej starostlivosti vrátane dokumentácie a konzultácie s ošetrovateľom (nemôže sa vykazovať s výkonom 3395).
3395	Vyhodnotenie KOS a záverečná správa – 1 x na jedného poistenca, podmienkou je zaslanie správy zdravotnej poisťovni (ako príloha faktúry).
3396*/	Odborný nácvik potrebných výkonov pri ošetrovaní chorého v domácnosti.
3398*/	Ošetrovateľská hygiena (iba pri sakrálnom dekubite s výkonmi 3422b alebo 3422c).
3399a*/	Starostlivosť poistenca s permanentným katétrom vrátane výmeny permanentného katétra u poistenky.
3399b*/	Starostlivosť o kávalný katéter a intravenóznou kanylu, pravidelné previazovanie a dezinfekcia.
3399c*/	Starostlivosť o ezotracheálnu, nasotracheálnu a tracheostomickú kanylu.
3399d*/	Starostlivosť o epidurálny katéter.
3400*/	Polohovanie poistenca (nemôže sa vykazovať s výkonom 3424).
3401a	Starostlivosť o výživu v príslušnej kvalite a kvantite, vypracovanie individuálneho diétného režimu, jeden raz pre jedného poistenca.
3404	Výživa poistenca sondou, za jeden výkon.
3405	Očistná klyzma.
3406	Kontinuálne sledovanie klinického stavu poistenca (meranie TK, pulzu, dychovej frekvencie, telesnej teploty, príjem a výdaj tekutín, stolice a sledovanie iných funkcií podľa ordinácie ošetrojúceho lekára), za každé dve hodiny.
3407	Odmeranie krvného tlaku, pulzu a teploty.
3408	Sledovanie diurézy, za každých 12 hodín.
3409*/	Cievkovanie poistenky.
3410*/	Výmena stomického setu s následnou toaletou pri stómiách.
3411*/	Čistenie tracheálnej kanyly.
3413	Aplikácia neinjekčnej liečby (nemôže sa vykazovať s výkonmi 3422b a 3422c).
3414	Aplikácia terapeutického celotelového zábalu alebo liečivého kúpeľa.
3416*/	Aplikácia liečiva intramuskulárne, s.c., i.c.

¹⁹⁾ Podľa prílohy č. 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.

3418*/	Aplikácia liečiva intravenózne – podmienkou je predloženie poverenia na i.v. aplikáciu.
3419*/	Príprava a podávanie infúzie - podmienkou je predloženie poverenia na i.v. aplikáciu.
3420	Sledovanie infúzie, za každú ½ hodinu.
3420a	Podávanie liečiva infúznou pumpou.
3421	Nácvik podávania inzulínu.
3422a*/	Ošetrovateľská starostlivosť zameraná na prevenciu dekubitov – maximálne 10 x na jedného poistenca počas starostlivosti.
3422b*/	Ošetrovanie dekubitu veľkosti do 5 cm ² (odstránenie zvyškov masti, odumretých tkanív, toaleta, aplikácia liečiva, preväz).
3422c*/	Ošetrovanie dekubitu veľkosti nad 5 cm ² (odstránenie zvyškov masti, odumretých tkanív, toaleta, aplikácia liečiva, preväz).
3423a*/	Preväz rany veľkosti do 5 cm ² .
3423b*/	Preväz rany veľkosti nad 5 cm ² .
3423c	Príprava materiálu a sterilizácia – podmienkou je zdokladovanie prístrojového vybavenia (certifikát).
3424*/	Ošetrovateľská rehabilitácia, trvanie najviac 30 minút (nemôže sa vykazovať s výkonom 3400 a s výkonom fyzioterapeuta).
3426*/	Odsávanie poistenca.
3427	Odsatie žalúdočného obsahu.
3428	Vyšetrenie moču indikátorovým médiom.
3432	Práca sestry pri domácej peritoneálnej dialýze.
3433*/	Odber krvi venepunkciou do jednej striekačky alebo jednej odberovej súpravy.
3434	Odber kapilárnej krvi.
3435	Umelé dýchanie a masáž srdca.
3436*/	Odbery: TT, TN, výter z rektu, odber spúta.
3437	Doprava biologického materiálu, za každých 30 minút.
3439	Návšteva poistenca (klienta) v pracovnom čase.
3440	Návšteva mimo riadneho pracovného času (od 19.00 do 7.00 hodiny v sobotu, v nedeľu a vo sviatok).
3441	Návšteva poistenca v rizikových skupinách populácie - krízová intervencia pri zhoršení psychického stavu pacienta (nemôže sa vykazovať s výkonom 3439, 3440).
3447	Psychosomatická intervencia v terminálnom štádiu života.
3449	Kontinuálna starostlivosť o umierajúceho pacienta, za každú hodinu.
3451	Konzultácia sestry o jednom poistencovi s ošetrovateľom.
3452	Poskytnutie predlekárskej pomoci pri náhlych stavoch ohrozujúcich život.
3458	Verbálna intervencia pri psychosomatických ťažkostiach u poistenca s nádorovým ochorením – maximálne 1 x týždenne.
3459a	Usmernenie spôsobu života poistenca s nádorovým ochorením vzhľadom na jeho zdravotný stav – 1 x počas poskytovania zdravotnej starostlivosti.
3461*/	Ošetrovanie dutiny ústnej u onkologického poistenca alebo u poistenca s imunodeficientným stavom.
3635a	Kontrola glykémie glukometrom.

