

Dodatok č. 20
k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti
č. 6008OPLK000113

Článok 1
Zmluvné strany

Union zdravotná poisťovňa, a. s.

zastúpená: Ing. Elena Májeková, riaditeľka sekcie zdravotného poistenia
so sídlom: Karadžičova 10, 814 53 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

Oravská poliklinika Námestovo

zastúpený: Ing. Mária Šišková, riaditeľka OP Námestovo
so sídlom: Červeného kríža 62/30, 029 01 Námestovo
IČO: 00 634 875
identifikátor poskytovateľa (prvých šesť znakov kódu poskytovateľa): N26721
(ďalej len "poskytovateľ" alebo spoločne aj „zmluvné strany“)

Zmluvné strany uzatvárajú tento dodatok č. 20 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti č. 6008OPLK000113 (ďalej v texte aj ako „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. Článok II zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa vrátane nadpisu mení a znie nasledovne:

„Článok II
Kritéria na uzatváranie zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

Zdravotná poisťovňa na základe § 7 ods. 4 písm. a) zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov stanovila a uverejnila na svojej úradnej tabuli a na webovom sídle zdravotnej poisťovne www.union.sk (ďalej len „webové sídlo zdravotnej poisťovne“) nasledovné kritériá na uzatváranie zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (ďalej len „kritériá“):

- a) v oblasti personálneho zabezpečenia poskytovanie zdravotnej starostlivosti osobami, ktoré spĺňajú podmienky na výkon zdravotníckeho povolania alebo samostatnej zdravotníckej praxe v príslušnom odbore v počte najmenej na úrovni predpísaného minimálneho personálneho vybavenia zdravotníckeho zariadenia podľa príslušného všeobecne záväzného právneho predpisu,
 - b) v oblasti materiálno-technického vybavenia poskytovanie zdravotnej starostlivosti najmenej na úrovni predpísaného minimálneho materiálno-technického vybavenia zdravotníckeho zariadenia podľa príslušného všeobecne záväzného právneho predpisu a len zdravotníckymi pomôckami, ktoré spĺňajú technické požiadavky ustanovené zákonom č. 264/1999 Z.z. o technických požiadavkách na výrobky a o posudzovaní zhody a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,
 - c) geografická dostupnosť zdravotnej starostlivosti pre poistencov najmenej v rozsahu verejnej minimálnej siete poskytovateľov podľa nariadenia vlády SR č. 640/2008 Z. z. o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov,
 - d) indikátory kvality ustanovené Ministerstvom zdravotníctva SR všeobecne záväzným právnym predpisom podľa nariadenia vlády SR č. 752/2004 Z. z., ktorým sa vydávajú indikátory kvality na hodnotenie poskytovania zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov,
 - e) zavedenie interného systému kontroly kvality a zavedenie externého systému kontroly kvality pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v zariadeniach spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek v jednotlivých medicínskych odboroch laboratórnej medicíny,
- a ktoré poskytovateľ splnil, na základe čoho s ním zdravotná poisťovňa uzatvorila zmluvu.“

2. Bod 4.2. článku IV zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa mení a znie nasledovne:
„Zmluvné strany sa zaväzujú pri spracovávaní osobných údajov postupovať v súlade so zákonom č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a nariadením Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) č. 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES.“.
3. Bod 9.3. článku IX zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa mení a znie nasledovne:
„9.3. Zmluva sa uzatvára na dobu neurčitú s výnimkou prílohy č. 2 k tejto zmluve, ktorá je účinná do **31.03.2020**.“.
4. Príloha č. 2 – Dohodnutá výška úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť a finančný rozsah k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s výnimkou Časti - Finančný rozsah pre ŠAS sa nahrádza novým znením, ktoré tvorí neoddeliteľnú prílohu tohto dodatku.
5. Príloha č. 2 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, Časť - Finančný rozsah pre ŠAS sa za obdobie od 01.01.2019 do 30.06.2019 nepoužíje.
6. Ostatné ustanovenia zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti ostávajú týmto dodatkom nezmenené.

Článok 3 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 zmluvnými stranami a účinnosť prvým dňom nasledujúceho kalendárneho mesiaca po jeho podpísaní za podmienky, že najneskôr deň pred nadobudnutím účinnosti bol zverejnený na webovom sídle zdravotnej poisťovne.

V Bratislave dňa 19.12.2018

Union zdravotná poisťovňa, a.s.

.....
Ing. Elena Májeková
riaditeľka sekcie zdravotného poistenia
na základe plnej moci

Oravská poliklinika Námestovo

Oravská poliklinika
01 Námestovo
.....
Ing. Mária Šišková
riaditeľka OP Námestovo

Príloha č. 2
k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

Dohodnutá výška úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť a finančný rozsah

Časť – Všeobecné ustanovenia

1. Zdravotné výkony sa uhrádzajú v súlade so zmluvou o poskytovaní zdravotnej starostlivosti a za nasledovných podmienok:

- a) Zdravotná poisťovňa uhrádza všetky medicínsky indikované, zdravotnej poisťovni vykázané a zdravotnou poisťovňou uznané zdravotné výkony podľa podmienok vyplývajúcich zo zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.
- b) Ak je ako spôsob úhrady určená „cena bodu“, výška úhrady za zdravotný výkon sa určí ako súčin počtu bodov podľa „Zoznamu výkonov a ich bodové hodnoty k zdravotným výkonom uvedeným v časti A“ (ďalej len „zoznam výkonov“) uvedeným v prílohe č. 4 časť C opatrenia MZ SR č. 07045/2003 – OAP z 30. decembra 2003, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva v znení neskorších predpisov, s výnimkou zdravotných výkonov, pre ktoré je v tejto prílohe určené iné bodové ohodnotenie, a príslušnej (výslednej) ceny bodu dohodnutej v tejto prílohe pre daný výkon; ak dôjde k zrušeniu právneho predpisu uvedeného v tomto pismene, použije sa na účely určenia bodovej hodnoty posledné platné a účinné znenie tohto právneho predpisu, ak nebude dohodnuté inak.
- c) Ak je ako spôsob úhrady určená „cena výkonu“, príslušná cena za výkon dohodnutá v tejto prílohe predstavuje výšku úhrady za výkon.
- d) Ak je úhrada za zdravotný výkon zahrnutá v úhrade za iný zdravotný výkon alebo v kapitácii, takýto zdravotný výkon sa osobitne neuhrádza a vykazuje sa na úhradu do zdravotnej poisťovne s nulovou výškou úhrady.
- e) Úhrada za zdravotný výkon zahŕňa náklady na všetku zdravotnú starostlivosť poskytnutú v rámci zdravotného výkonu, ak nie je dojednané inak.
- f) 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 poisťencovi.

2. Ak je ako spôsob úhrady zdravotnej starostlivosti určená kapitácia, zdravotná poisťovňa ju uhrádza za nasledovných podmienok:

- a) Kapitácia je mesačná paušálna úhrada za poskytovanie zdravotnej starostlivosti jednému poisťencovi (ďalej aj ako „kapitovaný poistenec“), s ktorým má poskytovateľ podľa § 12 zákona č. 576/2004 Z. z. uzavretú platnú a účinnú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (ďalej len „dohoda“).
- b) Pre účely úhrady kapitácie zdravotná poisťovňa akceptuje uzavretie dohody len s jedným poskytovateľom všeobecnej ambulantnej starostlivosti a s jedným poskytovateľom ambulantnej starostlivosti v odbore gynekológia a pôrodnictvo. Ak poistenec uzatvorí dohodu s ďalším poskytovateľom všeobecnej ambulantnej starostlivosti alebo poskytovateľom ambulantnej starostlivosti v odbore gynekológia a pôrodnictvo, zdravotná poisťovňa pre účel úhrady kapitácie akceptuje novú dohodu len za podmienky, že predchádzajúca dohoda zanikne v súlade so zákonom č. 576/2004 Z. z.
- c) Kapitácia zahŕňa náklady na všetku zdravotnú starostlivosť poskytnutú kapitovanému poisťencovi za daný kalendárny mesiac, ak v tejto prílohe nie je dojednané inak.
- d) Poskytovateľ:
 - da) zasiela kópiu dohody zdravotnej poisťovni na jej vyžiadanie v prípade, ak v jednom kalendárnom mesiaci budú fakturovať kapitáciu na tohto istého poistenca dvaja alebo viacerí poskytovatelia; zdravotná poisťovňa je oprávnená vyžiadať kópie dohody písomne, telefonicky 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,
 - db) 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; vzťahuje sa to na poskytovateľov, ktorí nevykazujú zdravotnú starostlivosť na úhradu do zdravotnej poisťovne prostredníctvom online pobočky zdravotnej poisťovne,
 - dc) má nárok na úhradu kapitácie aj spätne, ak poistenec alebo jeho zákonný zástupca neohlásil poskytovateľovi zmenu zdravotnej poisťovne; nárok na spätnú úhradu kapitácie za kapitovaného poistenca, ktorého opomenul vykázat' má iba v tom prípade, ak zdravotná poisťovňa v období, za ktoré si tohto poistenca spätne vykazuje, neuhradila kapitáciu inému poskytovateľovi,
 - dd) má nárok, aby zdravotná poisťovňa vykonala porovnanie kapitačného stavu poistencov poskytovateľa a oznámila výsledok poskytovateľovi na základe údajov poskytnutých poskytovateľom podľa písm. db) tohto bodu a informovala poskytovateľa o skutočnom počte kapitovaných poistencov u poskytovateľa, evidovaných v informačnom systéme zdravotnej poisťovne.
- e) Ak poskytovateľ nemal uzavretú dohodu s poistencom po dobu celého kalendárneho mesiaca, zdravotná poisťovňa má právo krátiť kapitáciu za tie dni kalendárneho mesiaca, za ktoré nebola uzavretá dohoda.