Vysvetlivky:

* / K zdravotnému výkonu sa môže vykazovať bodové zvýhodnenie pri sťaženom výkone za podmienok uvedených v zozname výkonov.

b) výkony fyziatrie, balneológie a liečebnej rehabilitácie (ďalej len „výkony FBLR“) poskytované **fyzioterapeutom**,

Kód výkonu	Názov výkonu
503a	Základné testovacie metódy, goniometrické vyšetrenie.
509a	Mäkké a mobilizačné techniky na chrbtici, periférnych kĺboch a svaloch. Špecializované liečebné výkony s cieľom upraviť funkčnú poruchu v oblasti pohybového systému (špeciálne mäkké techniky, PIR-postizometrická relaxácia, AGR-antigravitačná relaxácia, trakčné techniky, stretch and spray, banky), za jedno ošetrenie.

510a	Cielená odborná inštruktáž I. Inštruktáž a oboznámenie pacienta s používaním a obsluhou jednoduchých technických a kompenzačných pomôcok, zariadení a prístrojov (peroneálny stimulátor, TENS, skoliostop, myostimulátor, ortézy, protézy), inštruktáž o posturálnej životospráve, sociálno-rehabilitačná verbálna intervencia.
512	Individuálna liečebná telesná výchova I. Individuálna LTV zameraná na zvýšenie svalovej sily a zlepšenie rozsahu pohybov s použitím jednoduchých metód, aplikácia prvkov dýchacej cievnej a kondičnej pohybovej liečby, využitie náradia, závesovej postele, liečebná výchova k sebestačnosti a pod.
513	Individuálna liečebná telesná výchova II. Individuálna kombinovaná LTV zameraná na niekoľko cieľov, vyžadujúca mimoriadnu fyzickú a psychickú záťaž. Vzhľadom na povahu postihnutia si vyžaduje kombináciu viacerých postupov a metódik (napr. reedukáciu základných posturálnych funkcií (vertikalizáciu, nácvik transferov, výcvik neurogénneho mechúra, výcvik s protézou, nácvik denných činností a pod.), za jedno cvičenie.
514a	Individuálna liečebná telesná výchova II. Špeciálna systematická senzomotorická liečba funkčných a organických porúch centrálného a periférneho systému alebo vrodených a získaných chýb pohybového aparátu detí a dospelých (Bobath, Vojta, Kabáta, Brugerrov koncept, cvičenie s náčiním a pod.).
520	Dychová gymnastika. Individuálna gymnastika vrátane podporných ošetroví, trvanie najmenej 10 minút za jednu dychovú gymnastiku.
522	Špeciálne polohovanie. Odborné preventívne a liečebné polohovanie tela a segmentov končatín s prípadným využitím polohovacích pomôcok.
530	Klasická masáž jednej časti tela. Liečebné využitie prvkov klasickej masáže na jednej končatine alebo na časti trupu (šija, chrbát, driek), za jednu masáž. 7 krát.
531	Klasická masáž viacerých častí tela alebo trupu, za jedno ošetrovanie.
532	Reflexná masáž a iné špeciálne ručné masáže. Masáž väziva, okostice, hrubého čreva, za jednu masáž.
548	Povrchová aplikácia tepla (použitie parafínu, Kenny, lavatermu, čerstvo pripravených obkladov alebo sterilizovaných obkladov), 7 krát.