3. Výška úhrady za zdravotný výkon a kapitácia nezahŕňa náklady na lieky plne alebo čiastočne uhrádzané na základe verejného zdravotného poistenia zaradené v Zozname kategorizovaných liekov (platnom čase podania lieku), označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom A a AS. Úhrada za výkony domácej ošetrovateľskej starostlivosti nezahŕňa náklady na špeciálny zdravotnícky materiál zaradený v Zozname kategorizovaných špeciálnych zdravotníckych materiálov.

Časť - Všeobecná ambulantná starostlivosť pre dospelých

1. Kapitácia sa v závislosti od veku kapitovaného poistenca uhrádza nasledovne:

Špecifikácia podmienok úhrady	Kapitácia v €
poistenec vo veku od 18 rokov do 50 rokov života vrátane	2,26
poistenec vo veku od 51 rokov do 60 rokov života vrátane	2,59
poistenec vo veku od 61 rokov do 80 rokov života vrátane	3,63
poistenec vo veku od 81 rokov života	3,98

2. V kapitácii nie je zahrnutá úhrada za zdravotné výkony, ktoré sa podľa tejto časti uhrádzajú cenou bodu alebo cenou výkonu.

3. Cenou bodu sa uhrádzajú nasledovné zdravotné výkony:

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena bodu v €
159b	Vykazuje sa - s kódom choroby Z00.1, Z00.0 alebo Z52.0 u darcov krvi, - s výkonom 160, - aj u poistencov vo veku od 19 do 39 rokov vrátane, ak výkon doteraz alebo v uplynulom roku poskytnutý nebol.	0,0455
3671	Vykazuje sa - s kódom choroby Z00.1, Z00.0 alebo Z52.0 u darcov krvi - s výkonom 160	0,0455
252b	pri očkovaní proti chrípke sa vykazuje s kódom choroby Z25.1 pri povinnom očkovaní proti diftérii a tetanu sa vykazuje s kódom choroby Z00.0 pri očkovaní proti vírusovej hepatitíde typu A*/ sa vykazuje s kódom choroby Z20.5 pri očkovaní proti vírusovej hepatitíde typu B*/ sa vykazuje s kódom choroby Z00.0 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 kliešťovej encefalitíde sa vykazuje s kódom choroby Z24.1 pri očkovaní proti pneumokokom*/ sa vykazuje s kódom Z23.8 v zmysle indikačných obmedzení pri očkovaní proti osýpkam sa vykazuje s kódom choroby Z27.4, Z27.8, Z27.3, Z27.1, Z24.4	0,0482
25 26 29	Výkon 25 je možné vykázat aj: - s výkonom 160 u imobilných poistencov alebo z dôvodu iného závažného dlhodobého zdravotného postihnutia poistenca, - s výkonom 252b, ak ide o vykonanie očkovania na základe rozhodnutia regionálneho úradu verejného zdravotníctva alebo Úradu verejného zdravotníctva SR u poistencov, ktorí dlhodobo odmietajú dostaviť sa do ambulancie poskytovateľa za účelom vykonania očkovania. O uvedených skutočnostiach vykoná poskytovateľ záznam v zdravotnej dokumentácii poistenca.	0,0250
4;5;6;30	Výkony sa vykazujú nasledovne: - výkon 4 s výkonom 25 alebo 26 - výkon 5 s výkonom 26 a s výkonom 30 - výkon 6 s výkonom 26 alebo 29 a s výkonom 30 - výkon 30 s výkonom 26 alebo 29	0,0150
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 prichodu záchrannej zdravotnej služby zabezpečujúcej prevoz poistenca do ústavnej zdravotnej starostlivosti; vyžaduje sa odôvodnenie v zdravotnej dokumentácii poistenca.	0,0150
5702*	Elektrokardiografické (EKG) vyšetrenie, štandardné 12-zvodové zosnímanie, ak ho poskytovateľ sám vykonal a vyhodnotil.	0,0076
5300*	USG vyšetrenie v ambulancii VLD – hornej časti brucha	0,0073
5301*	USG vyšetrenie v ambulancii VLD – jedného orgánu alebo orgánového systému	
4571a	C - reaktívny proteín, ak ho poskytovateľ sám vykonal a vyhodnotil (380 bodov).	0,0116
-	Výkony neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnuté nekapitovanému poistencovi	0,0200
-	SVLZ výkony neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnuté nekapitovanému poistencovi	0,0073
-	Výkony neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnuté poistencovi EÚ	0,0200
-	SVLZ výkony neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnuté poistencovi EÚ	0,0073

* Výkon sa uhrádza na základe splnenia povinnosti poskytovateľa podľa bodu 4.6. písm. f) tejto zmluvy, prípadne aj po preukázaní ďalších podmienok úhrady výkonu. Zdravotnou poisťovňou schválený zdravotný výkon podľa predchádzajúcej vety, s uvedením kódu odbornosti ambulantnej zdravotnej starostlivosti a kódu zdravotného výkonu tvoria prílohu č. 3, ktorá tvorí neoddeliteľnú súčasť tejto zmluvy. Pri výkone 5300 a 5301 sa vyžaduje zdokladovanie certifikátu o spôsobilosti vykonávať dané vyšetrenia vydaného na to oprávnenou slovenskou vzdelávacou ustanovizňou alebo zdokladovanie certifikátu uznaného Ministerstvom zdravotníctva SR.

4. Cenou výkonu sa u kapitovaného poistenca uhrádzajú nasledovné zdravotné výkony

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena výkonu v €
160	Vyказuje sa - s kódom choroby Z00.0 alebo Z52.0 u darcov krvi, - s výkonom 5702 u poistencov, ktorí dovŕšili 40 rokov veku, ak ho poskytovateľ sám urobil a vyhodnotil	16,61
159a	Vyказuje sa - pri pozitívnom výsledku s kódom choroby Z00.0 alebo Z12.1 - u poistencov vo veku nad 40 rokov raz za dva roky	8,00
159z	Vyказuje sa - pri negatívnom výsledku s kódom choroby Z00.0 alebo Z12.1 - u poistencov vo veku nad 40 rokov raz za dva roky	8,00
159x	Vyказuje sa - pri neznámom / znehodnotenom teste s kódom choroby Z00.0 alebo Z12.1 - u poistencov vo veku nad 40 rokov raz za dva roky	2,01
60b	Základné vyšetrenie zahŕňa potrebné odbery krvi, zhodnotenie laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení a zaradenie pacienta do rizikovej skupiny ASA podľa Odborného usmernenia MZ SR č. 12826/2014 –SZ o vykonávaní ambulantných vyšetrení u dospelých pred plánovanými zdravotnými výkonmi s potrebou anesteziologickej starostlivosti zo dňa 11.6.2014 v platnom znení. Výkon možno vyказovať iba raz v rámci jednej operácie, výkon sa vyказuje 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
5702Z*	Elektrokardiografické (EKG) vyšetrenie, štandardné 12-zvodové zosnímanie ako súčasť predoperačného vyšetrenia podľa Odborného usmernenia MZ SR č. 12826/2014 –SZ o vykonávaní ambulantných vyšetrení u dospelých pred plánovanými zdravotnými výkonmi s potrebou anesteziologickej starostlivosti zo dňa 11.6.2014 v platnom znení; vyказuje sa s výkonom 60b.	4,18
3842a*	Meranie INR z kapilárnej krvi všeobecným lekárom pre dospelých (ďalej aj ako „vyšetrenie INR VLD“) sa uhrádza, ak poskytovateľ: - je držiteľom certifikátu o absolvovaní certifikačného školenia na Lekárskej fakulte Slovenskej zdravotníckej univerzity (LF SZU) alebo inej lekárskej fakulty pôsobiacej na území Slovenskej republiky alebo predloží písomné čestné vyhlásenie, že sa oboznámil a bude dodržiavať postupy antikoagulačnej liečby zverejnené na webovom sídle zdravotnej poisťovne, - je účastníkom povinného externého hodnotenia kvality akreditovaným prevádzkovateľom EHK so získaním osvedčenia o účasti a absolvovaní externého	5,00

	hodnotenia kvality v dvojročnom cykle, - dodržiava indikácie a štandardné terapeutické postupy pri výkone zdravotného výkonu, - správne vedie a archivuje zdravotnú dokumentáciu vrátane písomného záznamu o posúdení rizika krvácania a určenia rizika tromboembolizmu pri nastavovaní pacienta na antikoagulačnú liečbu, - Poskytovateľ je povinný v polročných intervaloch vyhodnotiť a v dokumentácii zaznamenať hodnotu TTR. V prípade dvoch za sebou nasledujúcich neuspokojivých hodnôt TTR je poskytovateľ povinný odoslať pacienta na ďalší manažment antikoagulačnej liečby na pracovisko ŠAS (hematolog, kardiológ, internista). Výšetrenie INR VLD v ambulancii lekára nie je povolené vykázať súčasne s výšetrením INR v laboratóriu. Maximálna frekvencia výšetrení INR VLD u jedného poistenca maximálne 16 / rok.	
5715*	24 hodinové monitorovanie tlaku krvi pre diagnostiku a liečbu artériovej hypertenzie u dospelých pacientov v ambulancii všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti (ďalej aj ako „výkon AMTK v ambulancii VLD“) v súlade s Odborným usmernením MZ SR č. Z52182-2014-IZP na poskytovanie ambulantnej zdravotnej starostlivosti dospelým pacientom s artériovou hypertenziou zo dňa: 1. 12. 2014 v platnom znení. Výkon AMTK v ambulancii VLD pre účel tejto prílohy zahŕňa meranie a vyhodnotenie tohto výkonu na základe Klinických indikácií pre meranie tlaku krvi mimo ambulancie na diagnostické účely podľa Odborného usmernenia Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky na poskytovanie ambulantnej zdravotnej starostlivosti dospelým pacientom s artériovou hypertenziou, pokiaľ výšetrenie nemožno nahradiť domácim monitorovaním tlaku krvi. Výkon sa uhrádza, ak - pri realizácii výkonu AMTK v ambulancii VLD boli dodržané podmienky indikácie a štandardné terapeutické postupy, - indikácia poskytnutia výkonu zodpovedá klinickému stavu a odporúčaniam podľa Odborného usmernenia Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky na poskytovanie ambulantnej zdravotnej starostlivosti dospelým pacientom s artériovou hypertenziou. - kontrola výšetrením maximálne v dvojročnom intervale podľa zdravotného stavu poistenca; v prípade nutnosti častejšej kontroly písomné zdôvodnenie PZS, - v uplynulom období 2 rokov nebol výkon vykonaný v ambulancii špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti príslušného špecializačného odboru, - je zabezpečené správne vedenie a archivovanie zdravotnej dokumentácie pacienta vrátane písomného záznamu, vyhodnotenia výšetrenia a diagnostického záveru.	9,00
H0008*	Obsahom zdravotného výkonu je stanovenie indexu ABI oscilometrickou metódou, meranie a vyhodnotenie indexu ABI na štyroch končatinách na zistenie zvýšeného rizika ischemickej choroby dolných končatin; Výkon sa uhrádza, ak: - bol poskytnutý v rámci preventívnej prehliadky poistencovi vo veku nad 40 rokov s minimálne jedným rizikovým faktorom - podozrenie na ischemickú chorobu dolných končatin, artériová hypertenzia, abnormálne EKG, diabetes mellitus, obezita, fajčenie, vysoká hladina celkového cholesterolu, porucha metabolizmu lipidov, - v uplynulom období 2 rokov nebol výkon vykonaný v ambulancii špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti príslušného špecializačného odboru, - poskytovateľ predložil aj doklady o zaškolení výrobcom prístrojového vybavenia.	4,50
163	Obsahom zdravotného výkonu je realizácia testu na zistenie rizika kognitívneho deficitu, ktorý/ktorého - sa môže vykonať u poistencov vo veku nad 50 rokov maximálne raz dva roky v rámci preventívnej prehliadky, alebo v prípade záujmu poistenca, - sa vykazuje s diagnózami v závislosti od výsledku testu: • negatívny výsledok testu: Z00.0 (všeobecné lekárske vyšetrenie) • pozitívny výsledok testu: Z03.2 (pozorovanie pri podozrení na duševnú poruchu a poruchu správania), - výstupom je celkové dosiahnuté skóre, - po vyplnení zostáva súčasťou zdravotnej dokumentácie poistenca. Výsledok testu všeobecný lekár oznámi poistencovi, poskytne mu informácie a zabezpečí jeho ďalší manažment (napr. odporúčenie odborného vyšetrenia u špecialistu).	6,00

10	Starostlivosť o poistenca s artériovou hypertenziou, dyslipidémiou a/alebo obezitou Výkon sa uhrádza nad rámec kapitácie – u kapitovaného poistenca, ktorý má aspoň jedno z nasledujúcich ochorení alebo ich kombináciu: • artériová hypertenzia • dyslipidémia • obezita (ďalej jednotlivo aj ako „dané ochorenie“ alebo spoločne ako „dané ochorenia“) – ak ide o poistenca, ktorý má len izolovanú obezitu (t. j. nemá artériovú hypertenziu a/alebo dyslipidémiu), podmienkou úhrady je aj: • BMI: 30 – 34,99 (obezita I. stupňa) alebo 35 – 39,99 (obezita II. stupňa) alebo nad 40 (obezita III. stupňa) • a súčasne prítomný marker vysokého rizika vzniku metabolických a obehových komplikácií spojených s obezitou na základe distribúcie tuku - obvod pásu v cm: muži nad 102 cm, ženy nad 88 cm – ak poisteneц nie je dispenzarizovaný a/alebo liečený u iného poskytovateľa pre dané ochorenia (okrem jednorazového vyšetrenia u poskytovateľa špecializovanej ambulantnej starostlivosti za účelom konzultácie alebo vykonania zobrazovacieho vyšetrenia), – po stanovení diagnózy a liečebného plánu s tým, že poskytovateľ určí aj BMI poistenca a zapíše ho do zdravotnej dokumentácie, – ak je vykázaný s príslušnou diagnózou, – maximálne dvakrát za kalendárny rok u jedného poistenca; v prípade potreby vyššej frekvencie vyšetrení je úhrada za ďalšiu zdravotnú starostlivosť zahrnutá v kapitácii, – ak poskytovateľ postupuje v súlade s príslušnými platnými odbornými usmerneniami pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti vydanými Ministerstvom zdravotníctva SR podľa príslušného ustanovenia zákona č. 576/2004 Z. z. (ak existujú), – ak poskytovateľ vykonáva príslušné zápisy v súvislosti s liečbou daného ochorenia do zdravotnej dokumentácie. V cene výkonu je zahrnuté komplexné poskytovanie zdravotnej starostlivosti v súvislosti daným ochorením, najmä – iníciaľne a/alebo kontrolné vyšetrenie poistenca, – odbery na laboratórne vyšetrenia a/alebo vyhodnotenie dostupných výsledkov vyšetrení poistenca, – ďalšia zdravotná starostlivosť v zmysle príslušných odborných usmernení vydaných Ministerstvom zdravotníctva SR (ak existujú). Pre účely úhrady tohto výkonu nad rámec kapitácie zároveň platí: – o iníciaľne vyšetrenie ide v prípade, keď poisteneц, nebol v posledných 24 mesiacoch liečený, diagnostikovaný alebo dispenzarizovaný pre dané ochorenie u iného poskytovateľa, – kontrolné vyšetrenie je každé ďalšie vyšetrenie po iníciaľnom vyšetrení, – pri hodnotení laboratórnych a iných výsledkov vyšetrení zdravotná poisťovňa akceptuje vyšetrenia, ktoré neboli realizované neskôr ako 3 mesiace pred dňom realizácie iníciaľného alebo kontrolného vyšetrenia.	8,00
----	---	------

* Výkon sa uhrádza na základe splnenia povinností poskytovateľa podľa bodu 4.6. písm. f) tejto zmluvy, prípadne aj po preukázaní ďalších podmienok úhrady výkonu. Zdravotnou poisťovňou schválený zdravotný výkon podľa predchádzajúcej vety, s uvedením kódu odbornosti ambulantnej zdravotnej starostlivosti a kódu zdravotného výkonu tvoria prílohu č. 3, ktorá tvorí neoddeliteľnú súčasť tejto zmluvy.

5. Zdravotná poisťovňa uhradí poskytovateľovi bonusy ku kapitácii za podmienok dohodnutých v tomto bode:

- Zdravotná poisťovňa na základe údajov zo svojho informačného systému vyhodnotí, či poskytovateľ splnil ukazovatele podľa tabuľky tohto bodu v kalendárnom polroku alebo kalendárnom roku, za ktorý sa vykonáva hodnotenie (ďalej len „hodnotené obdobie“). Ukazovateľ je dojednaná podmienka, za splnenia ktorej zdravotná poisťovňa prizná bonus poskytovateľovi podľa tabuľky tohto bodu.
- Hodnotené obdobie je kalendárny polrok, ktorý bezprostredne predchádza kalendárnemu polroku, v ktorom sa vykonáva hodnotenie, s výnimkou Ukazovateľa „Preventívne prehliadky“, kde hodnoteným obdobím je bezprostredne predchádzajúci kalendárny rok.
- Zdravotná poisťovňa uhradí bonusy, pri ktorých poskytovateľ splnil ukazovatele v celom kalendárnom polroku, ktorý bezprostredne nasleduje po kalendárnom polroku, v ktorom zdravotná poisťovňa vykonala hodnotenie plnenia ukazovateľov. Zdravotná poisťovňa oznámi poskytovateľovi bonusy, pri ktorých splnil ukazovatele.

d) Ukazovatele a bonusy, ktoré sa uplatňujú u poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti sú uvedené v nasledovnej tabuľke:

	Ukazovateľ**	Špecifikácia ukazovateľa	Bonus (€)
Prevenčia	Preventívne prehliadky (PP)*	Splnené, ak % vykonaných PP u kapítovaných poistencov, ktorí ju mali absolvovať v hodnotenom období, bolo minimálne 35 %.	0,05
	Prevenčia rizík farmakoterapie	Splnené, ak minimálne u 75% ošetrovaných pacientov, ktorým bol elektronicky vystavený recept, bola zobrazená elektronická lieková knižka. V roku 2019 bude tento bonus uhradený aj bez splnenia ukazovateľa.	0,02
Optimus	Náklady*	Výška bonusu sa určí ako podiel = $\frac{[(\text{prepočítané náklady} - \text{priemerné náklady}) \times \text{počet ošetrovaných poistencov}]}{(\text{počet kapítovaných poistencov} \times \text{počet mesiacov v hodnotenom období})}$; výška bonusu je min. 0,01 € a max. 0,06 €. Prepočítané náklady sú náklady na poskytovateľom predpísané lieky, zdravotnícke pomôcky (ZP) a indikované výkony SVLZ na jedného poistenca v € po prepočítaní zohľadňujúcim rôznu chorobnosť poistencov zahŕňajúce tzv. indexy rizika nákladov. Priemerné náklady sú náklady na jedno jedinečné rodné číslo na lieky a výkony SVLZ u poskytovateľov s rovnakou odbornosťou, ktoré boli vypočítané za účelom porovnania s prepočítanými nákladmi. V prípade, že hodnota prepočítaných nákladov na poistenca neprekročí hodnotu priemerných nákladov v danej odbornosti, vzniká nárok na bonus.	0,06
	Primárna starostlivosť bez odoslania k špecialistovi*	Splnené, ak % poistencov odoslaných do ambulancie špecializovanej ambulantnej starostlivosti neprekročí 10%.	0,50
Elektronické služby	Elektronické zúčtovanie cez online pobočku	Splnené, ak minimálne 75% dávok bolo vykázaných elektronicky cez Online pobočku zdravotnej poisťovne.	0,02
	Elektronický recept	Splnené, ak minimálne 75% receptov s výdajom v lekárni bolo vystavených elektronicky cez službu eRecept.	0,02
	eLab	Splnené, ak minimálne 75% realizovaných SVLZ laboratórnych bolo žiadaných poskytovateľom po zobrazení existujúcich výsledkov. V roku 2019 bude tento bonus uhradený aj bez splnenia ukazovateľa.	0,02

Maximálne spolu: 0,69

*Nevyhodnocuje sa u poskytovateľov, ktorí mali v hodnotenom období menej ako 30 kapítovaných poistencov.