5. Vybrané výkony domácej ošetrovateľskej starostlivosti sa uhrádzajú nasledovne:

Spôsob úhrady	Výkony	Úhrada v €
cena bodu	zdravotné výkony podľa bodu 4 písm. a) tejto časti prílohy okrem zdravotných výkonov 3419, 3439, 3440 a 3441	0,0155
cena bodu	zdravotný výkon 3419 podľa bodu 4 písm. a) tejto časti prílohy	0,0174
cena bodu	zdravotné výkony 3439, 3440 a 3441 podľa bodu 4 písm. a) tejto časti prílohy	0,0252
cena bodu	zdravotné výkony podľa bodu 4 písm. b) ²⁰⁾ tejto časti prílohy	0,0150

6. Zdravotná poisťovňa uhradí poskytovateľovi nultú návštevu u poistenca v cene **6,64 €**. Poskytovateľ vykazuje nultú návštevu kódom výkonu 3439a. Za nultú návštevu podľa prechádzajúcej vety sa na účely tejto zmluvy považuje spracovanie návrhu na poskytnutie domácej ošetrovateľskej starostlivosti, ktorého vzor tvorí prílohu č. 15 odborného usmernenia Ministerstva zdravotníctva SR o vedení zdravotnej dokumentácie (ďalej len „návrh“), predloženie návrhu lekárovi všeobecnej ambulantnej starostlivosti poistenca, s ktorým má poistenec uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (ďalej len „ošetrojúci lekár“) na schválenie a návšteva poistenca poskytovateľom, ktorej výsledkom je komplexné posúdenie zdravotného stavu poistenca v rozsahu oprávnení sestry podľa vyhlášky Ministerstva zdravotníctva SR, ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne a v spolupráci s lekárom, vždy v platnom znení.

7. Podmienky úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť poskytovateľom:

a) poskytovateľ poskytuje domácu ošetrovateľskú starostlivosť na základe riadne vyplneného, zdôvodneného, ošetrojúcim lekárom schváleného a jeho podpisom a odtlačkom pečiatky potvrdeného návrhu,

²⁰⁾ Zdravotná poisťovňa schváli poskytovateľovi vykazovanie zdravotných výkonov na základe písomnej žiadosti. Povinnou prílohou žiadosti je kópia dokladu potvrdzujúceho pracovný vzťah fyzioterapeuta s poskytovateľom a kópia dokladu o pridelení kódu zdravotníckeho pracovníka v odbore fyzioterapia Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou fyzioterapeutovi. Zdravotná poisťovňa schválenie zdravotných výkonov oznámi poskytovateľovi písomne.