**Tieto ukazovatele sa uplatnia už pri hodnotení, na základe ktorého zdravotná poisťovňa uhrádza bonusy v kalendárnom polroku od 1.1.2019.

Časť - Všeobecná ambulantná starostlivosť pre deti a dospelých (vrátane dospelých)

1. Kapitácia sa v závislosti od veku kapitolovaného poistenca uhrádza nasledovne:

Špecifikácia podmienok úhrady	Kapitácia v €
poistenec do 1 roka veku	6,98
poistenec od 1 do 5 rokov veku vrátane	5,48
poistenec od 6 do 14 rokov veku vrátane	3,58
poistenec od 15 do 18 rokov veku vrátane	2,38
poistenec od 19 do 28 rokov veku vrátane	2,38

2. V kapitácii nie je zahrnutá úhrada za zdravotné výkony, ktoré sa podľa tejto časti uhrádzajú cenou bodu alebo cenou za výkon.

3. Cenou bodu sa uhrádzajú nasledovné zdravotné výkony:

Kód výkonu	Cena bodu v €
142	0,0700
143, 143a, 144, 145, 145a, 146, 146a, 146b, 146c, 148, 148a, 148b, 148c, 149, 149a, 149b, 149c, 149d, 149f, 950, 953 (pri vykázaní s kódom choroby Z00.1)	0,0455
143, 143a, 144, 145, 145a, 146, 146a, 146b, 146c, 148 (pri vykázaní s kódom choroby P07.00, P07.01, P07.02, P07.10, P07.11 podľa pôrodnej hmotnosti novorodenca)	0,0500

4. Cenou bodu sa uhrádzajú nasledovné zdravotné výkony:

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena bodu v €
159b	Vykazuje sa - s kódom choroby Z00.1 - s výkonom 149 alebo 149d - aj u poistencov v 13. roku veku	0,0455
3671	Vykazuje sa - s kódom choroby Z00.1, Z00.0 alebo Z52.0 u darcov krvi - s výkonom 149 alebo 149d	0,0455
252a	pri očkovaní proti rotavírusom sa vykazuje s kódom choroby Z26.8	0,0600
252b	pri očkovaní proti chrípke sa vykazuje s kódom choroby Z25.1	
	pri povinnom očkovaní vrátane povinného očkovania proti diftérii a tetanu a povinného očkovania proti pneumokokom sa vykazuje s kódom choroby Z00.1, pri odporúčanom (u poistencov nad 15 rokov) očkovaní proti pneumokokom sa vykazuje s kódom choroby Z23.8	
	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 od dovŕšenia 13. roku života až do dovŕšenia 16. roku života, vykazuje sa s kódom choroby Z25.8 (s platnosťou do 31.12.2019)	
	pri očkovaní proti osýpkam sa vykazuje s kódom Z27.4, Z27.8, Z27.3, Z27.1, Z24.4	
25 26 29	Výkon 25 je možné vykazať aj: - s výkonmi preventívnych prehliadok u imobilných poistencov alebo z dôvodu iného závažného dlhodobého zdravotného postihnutia poistenca, - s výkonom 252b, ak ide o vykonanie očkovania na základe rozhodnutia regionálneho úradu verejného zdravotníctva alebo Úradu verejného zdravotníctva SR u poistencov, ktorí dlhodobo odmietajú dostaviť sa do ambulancie poskytovateľa za účelom vykonania očkovania.	0,0250

	O uvedených skutočnostiach vykoná poskytovateľ záznam v zdravotnej dokumentácii poistenca	
4;5;6;30	Výkony sa vykazujú nasledovne: - výkon 4 s výkonom 25 alebo 26 - výkon 5 s výkonom 26 a s výkonom 30 - výkon 6 s výkonom 26 alebo 29 a s výkonom 30 - výkon 30 s výkonom 26 alebo 29	0,0150
40	Zotrvávanie poskytovateľa pri poistencovi mimo ambulancie cez deň (za každú začatú polhodinu), najmä v súvislosti s potrebou jeho zotrvania do príchodu záchrannej zdravotnej služby zabezpečujúcej prevoz poistenca do ústavnej zdravotnej starostlivosti; vyžaduje sa odôvodnenie v zdravotnej dokumentácii poistenca.	0,0150
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 záchrannej zdravotnej služby zabezpečujúcej prevoz poistenca do ústavnej zdravotnej starostlivosti; vyžaduje sa odôvodnenie v zdravotnej dokumentácii poistenca	0,0150
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
-	Výkony neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnuté nekapitovanému poistencovi	0,0200
-	SVLZ výkony neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnuté nekapitovanému poistencovi	0,0073
-	Výkony neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnuté poistencovi EÚ	0,0200
-	SVLZ výkony neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnuté poistencovi EÚ	0,0073

* Výkon sa uhrádza na základe splnenia povinnosti poskytovateľa podľa bodu 4.6. písm. f) tejto zmluvy, prípadne aj po preukázaní ďalších podmienok úhrady výkonu. Zdravotnou poisťovňou schválený zdravotný výkon podľa predchádzajúcej vety, s uvedením kódu odbornosti ambulantnej zdravotnej starostlivosti a kódu zdravotného výkonu tvoria prílohu č. 3, ktorá tvorí neoddeliteľnú súčasť tejto zmluvy.

5. Cenou výkonu sa u kapitovaného poistenca uhrádzajú nasledovné zdravotné výkony:

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena výkonu v €
160	Vyказuje sa - s kódom choroby Z00.1, Z00.0 alebo Z52.0 u darcov krvi	16,61
60	Výkon sa uhrádza nad rámec kapitácie - pri prevzatí poistenca do zdravotnej starostlivosti - maximálne jedenkrát u jedného poistenca	2,30
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 vyказuje 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
67	U detí do dovŕšenia 5 roku veku pri sťaženom výkone: očkovanie alebo odber krvi. V ostatných prípadoch je úhrada za tento výkon zahrnutá v kapitácii	4,10
5702Z*	Elektrokardiografické (EKG) vyšetrenie, štandardné 12-zvodové zosnímanie ako súčasť predoperačného vyšetrenia; vyказuje sa s výkonom 60b.	4,18
1544a*	Otoskopické vyšetrenie jednostranne	4,40
10	Starostlivosť o poistenca s obezitou, artériovou hypertenziou a/alebo dyslipidémiou Výkon sa uhrádza nad rámec kapitácie - u kapitovaného poistenca, ktorý má aspoň jedno z nasledujúcich ochorení alebo ich kombináciu: • obezita • dyslipidémia • hypertenzia (ďalej jednotlivo aj ako „dané ochorenie“ alebo spoločne ako „dané ochorenia“) - ak ide o poistenca, ktorý má len izolovanú obezitu (t.j. nemá artériovú hypertenziu)	8,00

	a/alebo dislipidémii), podmienkou úhrady je aj BMI nad 90 percentil pre daný vek poistenca (štandardné hodnoty BMI u detí sú stanovené Odbornom usmernení Ministerstva zdravotníctva SR č. 13278-OZS-2011 o diagnostike a liečbe obezity u detí) - ak poistenec nie je dispenzarizovaný a/alebo liečený u iného poskytovateľa pre dané ochorenia (okrem jednorazového vyšetrenia u poskytovateľa špecializovanej ambulantnej starostlivosti za účelom konzultácie alebo vykonania zobrazovacieho vyšetrenia), - ak je vykázaný s príslušnou diagnózou, - maximálne dvakrát za kalendárny rok u jedného poistenca; v prípade potreby vyššej frekvencie vyšetrení je úhrada za ďalšiu zdravotnú starostlivosť zahrnutá v kapitácii, - ak poskytovateľ postupuje v súlade s príslušnými platnými odbornými usmerneniami pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti vydanými Ministerstvom zdravotníctva SR podľa príslušného ustanovenia zákona č. 576/2004 Z. z. (ak existujú), - ak poskytovateľ vykonáva príslušné zápisy v súvislosti s liečbou daného ochorenia do zdravotnej dokumentácie. V cene výkonu je zahrnuté komplexné poskytovanie zdravotnej starostlivosti v súvislosti s daným ochorením, najmä - iniciálne a/alebo kontrolné vyšetrenie poistenca, - odbery na laboratórne vyšetrenia a/alebo vyhodnotenie dostupných výsledkov vyšetrení poistenca, - ďalšia zdravotná starostlivosť v zmysle príslušných odborných usmernení vydaných Ministerstvom zdravotníctva SR (ak existujú). Pre účely úhrady tohto výkonu nad rámec kapitácie zároveň platí: - o iniciálne vyšetrenie ide v prípade, keď poistenec, nebol v posledných 24 mesiacoch liečený, diagnostikovaný alebo dispenzarizovaný pre dané ochorenie u iného poskytovateľa, - kontrolné vyšetrenie je každé ďalšie vyšetrenie po iniciálnom vyšetrení, - pri hodnotení laboratórnych a iných výsledkov vyšetrení zdravotná poisťovňa akceptuje vyšetrenia, ktoré neboli realizované neskôr ako 3 mesiace pred dňom realizácie iniciálneho alebo kontrolného vyšetrenia, poskytovateľ vykonáva aj priebežný selektívny skríning hypertenzie ako aj selektívny skríning dyslipidémie u kapítovaných poistencov v prípade pozitívnej rodinnej anamnézy.	
--	--	--

*Výkon sa uhrádza na základe splnenia povinností poskytovateľa podľa bodu 4.6. písm. f) tejto zmluvy, prípadne aj po preukázaní ďalších podmienok úhrady výkonu. Zdravotnou poisťovňou schválený zdravotný výkon podľa predchádzajúcej vety, s uvedením kódu odbornosti ambulantnej zdravotnej starostlivosti a kódu zdravotného výkonu tvoria prílohu č. 3, ktorá tvorí neoddeliteľnú súčasť tejto zmluvy.

6. Zdravotná poisťovňa uhradí poskytovateľovi bonusy ku kapitácii za podmienok dohodnutých v tomto bode:

a) Zdravotná poisťovňa na základe údajov zo svojho informačného systému vyhodnotí, či poskytovateľ splnil ukazovatele podľa tabuľky tohto bodu v kalendárnom polroku alebo kalendárnom roku, za ktorý sa vykonáva hodnotenie (ďalej len „hodnotené obdobie“). Ukazovateľ je dojednaná podmienka, za splnenia ktorej zdravotná poisťovňa prizná bonus poskytovateľovi podľa tabuľky tohto bodu.

b) Hodnotené obdobie je kalendárny polrok, ktorý bezprostredne predchádza kalendárnemu polroku, v ktorom sa vykonáva hodnotenie, s výnimkou Ukazovateľa „Preventívne prehliadky“, kde hodnoteným obdobím je bezprostredne predchádzajúci kalendárny rok.

c) Zdravotná poisťovňa uhrádza bonusy, pri ktorých poskytovateľ splnil ukazovatele v celom kalendárnom polroku, ktorý bezprostredne nasleduje po kalendárnom polroku, v ktorom zdravotná poisťovňa vykonala hodnotenie plnenia ukazovateľov. Zdravotná poisťovňa oznámi poskytovateľovi bonusy, pri ktorých splnil ukazovatele.

d) Ukazovatele a bonusy, ktoré sa uplatňujú u poskytovateľov všeobecnej ambulantnej starostlivosti sú uvedené v nasledovnej tabuľke:

	Ukazovateľ**	Špecifikácia ukazovateľa	Bonus (€)
Prevenčia	Preventívne prehliadky (PP)*	Splnené, ak % vykonaných PP u kapítovaných poistencov, ktorí ju mali absolvovať v hodnotenom období, bolo minimálne 35 %.	0,05
	Prevenčia rizík farmakoterapie	Splnené, ak minimálne u 75% ošetrovaných pacientov, ktorým bol vystavený recept, bola zobrazená elektronická lieková knižka. V roku 2019 bude tento bonus uhradený aj bez splnenia ukazovateľa.	0,02
Optimus	Náklady*	Výška bonusu sa určí ako podiel = [(prepočítané náklady - priemerné náklady) x počet ošetrovaných poistencov] / (počet kapítovaných poistencov x počet mesiacov v hodnotenom období); výška bonusu je min. 0,01 € a max. 0,06 €. Prepočítané náklady sú náklady na poskytovateľom predpísané lieky, zdravotnícke pomôcky (ZP) a indikované výkony SVLZ na jedného poistenca v € po prepočítaní zohľadňujúcim rôznu chorobnosť poistencov zahŕňajúce tzv. indexy rizika nákladov.	0,06

		Priemerné náklady sú náklady na jedno jedinečné rodné číslo na lieky a výkony SVLZ u poskytovateľov s rovnakou odbornosťou, ktoré boli vypočítané za účelom porovnania s prepočítanými nákladmi. V prípade, že hodnota prepočítaných nákladov na poistenca neprekročí hodnotu priemerných nákladov v danej odbornosti, vzniká nárok na bonus.	
	Primárna starostlivosť bez odoslania k špecialistovi*	Splnené, ak % poistencov odoslaných do ambulancie špecializovanej ambulantnej starostlivosti neprekročí 10%.	0,50
Elektronické služby	Elektronické zúčtovanie cez online pobočku	Splnené, ak minimálne 75% dávok bolo vykázaných elektronicky cez Online pobočku zdravotnej poisťovne.	0,02
	Elektronický recept	Splnené, ak minimálne 75% receptov s výdajom v lekárni bolo vystavených elektronicky cez službu eRecept.	0,02
	eLab	Splnené, ak minimálne 75% realizovaných SVLZ laboratórnych bolo žiadaných poskytovateľom po zobrazení existujúcich výsledkov. V roku 2019 bude tento bonus uhradený aj bez splnenia ukazovateľa.	0,02

Maximálne spolu: 0,69

*Nevyhodnocuje sa u poskytovateľov, ktorí mali v hodnotenom období menej ako 30 kapitovaných poistencov.

**Ukazovatele sa uplatnia už pri hodnotení, na základe ktorého zdravotná poisťovňa uhrádza bonusy v kalendárnom polroku od 1.1.2019.

Časť – Ambulantná pohotovostná služba

1. Ak ďalej nie je uvedené inak, zdravotná poisťovňa mesačne uhrádza poskytovateľovi - organizátorovi ambulantnej pohotovostnej služby (ďalej aj ako „APS“) paušálnu úhradu za všetku zdravotnou poisťovňou uznanú zdravotnú starostlivosť poskytnutú v rámci ambulancie pevnej APS (ďalej len „paušálna úhrada za APS“) a úhradu za zdravotnou poisťovňou uznané zdravotné výkony poskytnuté v rámci ambulancie doplnkovej APS (ďalej „úhrada za zdravotné výkony doplnkovej APS“).

2. Zdravotnú starostlivosť poskytnutú v rámci ambulancie pevnej alebo doplnkovej APS zdravotná poisťovňa medicínsky uznáva a uhrádza v rozsahu poskytovania všeobecnej ambulantnej starostlivosti pri náhlej zmene zdravotného stavu osoby, ktorá bezprostredne neohrozuje jej život alebo bezprostredne neohrozuje niektorú zo základných životných funkcií a pri súčasnom dodržaní požiadaviek na personálne a materiálno-technické zabezpečenie ambulancie APS určených všeobecne záväznými právnymi predpismi. Týmto nie je dotknuté poskytovanie zdravotnej starostlivosti poistencovi, ktorého zmena zdravotného stavu bezprostredne ohrozuje jeho život alebo niektorú zo základných životných funkcií.

3. Spôsob a pravidlá výpočtu výšky paušálnej úhrady za APS určuje nariadenie vlády SR č. 115/2018 Z. z., ktorým sa ustanovuje výška úhrad zdravotnej poisťovne za poskytovanie zubno-lekárskej pohotovostnej služby a ambulantnej pohotovostnej služby, spôsob výpočtu a pravidlá výpočtu týchto úhrad (ďalej len „nariadenie vlády SR č. 115/2018 Z. z.“). Výšku paušálnej úhrady za APS zdravotná poisťovňa bez zbytočného odkladu oznámi listom poskytovateľovi. Ak organizátor APS patrí do jednej skupiny ovládaných osôb a súčasne sú na to splnené podmienky určené zákonom č. 581/2004 Z. z., znižuje sa paušálna úhrada za APS v rozsahu určenom týmto zákonom.

4. Výška úhrady za zdravotné výkony doplnkovej APS, prípadne aj výkony pevnej APS, ak sa majú hradiť nad rámec paušálnej úhrady za APS, sa určí ako súčin bodového ohodnotenia výkonu určeného nariadením vlády č. 115/2018 Z. z. a ceny bodu vyplývajúcej z nasledovnej tabuľky:

Špecifikácia podmienok úhrady	Cena bodu v €
Výkony sa uhrádzajú v rozsahu poskytovania všeobecnej ambulantnej starostlivosti pri náhlej zmene zdravotného stavu osoby, ktorá bezprostredne neohrozuje jej život alebo bezprostredne neohrozuje niektorú zo základných životných funkcií.	0,0237

5. Paušálna úhrada za APS a úhrada za zdravotné výkony doplnkovej APS nezahŕňa úhradu za dopravu lekára ambulancie pevnej APS z miesta bodu ambulancie pevnej APS k poistencovi a späť.

6. Poskytovateľ – organizátor APS vykazuje do zdravotnej poisťovne všetky výkony pevnej APS a to aj v prípade, ak ich úhrada má byť podľa nariadenia vlády č. 115/2018 Z. z. zahrnutá v paušálnej úhrade za APS.