- b) posúdenie miery imobility poistenca na základe posudzovacej stupnice a odborné lekárske nálezy súvisiace s poskytovanou zdravotnou starostlivosťou sú neoddeliteľnou súčasťou zdravotnej dokumentácie poskytovateľa. V odôvodnených, resp. sporných prípadoch poskytovateľ na vyžiadanie zdravotnej poisťovni predloží kópiu záznamu o posúdení miery imobility poistenca alebo kópie príslušných odborných lekárskeho nálezov podľa tohto písmena,
- c) poskytovateľ zasiela kópiu dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s poistencom zdravotnej poisťovni na jej vyžiadanie v prípade, ak v jednom kalendárnom mesiaci budú fakturovať poskytovanú domácu ošetrovateľskú starostlivosť na tohto istého poistenca dvaja a viacerí poskytovatelia. Zdravotná poisťovňa je oprávnená vyžiadať kópie dohody podľa tohto bodu písomne, telefonicky, faxom alebo e-mailom,
- d) zdravotné výkony fyziatrie, balneológie a liečebnej rehabilitácie podľa bodu 4 písm. b) tejto časti prílohy indikuje v návrhu len lekár v špecializačnom odbore fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia podľa písm. a) tohto bodu, ktoré potvrdí svojim podpisom aj ošetrojúci lekár poistenca,
- e) platnosť návrhu podľa písm. a) tohto bodu je najviac tri mesiace odo dňa schválenia návrhu ošetrojúcim lekárom. Ak po uplynutí doby platnosti zdravotný stav poistenca vyžaduje pokračovanie poskytovania zdravotnej starostlivosti, poskytovateľ je povinný vystaviť a zaslať zdravotnej poisťovni nový návrh podľa písm. a) tohto bodu, v ktorom ošetrojúci lekár zdôvodní nevyhnutnosť ďalšieho poskytovania zdravotnej starostlivosti,
- f) pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti u poistencov s chronickým ochorením, kód choroby L97 (vred predkolenia, - nezatriedený inde) a kód choroby I83.2 [varixy (kŕčové žily) dolných končatín s vredom aj zápalom], je platnosť návrhu podľa písm. a) tohto bodu najviac šesť mesiacov odo dňa schválenia návrhu ošetrojúcim lekárom. Súčasťou poskytovanej zdravotnej starostlivosti je edukácia poistenca zameraná na nácvik sebestačnosti. Ak po uplynutí doby platnosti návrhu zdravotný stav poistenca vyžaduje pokračovanie poskytovania zdravotnej starostlivosti, poskytovateľ je povinný vystaviť a zaslať zdravotnej poisťovni nový návrh podľa písm. a) tohto bodu, v ktorom ošetrojúci lekár zdôvodní nevyhnutnosť ďalšieho poskytovania zdravotnej starostlivosti. Ďalšie potrebné pokračovanie zdravotnej starostlivosti je podmienené predchádzajúcim súhlasom zdravotnej poisťovne,
- g) v prípade nedodržania podmienok úhrady uvedených v tomto bode poskytovateľ nemá nárok na úhradu poskytnutej zdravotnej starostlivosti.

Časť - Zariadenia spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek

1. Zdravotné výkony poskytovanéj 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) a B) 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“²¹, 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 MKCH-10-SK-2013 v troj až päťmiestnom tvare bez použitia bodky alebo iného interpunkčného znamienka; v tejto časti prílohy sú kódy chorôb uvedené v tvare podľa MKCH-10-SK-2013 (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 laboratórných 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	0,0064
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:

²¹ 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	Skriningové cytologické vyšetrenie steru z krčka maternice realizované konvenčnou metódou.	1 000	Vyказuje 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 vykázat 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	Vyказuje 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 vykázat maximálne dvakrát za dvanásť mesiacov na jedno rodné číslo
9980b	Cytologické vyšetrenie steru z krčka maternice realizované konvenčnou metódou /kontrolné cytologické vyšetrenie/	1 000	Vyказuje 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 vykázat 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).

Vyказovaná 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 vykázat výkon 4956, ktorým sa v tomto prípade vyказuje detekcia exprese markerov p16INK4a a Ki67, v maximálnom počte 2x na jednu poistenku. Výkon 4956 sa vyказuje 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 revízny 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

- 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
- 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
- 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	x
	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 „SZM“) 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 SZM“) a preskripčným obmedzením viazaným na špecializačný odbor rádiológie, zdravotná poisťovňa uhradí tento SZM ako pripočítateľnú položku k úhrade výkonu do výšky obstarávacej ceny SZM, najviac však do výšky 92 % z maximálnej úhrady zdravotnej poisťovne za SZM uvedenej v Zozname SZM pri súčasnom dodržaní všetkých príslušných podmienok úhrady SZM (pri výpočte sa uplatňuje matematické zaokrúhľovanie na dve desatinné miesta). Ak je obstarávacia cena SZM vyššia ako maximálna úhrada zdravotnej poisťovne za SZM ako pripočítateľnej položky podľa predchádzajúcej vety, je tento rozdiel zahrnutý do úhrady zdravotného výkonu/výkonov, pri ktorých bol SZM použitý. Pre aplikáciu tohto bodu je rozhodujúci Zoznam SZM platný v čase použitia SZM.

3. Poskytovateľovi poskytujúcemu zdravotnú starostlivosť v zariadení SVLZ v špecializačnom odbore rádiológie 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.