7. Ak sa v rámci pevnej APS poskytuje návštevná služba, výška úhrady za dopravu lekára z miesta bodu ambulancie pevnej APS k poistencovi a späť sa vypočíta ako súčin nevyhnutného počtu kilometrov a ceny jedného kilometra vyplývajúcej z nasledovnej tabuľky:

Špecifikácia podmienok úhrady	Cena km v €
typ prevozu APSD - doprava lekára služobným alebo objednaným vozidlom v rámci spádového územia ambulancie pevnej APS	0,50
typ prevozu LSPR - doprava lekára vlastným (súkromným) alebo referentským vozidlom v rámci spádového územia ambulancie pevnej APS	0,25

8. Poskytovateľ - organizátor APS poskytuje APS prostredníctvom lekára s profesijným titulom:

a) všeobecný lekár alebo lekár s profesijným titulom internista alebo lekár zaradený do špecializačného štúdia v internistických špecializačných odboroch s najmenej trojročnou odbornou praxou v zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti, ak sa zabezpečuje poskytovanie ambulantnej pohotovostnej služby pre dospelých,
b) pediater, ak sa zabezpečuje poskytovanie ambulantnej pohotovostnej služby pre deti a dorast;
poskytovateľ je povinný zdravotnej poisťovni písomne oznámiť a aktualizovať zmenu v personálnom zabezpečení (v rozsahu údajov o lekároch - meno, priezvisko, číselné kódy a veľkosti úväzkov), prostredníctvom ktorých zabezpečuje APS za každú ambulanciu pevnej alebo doplnkovej APS, ktorú prevádzkuje.

9. Ak poskytovateľ - organizátor APS v kalendárnom mesiaci neposkytoval APS minimálne v časovom rozsahu určenom všeobecne záväzným právnym predpisom lekármi podľa bodu 8 tejto časti a zdravotná poisťovňa za tento kalendárny mesiac uhradila paušálnu úhradu za APS v plnej výške, vznikne zdravotnej poisťovni nárok na vrátenie alikvotnej časti paušálnej úhrady za APS za obdobie, kedy poskytovateľ - organizátor APS nezabezpečil poskytovanie APS v súlade s bodom 8 tejto časti. Za zabezpečenie APS sa považuje aj stav, keď organizátor APS zabezpečil poskytovanie APS lekármi s profesijným titulom podľa bodu 8 tejto časti určenými podľa rozpisu príslušného samosprávneho kraja. Tento nárok sa považuje za pohľadávku zdravotnej poisťovne za neoprávnené vyúčtovanie

a uhradené výkony zdravotnej starostlivosti v zmysle § 85g ods. 12 zákona č. 581/2004 Z. z.

10. Poskytovateľ - organizátor APS, ktorý poskytuje aj iný druh zdravotnej starostlivosti ako APS, vykazuje paušálnu úhradu za APS a úhradu za zdravotné výkony doplnkovej APS na úhradu do zdravotnej poisťovne na samostatnej faktúre.

11. Úhrada za výkony spoločných a vyšetrovacích zložiek sa určí nasledovne:

Spôsob úhrady	Špecifikácia podmienok úhrady	Výška úhrady v €
cena bodu	výkon 4571a C-reaktívny proteín, ak ho poskytovateľ sám urobil a vyhodnotil (380 bodov)	0,0116

Časť – Zubno-lekárska pohotovostná služba

1. Zdravotné výkony zubno-lekárskej pohotovostnej služby (ďalej len „ZLPS“) sa uhrádzajú cenou bodu nasledovne:

Špecifikácia podmienok úhrady	Cena bodu v €
Zdravotné výkony v rozsahu poskytovania ZLPS. Výkon V12 sa ohodnocuje 300 bodmi.	0,029875

2. K výške úhrady za zdravotné výkony podľa bodu 1 tejto časti prílohy sa pripočítava pre ambulanciu ZLSPP výška úhrady 0,011 € mesačne na jedného poistenca v príslušnom spádovom území.

3. V prípade, že v rámci určitého spádového územia určeného orgánom príslušným na vydávanie povolení poskytuje ten istý druh ZLSPP viac ako jeden poskytovateľ ZLPS (ďalej len „spoločné spádové územie“), počet poistencov v tomto spoločnom spádovom území, nevyhnutný pre výpočet výšky mesačnej úhrady pre každého poskytovateľa podľa bodu 2 tejto časti prílohy, predstavuje podiel počtu poistencov s trvalým pobytom v spoločnom spádovom území a počtu poskytovateľov poskytujúcich ZLPS v spoločnom spádovom území.

4. Poskytovateľ je povinný viesť záznam o službe v ZLPS.

5. Príslušné spádové územie predstavuje spádová oblasť (okres, obvod, mesto, ulica, obec, PSČ):

Babín
Beňadovo
Bobrov
Breza
Hruštín
Klin
Krušetnica
Lokca
Lomná
Mútne
Námestovo
Novoť
Oravská Jasenica
Oravská Lesná
Oravská Polhora
Oravské Veselé
Rabča
Rabčice
Sihelné
Ťapešovo
Vasíľov
Vavrečka
Zákamenné
Zubrohlava

Časť - Špecializovaná ambulantná starostlivosť

1. Cenou bodu sa uhrádzajú nasledovné zdravotné výkony:

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena bodu v €
-	Výkony špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti (ďalej aj ako „ŠAS“)	0,0224*
15d	Ohodnocuje sa 150 bodmi. Výkon popisu RTG natívnej snímky vykonaný lekárom špecialistom v súvislosti s uskutočneným zdravotným výkonom. V závislosti od odbornosti (kód odbornosti je uvedený v zátvorke) vyžaduje sa s nasledovnými kódmi chorôb: J10 – J22, J40 – J99, R09, R84 (003) S00 – S99, K20 – K67, K80 – K93 (010,013) S00 – S99, K20 – K67, K80 – K93 (011) J01.0 – J01.9, J32.0 – J34.2, S 01.2 – S03.4 (014) M00 – M99 (045) Zápis o vykonaní výkonu lekár založí do zdravotnej dokumentácie, ktorá bude spolu s popisom RTG vyšetrenia v prípade požiadania predložená revíznemu lekárovi zdravotnej poisťovne. Zdravotná poisťovňa uhradí pri jednom rodnom čísle v jednom dni iba jeden výkon 15d; platí aj v prípade kontrolného vyšetrenia, ak je v jednom dni potrebné.	0,006666
-	Výkony SVLZ poskytnuté na ambulancii ŠAS, okrem výkonov 5330, 5331, 5332, 5793, 5794 a 5795.	0,007665
5330 5331 5332		0,0055
5793 5794 5795		0,012083

*Ak z bodu 3 alebo 4 tejto časti prílohy nevyplýva iná cena bodu.

2. Cenou výkonu sa uhrádzajú nasledovné zdravotné výkony:

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena výkonu v €
60		9,41
62		6,05
63		4,70
60r		10,75
65	U dieťaťa do 5 rokov (vrátane) pri výkonoch 61,62 a 63 a pri výkonoch v rádiológii a v rádioterapii. V ostatných prípadoch sa tento výkon ohodnocuje 100 bodmi a uhrádza sa cenou bodu.	3,36

3. Zdravotná poisťovňa uhradí poskytovateľovi bonusy k cene bodu za výkony špecializovanej ambulantnej starostlivosti za podmienok dohodnutých v tomto bode:

a) Zdravotná poisťovňa na základe údajov zo svojho informačného systému vyhodnotí, či poskytovateľ splnil ukazovatele podľa tabuľky tohto bodu v kalendárnom polroku, za ktorý sa vykonáva hodnotenie (ďalej len „hodnotené obdobie“). Ukazovateľ je dojednaná podmienka, za splnenia ktorej zdravotná poisťovňa prizná bonus poskytovateľovi podľa tabuľky tohto bodu.

b) Hodnotené obdobie je kalendárny polrok, ktorý bezprostredne predchádza kalendárnemu polroku, v ktorom sa vykonáva hodnotenie.

c) Zdravotná poisťovňa uhradza bonusy, pri ktorých poskytovateľ splnil ukazovatele v celom kalendárnom polroku, ktorý bezprostredne nasleduje po kalendárnom polroku, v ktorom zdravotná poisťovňa vykonala hodnotenie plnenia ukazovateľov. Zdravotná poisťovňa oznámi poskytovateľovi bonusy, pri ktorých splnil ukazovatele.

d) Aj napriek splneniu ukazovateľov, zdravotná poisťovňa môže nepriznať a neuhradiť poskytovateľovi bonusy, ak v hodnotenom období vzrástla hodnota poskytovateľovi uhradenej zdravotnej starostlivosti v priemere na jedného poistenca o viac ako 10% v porovnaní s kalendárnym polrokom bezprostredne predchádzajúcim hodnotenému obdobiu.

e) Ukazovatele a bonusy, ktoré sa uplatňujú u poskytovateľov špecializovanej ambulantnej starostlivosti sú uvedené v nasledovnej tabuľke:

	Ukazovateľ**	Špecifikácia ukazovateľa	Bonus (€)
Prevenčia	Prevenčia rizík farmakoterapie	Splnené, ak minimálne u 75% ošetrovaných pacientov, ktorým bol vystavený recept, bola zobrazená elektronická lieková knižka. V roku 2019 bude tento bonus uhradený aj bez splnenia ukazovateľa.	0,0005
Optimus	Náklady*	Výška bonusu sa určí ako (prepočítané náklady – priemerné náklady)/skutočné náklady x cena bodu. výška bonusu je min. 0,0001 € a max. 0,0008 €. Prepočítané náklady sú náklady na poskytovateľom predpísané lieky, zdravotnícke pomôcky (ZP) a indikované výkony SVLZ na jedného poistenca v € po prepočítaní zohľadňujúcim rôznu chorobnosť poistencov zahŕňajúce tzv. indexy rizika nákladov. Priemerné náklady sú náklady na jedno jedinečné rodné číslo na lieky a výkony SVLZ u poskytovateľov s rovnakou odbornosťou, ktoré boli vypočítané za účelom porovnania s prepočítanými nákladmi. V prípade, že hodnota prepočítaných nákladov na poistenca neprekročí hodnotu priemerných nákladov v danej odbornosti, vzniká nárok na bonus. Skutočné náklady sú náklady na poskytovateľom predpísané lieky, zdravotnícke pomôcky (ZP) a indikované výkony SVLZ na jedného poistenca v €.	0,0008
	Návštevy*	Splnené, ak je u poskytovateľa priemerný počet návštev na jedného jedinečného poistenca nižší ako priemerný počet návštev na jedného jedinečného poistenca v danej odbornosti (ďalej len „priemerná návštevnosť odbornosti“). Ak má poskytovateľ viac odborností, vyhodnocujú sa potenciálne náklady, t.j., aké by boli náklady zdravotnej poisťovne na úhradu zdravotnej starostlivosti poskytnutej poskytovateľom, ak by poskytovateľ pri všetkých jeho odbornostiach dosahoval priemernú návštevnosť danej odbornosti. Ukazovateľ je splnený, ak sú potenciálne náklady vyššie ako skutočné náklady zdravotnej poisťovne na úhradu zdravotnej starostlivosti poskytnutej poskytovateľom.	0,0005
Elektronické služby	Elektronické zúčtovanie cez online pobočku	Splnené, ak minimálne 75% dávok bolo vykázaných elektronicky cez Online pobočku zdravotnej poisťovne.	0,0005
	Elektronický recept	Splnené, ak minimálne 75% receptov s výdajom v lekárni bolo vystavených elektronicky cez službu eRecept.	0,0005
	eLab	Splnené, ak minimálne 75% realizovaných SVLZ laboratórnych bolo žiadaných poskytovateľom po zobrazení existujúcich výsledkov. V roku 2019 bude tento bonus uhradený aj bez splnenia ukazovateľa.	0,0005

Maximálne spolu: 0,0033

*Nevyhodnocuje sa u poskytovateľov, ktorí mali v hodnotenom období menej ako 30 ošetrovaných poistencov, resp. ak ide o pediatrické špecializácie, menej ako 20 ošetrovaných poistencov. Nevyhodnocuje sa ani u odborností s kódom 027, 141 a 144 a odborností zazmluvnených u menej ako 10 poskytovateľov neprevádzkujúcich ústavné zdravotnícke zariadenie.

**Ukazovatele sa uplatnia už pri hodnotení, na základe ktorého zdravotná poisťovňa uhrádza bonusy v kalendárnom polroku od 1.1.2019.

4. S ohľadom na osobitné podmienky adaptačného obdobia je cena bodu resp. rozmedzie ceny bodu za výkony špecializovanej ambulantnej starostlivosti poskytnuté počas adaptačného obdobia určené nasledovne:

Adaptačné obdobie	Osobitné podmienky adaptačného obdobia
od 01.01.2019	Pre priznanie a úhradu bonusov za ukazovatele „Prevenčia rizík farmakoterapie“ a „eLab“ sa nebude vyžadovať splnenie týchto ukazovateľov podľa bodu 3 tejto časti. Inak zdravotná poisťovňa priznáva a uhradí bonusy podľa podmienok bodu 3 tejto časti prílohy. Rozmedzie ceny bodu je 0,0234 € - 0,0257 €.

Časť - Špecializovaná ambulantná starostlivosť v špecializačnom odbore zubné lekárstvo, detské zubné lekárstvo, maxilofaciálna chirurgia, čeľustná ortopédia a v certifikovanej pracovnej činnosti dentoalveolárna chirurgia, choroby slizníc ústnej dutiny a mukogingiválna chirurgia (ďalej len „zubné lekárstvo“)

1. Cenou bodu sa uhrádzajú nasledovné zdravotné výkony:

Špecifikácia podmienok úhrady	Cena bodu v €
Výkony špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti v odbore zubné lekárstvo. Výkon V12 sa ohodnocuje 300 bodmi. Pre náročnosť ošetrovania poistencov s vrodenou vývojovou chybou čeľustí a tváre sa výška úhrady zdravotného výkonu O06 do dosiahnutia šiesteho roku veku a výška úhrady zdravotných výkonov O21 až O37 bez obmedzenia veku, násobí koeficientom H 1,3. Zdravotné výkony preventívnych prehliadok D01, D02, D02a, D05 a D06 sa vykazujú s kódom choroby Z01.2.	0,0824

2. Do úhrady za zdravotný výkon nie sú zahrnuté náklady na:

- zdravotnícke pomôcky skupiny „Z“ uvedené v Zozname zdravotníckych pomôcok na mieru; ktorý vydáva Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky opatrením,
- materiál pri výkone RTG snímok podľa bodu 3 tejto časti.

3. Pevnou cenou sa uhrádza materiál pri výkone RTG snímok za každú správne vykázanú a uznanú RTG snímku:

Špecifikácia podmienok úhrady	Cena bodu v €
materiál* k výkonu D 52 sa vyказuje pod kódom RTGIO	0,27
materiál* k výkonu D 54 sa vyказuje pod kódom OPG	0,50

*Uhrádza sa poskytovateľovi, ktorý zdravotnej poisťovni predložil príslušné povolenie na používanie zdrojov ionizujúceho žiarenia.

Časť - Zariadenia spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek

1. Cenou bodu sa uhrádzajú nasledovné zdravotné výkony:

Špecifikácia podmienok úhrady	Cena bodu v €
Výkony spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek (ďalej aj ako „SVLZ“), s výnimkou špecializačných odborov uvedených pod písm. A) a B) tejto časti prílohy.	0,0073 €

2. Úhrad za výkony nezhrňa ani náklady na ďalšie pripočítateľné položky k zdravotným výkonom vykázané v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi, ak nie je dojednané inak.

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 vykazuje pod novými kódmi a za podmienok uvedených v dokumente „Usmernenie k vykazovaniu výkonov podobných vyšetrení“,

b) zdravotné výkony podľa Zoznamu výkonov vykazuje pri rešpektovaní podmienok uvedených v dokumente „Usmernenie k vykazovaniu laboratórnych výkonov“,

c) pri vyšetrení onkomarkerov vykazuje 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. Cenou bodu v rozmedzí 0,0047 € do 0,0062 € sa uhrádzajú výkony SVLZ v špecializačných odboroch laboratórnej medicíny; výška ceny bodu závisí od splnenia motivačných kritérií uvedených nižšie:

- základná cena bodu 0,0047 € (podmienkou je interný a externý systém kontroly kvality a zabezpečenie prepravy biologického materiálu) sa navýši o 0,0005 € za splnenie každého z nasledovných motivačných kritérií (ďalej aj „MK“)

Motivačné kritérium	Zmluvná cena bodu v €
ordinačné hodiny - nepretržitá prevádzka a/alebo vykonávanie manuálne náročných zdravotných výkonov	0,0057
laboratórny informačný systém	
Akreditácia	

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

Kód výkonu	Názov výkonu	Počet bodov	Podmienky vykazovania
9980	Skriningové 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, C53.0, C53.1, C53.8, C53.9, C54, C54.0, C54.1, C54.2, C54.3, C54.8, C54.9, C55, C80.9, D06.9; výkon je možné vykazať 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, C53.0, C53.1, C53.8, C53.9, C54, C54.0, C54.1, C54.2, C54.3, C54.8, C54.9, C55, C80.9, D06.9; výkon je možné vykazať 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, C53.0, C53.1, C53.8, C53.9, C54, C54.0, C54.1, C54.2, C54.3, C54.8, C54.9, C55, 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, C53.0, C53.1, C53.8, C53.9, C54, C54.0, C54.1, C54.2, C54.3, C54.8, C54.9, C55, C80.9., D06.9

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

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. Cenou bodu v rozmedzí od 0,003700 € do 0,008000 € sa uhrádzajú výkony SVLZ v špecializačnom odbore rádiológia. 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	0,003700	X
	CT prístroj do 16 MSCT– 24 hodinová prevádzka	0,003900	
	CT prístroj 20 - 40 MSCT	0,004000	
	CT prístroj 20 - 40 MSCT– 24 hodinová prevádzka	0,004200	
	CT prístroj 64 MSCT a viac	0,004400	
	CT prístroj 64 MSCT a viac – 24 hodinová prevádzka	0,004600	

magnetická rezonancia	MR prístroj 0,2 T až 0,25 T pre vyšetrenie jedného orgánového systému - kĺbov	0,003800	X
	MR prístroj 0,25 T pre viac orgánovú diagnostiku MR prístroj 0,3 T - 1,0 T	0,004300	
	MR prístroj od 1,1 T do 2,9 T	0,004500	
	MR prístroj 3T a vyššie	0,005500	

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 viazaný na špecializačný odbor rádiológie, zdravotná poisťovňa uhradí tento SZM ako pripočítateľnú položku k úhrade výkonu do výšky obstarávacej ceny SZM, najviac však do výšky príslušnej maximálnej úhrady zdravotnej poisťovne za SZM uvedenej v Zozname špeciálneho zdravotníckeho materiálu zverejneného na webovom sídle zdravotnej poisťovne pri súčasnom dodržaní všetkých ostatných príslušných podmienok úhrady SZM, ak nie je dojednané inak. Ak je obstarávacia cena SZM vyššia ako maximálna úhrada zdravotnej poisťovne za SZM ako pripočítateľnej položky uvedená v Zozname špeciálneho zdravotníckeho materiálu zverejneného na webovom sídle zdravotnej poisťovne, je tento rozdiel zahrnutý do úhrady výkonu, v súvislosti s ktorým bol SZM použitý. Týmto bodom nie je dotknutá výška doplatku poistenca na úhradu 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.

4. V cene poskytnutého zdravotného výkonu počítačovej tomografie a/alebo magnetickej rezonancie je zahrnutá aj úhrada zdravotnej poisťovne za výkon aplikovania kontrastnej látky k príslušnému výkonu počítačovej tomografie a/alebo magnetickej rezonancie.

Časť - Domáca ošetrovateľská starostlivosť

1. Cenou bodu sa uhrádzajú vybrané výkony domácej ošetrovateľskej starostlivosti:

a) výkony poskytované sestrou,

Kód výkonu	Názov výkonu	Body
3390	Prijem poistenca (klienta) poskytovateľom a odobratie sesterskej anamnézy (ošetrovateľský assesment) – 1 x na jedného poistenca.	200
3392a	Poučenie príbuzných alebo členov komunity poistenca.	100
3392c	Konzultácie s inštitúciami a orgánmi štátnej zdravotnej správy v rámci komplexnej zdravotnej starostlivosti – 1 x na jedného poistenca.	300
3393	Vypracovanie plánu komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti (ďalej len "KOS") – 1 x na jedného poistenca.	400
3394	Priebežné hodnotenie KOS a zmena plánu ošetrovateľskej starostlivosti vrátane dokumentácie a konzultácie s ošetrovateľom (nemôže sa vykazovať s výkonom 3395).	150
3395	Vyhodnotenie KOS a záverečná správa – 1 x na jedného poistenca, podmienkou je zaslanie správy zdravotnej poisťovni (ako príloha faktúry).	300
3396*/	Odborný nácvik potrebných výkonov pri ošetrovaní chorého v domácnosti.	200
3398*/	Ošetrovateľská hygiena (iba pri sakrálnom dekubite s výkonmi 3422b alebo 3422c).	200
3399a*/	Starostlivosť poistenca s permanentným katétrom vrátane výmeny permanentného katétra u poistenky.	200
3399b*/	Starostlivosť o kavalný katéter a intravenóznú kanylu, pravidelné preväzovanie a dezinfekcia.	100
3399c*/	Starostlivosť o ezotracheálnu, nasotracheálnu a tracheostomickú kanylu.	100
3399d*/	Starostlivosť o epidurálny katéter.	150
3400*/	Polohovanie poistenca (nemôže sa vykazovať s výkonom 3424).	100
3401a	Starostlivosť o výživu v príslušnej kvalite a kvantite, vypracovanie individuálneho diétného režimu, jeden raz pre jedného poistenca.	200
3404	Výživa poistenca sondou, za jeden výkon.	80
3405	Očistná klyzma.	160
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.	200
3407	Odmeranie krvného tlaku, pulzu a teploty.	60
3408	Sledovanie diurézy, za každých 12 hodín.	50
3409*/	Cievkovanie poistenky.	80
3410*/	Výmena stomického setu s následnou toaletou pri stómiách.	100
3411*/	Čistenie tracheálnej kanyly.	50
3413	Aplikácia neinjekčnej liečby (nemôže sa vykazovať s výkonmi 3422b a 3422c).	40
3414	Aplikácia terapeutického celotelového zábalu alebo liečivého kúpeľa.	70
3416*/	Aplikácia liečiva intramuskulárne, s.c., i.c.	60
3418*/	Aplikácia liečiva intravenózne	80
3419*/	Príprava a podávanie infúzie	120

3420	Sledovanie infúzie, za každú ½ hodinu. Môže sa vykazať max. 2x počas jedného podávania infúzie.	60
3420a	Podávanie liečiva infúznou pumpou.	60
3421	Nácvik podávania inzulínu.	80
3422a*/	Ošetrovateľská starostlivosť zameraná na prevenciu dekubitov	150
3422b*/	Ošetrovanie dekubitu veľkosti do 5 cm ² (odstránenie zvyškov masti, odumretých tkanív, toaleta, aplikácia liečiva, preväz).	250
3422c*/	Ošetrovanie dekubitu veľkosti nad 5 cm ² (odstránenie zvyškov masti, odumretých tkanív, toaleta, aplikácia liečiva, preväz).	350
3423a*/	Preväz rany veľkosti do 5 cm ² .	150
3423b*/	Preväz rany veľkosti nad 5 cm ² .	250
3423c	Príprava materiálu a sterilizácia – podmienkou je zdokladovanie prístrojového vybavenia (certifikát).	100
3424*/	Ošetrovateľská rehabilitácia, trvanie najviac 30 minút (nemôže sa vykazovať s výkonom 3400 a s výkonmi fyzioterapeuta).	100
3426*/	Odsávanie poistenca.	80
3427	Odsatie žalúdočného obsahu.	200
3428	Vyšetrenie moču indikátorovým médiom.	25
3432	Práca sestry pri domácej peritoneálnej dialýze.	320
3433*/	Odber krvi venepunkciou do jednej striekačky alebo jednej odberovej súpravy.	100
3434	Odber kapilárnej krvi.	50
3435	Umelé dýchanie a masáž srdca.	300
3436*/	Odbery: TT, TN, výter z rekta, odber spúta.	60
3437	Doprava biologického materiálu, za každých 30 minút.	40
3439	Návšteva poistenca (klienta) v pracovnom čase.	160
3440	Návšteva mimo riadneho pracovného času (od 19.00 do 7.00 hodiny v sobotu, v nedeľu a vo sviatok).	250
3441	Návšteva poistenca v rizikových skupinách populácie - krízová intervencia pri zhoršení psychického stavu pacienta (nemôže sa vykazovať s výkonmi 3439, 3440).	200
3447	Psychosomatická intervencia v terminálnom štádiu života.	100
3449	Kontinuálna starostlivosť o umierajúceho pacienta, za každú hodinu.	120
3451	Konzultácia sestry o jednom poistencovi s ošetrovateľským lekárom.	40
3452	Poskytnutie predlekárskej pomoci pri náhlych stavoch ohrozujúcich život.	250
3458	Verbálna intervencia pri psychosomatických ťažkostiach u poistenca s nádorovým ochorením – maximálne 1 x týždenne.	300
3459a	Usmernenie spôsobu života poistenca s nádorovým ochorením vzhľadom na jeho zdravotný stav – 1 x počas poskytovania zdravotnej starostlivosti.	250
3461*/	Ošetrovanie dutiny ústnej u onkologického poistenca alebo u poistenca s imunodeficientným stavom.	250
3635a	Kontrola glykémie glukometrom.	60

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	Body
503a	Základné testovacie metódy, goniometrické vyšetrenie.	80
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.	220
510a	Cielená odborná inštrukcia I. Inštrukcia a oboznámenie pacienta s používaním a obsluhou jednoduchých technických a kompenzačných pomôcok, zariadení a prístrojov (peroneálny stimulátor, TENS, skoliostop, myostimulátor, ortézy, protézy), inštrukcia o posturálnej životospráve, sociálno-rehabilitačná verbálna intervencia.	150
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.	130
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 metód (napr. reedukáciu základných posturálnych funkcií (vertikalizáciu, nácvik transferov, výcvik neurogénneho mechúra, výcvik s protézou, nácvik denných činností a pod.), za jedno cvičenie.	250
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, Vojšta, Kabáta, Brugerrov koncept, cvičenie s náčiním a pod.).	450
520	Dychová gymnastika. Individuálna gymnastika vrátane podporných ošetrení, trvanie najmenej 10 minút za jednu dychovú gymnastiku.	80
522	Špeciálne polohovanie. Odborné preventívne a liečebné polohovanie tela a segmentov končatín s prípadným využitím polohovacích pomôcok.	290
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.	180
531	Klasická masáž viacerých častí tela alebo trupu, za jedno ošetrenie.	220
532	Reflexná masáž a iné špeciálne ručné masáže. Masáž väziva, okostice, hrubého čreva, za jednu masáž.	300
548	Povrchová aplikácia tepla (použitie parafínu, Kenny, lavatermu, čerstvo pripravených obkladov alebo sterilizovaných obkladov), 7 krát.	360

2. Vybrané výkony domácej ošetrovateľskej starostlivosti sa uhrádzajú nasledovne:

Spôsob úhrady	Výkony	Úhrada v €
cena bodu	zdravotné výkony podľa bodu 1 písm. a) tejto časti prílohy okrem zdravotných výkonov 3419, 3420, 3439, 3440 a 3441	0,0158
cena bodu	zdravotný výkon 3419 podľa bodu 1 písm. a) tejto časti prílohy	0,0174
cena bodu	zdravotné výkony 3420, 3439, 3440 a 3441 podľa bodu 1 písm. a) tejto časti prílohy	0,0252
cena bodu	zdravotné výkony podľa bodu 1 písm. b) ¹⁾ tejto časti prílohy	0,0150

¹⁾ 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.

3. 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.

4. 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,

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 nálezu podľa tohto písma,

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 1 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), kód choroby I83.2 [varixy (kľčové žily) dolných končatín s vredom aj zápalom] a kód choroby L89 (dekubitus), je platnosť návrhu podľa písm. a) tohto bodu najviac šesť mesiacov odo dňa schválenia návrhu ošetrojúcim lekárom, ak nie je dojednané inak. Ak ide o ošetrovanie poistencov s trvalo zavedenými umelými vývodmi (najmä PMK, PEG, tracheostómia) je platnosť návrhu podľa písm. a) tohto bodu najviac dvanásť mesiacov. 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 - 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 **10 800 €** na kalendárny polrok od 1.1.2019 po dobu účinnosti prílohy č. 2 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti podľa bodu 9.3. tejto zmluvy.
2. Zmluvné strany sa dohodli na platnosti finančného objemu podľa bodu 1 tejto časti prílohy aj pre obdobie predĺženej účinnosti prílohy č. 2 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti podľa bodu 9.4. zmluvy.
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 **1 800 €** na kalendárny polrok od 1.1.2019 po dobu účinnosti prílohy č. 2 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti podľa bodu 9.3. tejto zmluvy.
2. Zmluvné strany sa dohodli na platnosti finančného objemu podľa bodu 1 tejto časti prílohy aj pre obdobie predĺženej účinnosti prílohy č. 2 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti podľa bodu 9.4. zmluvy.
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.