Časť - Finančný rozsah pre ŠAS

1. Zmluvné strany sa pre poskytovanie ŠAS podľa tejto prílohy dohodli na finančnom objeme vo výške **1 560 €** na kalendárny polrok po dobu platnosti zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.
2. Na obdobie predĺženej účinnosti prílohy č. 2 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti podľa bodu 9.4. tejto zmluvy sa zmluvné strany dohodli na finančnom objeme vo výške **780 €** na kalendárny štvrtrok.
3. Do finančného objemu na kalendárne obdobie podľa bodu 1 tejto časti prílohy (ďalej len „kalendárne obdobie“) sa zahŕňajú všetky poskytovateľom vykázané a zdravotnou poisťovňou uznané výkony ŠAS vrátane výkonov SVLZ podľa tejto prílohy, okrem zdravotnej starostlivosti uvedenej v bode 4 tejto časti prílohy.
4. Do finančného objemu sa nezahŕňajú zdravotné výkony v špecializačnom odbore gynekológia a pôrodnictvo, reprodukčná medicína, materno-fetálna medicína, ultrazvuk v gynekológii a pôrodnictve, mamológia, v certifikovanej pracovnej činnosti mamodiagnostika v gynekológii a zdravotné výkony v kategórii zubný lekár.
5. Výkony ŠAS vrátane výkonov SVLZ budú v kalendárnom období hradené nasledovne:
 - a) do výšky finančného objemu v cene bodu podľa tejto prílohy,
 - b) po prekročení finančného objemu v cene bodu podľa tejto prílohy, vynásobenej koeficientom **0,10**.
6. V prípade nevyčerpania finančného objemu sa nevyčerpaná časť neprenáša do nasledujúceho kalendárneho obdobia.

Časť - Finančný rozsah pre zariadenie SVLZ

1. Zmluvné strany sa pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti v zariadeniach SVLZ podľa tejto prílohy dohodli na finančnom objeme vo výške **8 638 €** na kalendárny polrok po dobu platnosti zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.
2. Na obdobie predĺženej účinnosti prílohy č. 2 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti podľa bodu 9.4. tejto zmluvy sa zmluvné strany dohodli na finančnom objeme vo výške **4 319 €** na kalendárny štvrtrok.
3. Do finančného objemu na kalendárne obdobie podľa bodu 1 tejto časti prílohy (ďalej len „kalendárne obdobie“) sa zahŕňajú všetky poskytovateľom vykázané a zdravotnou poisťovňou uznané výkony SVLZ podľa tejto prílohy.
4. Výkony SVLZ budú v kalendárnom období hradené nasledovne:
 - a) do výšky finančného objemu v cene bodu podľa tejto prílohy,
 - b) po prekročení finančného objemu v cene bodu podľa tejto prílohy, vynásobenej koeficientom **0,10**.
5. V prípade nevyčerpania finančného objemu sa nevyčerpaná časť neprenáša do nasledujúceho kalendárneho obdobia.

Časť - Finančný rozsah pre domácu ošetrovateľskú starostlivosť

1. Zmluvné strany sa pre poskytovanie domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ďalej len „DOS“) podľa tejto prílohy dohodli na finančnom objeme vo výške **930 €** na kalendárny polrok po dobu platnosti zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.
2. Na obdobie predĺženej účinnosti prílohy č. 2 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti podľa bodu 9.4. tejto zmluvy sa zmluvné strany dohodli na finančnom objeme vo výške **465 €** na kalendárny štvrtrok.
3. Do finančného objemu na kalendárne obdobie podľa bodu 1 tejto časti prílohy (ďalej len „kalendárne obdobie“) sa zahŕňajú všetky poskytovateľom vykázané a zdravotnou poisťovňou uznané výkony DOS podľa tejto prílohy.
4. Výkony DOS budú v kalendárnom období hradené nasledovne:
 - a) do výšky finančného objemu v cene bodu podľa tejto prílohy,
 - b) po prekročení finančného objemu v cene bodu podľa tejto prílohy, vynásobenej koeficientom **0,10**.
5. V prípade nevyčerpania finančného objemu sa nevyčerpaná časť finančného objemu neprenáša do nasledujúceho kalendárneho obdobia.