

Dodatok č. 18
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: Bajkalská 29/A, 821 08 Bratislava
IČO: 36 284 831
DIČ: 2022152517
IBAN: SK37 8180 0000 0070 0025 6518
označenie registra: Okresný súd Bratislava I, oddiel: Sa, vložka číslo: 3832/B
právna forma: akciová spoločnosť
kód Union zdravotnej poisťovne, a. s.: 27
(ďalej len „zdravotná poisťovňa“)

a

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. 18 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. Príloha č. 2 – Dohodnutá výška úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť a finančný rozsah k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa nahrádza novým znením, ktoré tvorí neoddeliteľnú prílohu tohto dodatku.
2. Za bod 4.1. sa vkladá nový bod 4.2., ktorý znie: „Zmluvné strany sa zaväzujú pri spracovávaní osobných údajov postupovať v súlade so zákonom č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov 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 po nadobudnutí účinnosti tohto nariadenia.“
3. Doterajšie body označené ako 4.2. až 4.13. sa označujú ako body „4.3.“ až „4.14“.
4. Za bod 4.14 sa vkladajú nové body, ktoré znejú: „4.15. Zdravotná poisťovňa a poskytovateľ sa podľa § 7 ods. 20 zákona č. 581/2004 Z. z. dohodli na vzájomnom poskytovaní údajov uvedených na lekárskom predpise alebo lekárskom poukaze; tieto údaje sa poskytujú zdravotnej poisťovni:
 - a) v rozsahu obsahových náležitostí lekárskeho predpisu a lekárskeho poukazu určených zákonom o liekoch a zdravotníckych pomôckach,
 - b) bez zbytočného odkladu po predpise lieku, zdravotníckej pomôcky alebo dietetickej potraviny poistenca,
 - c) v elektronickej podobe prostredníctvom softvérového vybavenia poskytovateľa zabezpečujúceho elektronickú komunikáciu s informačným systémom zdravotnej poisťovne (ďalej len „softvérové vybavenie“) a
 - d) na účely výkonu analytickej, poradenskej a kontrolnej činnosti zdravotnej poisťovne, a vedenia účtu poistenca, prípadne iné účely, ktoré v súvislosti s poskytovanými údajmi ustanoví všeobecne záväzný právny predpis.
- 4.16. Zdravotná poisťovňa a poskytovateľ sa dohodli na vzájomnom poskytovaní údajov uvedených v odporúčaní na poskytnutie zdravotnej starostlivosti vo forme laboratórneho alebo zobrazovacieho vyšetrenia (ďalej aj ako „žiadanka“); tieto údaje sa poskytujú zdravotnej poisťovni
 - a) v rozsahu údajov uvedených na žiadanke,
 - b) bez zbytočného odkladu po vyhotovení alebo obdržaní žiadanky poskytovateľom,
 - c) v elektronickej podobe prostredníctvom softvérového vybavenia a
 - d) na účely výkonu analytickej, poradenskej a kontrolnej činnosti zdravotnej poisťovne, a vedenia účtu poistenca, prípadne iné účely, ktoré v súvislosti s poskytovanými údajmi ustanoví všeobecne záväzný právny predpis.

4.17. Zdravotná poisťovňa a poskytovateľ sa dohodli na vzájomnom poskytovaní údajov o zdravotnej starostlivosti poskytnutej poisťencovi; tieto údaje sa poskytujú zdravotnej poisťovni

- a) v rozsahu údajov zapisovaných do elektronickej zdravotnej knižky podľa zákona č. 153/2013 Z. z. o národnom zdravotníckom informačnom systéme a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,
- b) bez zbytočného odkladu po poskytnutí zdravotnej starostlivosti poisťencovi pričom týmto nie je dotknuté vykazovanie zdravotnej starostlivosti na úhradu zdravotnej poisťovni,
- c) v elektronickej podobe prostredníctvom softvérového vybavenia a
- d) na účely výkonu analytickej, poradenskej a kontrolnej činnosti zdravotnej poisťovne, a vedenia účtu poistenca, prípadne iné účely, ktoré v súvislosti s poskytovanými údajmi ustanoví všeobecne záväzný právny predpis.

4.18. Údaje podľa bodu 4.15., 4.16., 4.17. zmluvy sa poskytujú elektronicke z informačného systému zdravotnej poisťovne a poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, v ktorých sú spracovávané. Takéto poskytovanie údajov sa začne bez zbytočného odkladu po inštalácii potrebného softvérového vybavenia do informačných systémov zmluvných strán, najskôr však od 1.1.2018, s tým, že zmluvné strany sú povinné pri vytváraní týchto podmienok poskytovateľ si nevyhnutnú súčinnosť. Podrobnosti poskytovania údajov určujú Všeobecné podmienky pre poskytovanie a využívanie elektronickej služby Internetového portálu Union zdravotnej poisťovne (ďalej len „Všeobecné podmienky“), ktoré sú zverejnené na webovom sídle zdravotnej poisťovne www.union.sk a s ktorými sa poskytovateľ oboznámil a zaväzuje sa ich dodržiavať. V prípade zmeny alebo doplnenia Všeobecných podmienok, zdravotná poisťovňa informuje poskytovateľa najneskôr 21 dní pred plánovaným dňom o účinnosti takejto zmeny alebo doplnenia.

4.19. Poskytovateľ sa zaväzuje, že bude poisťencom poisťovne poskytovať zdravotnú starostlivosť na najvyššej možnej úrovni čo do kvality, rozsahu aj štruktúry. Za predpokladu, že nebude ohrozené poskytovanie neodkladnej zdravotnej starostlivosti, poskytovateľ umožní poisťencom objednať sa na konkrétny termín, pričom pri objednávaní zohľadní najmä zdravotný stav objednávaného poistenca.

5. V bode 5.1. sa vypúšťa posledná veta. *- faktúra obdržaná*

2. 6. Bod 8.2. sa nahrádza nasledovným znením „ Poskytovateľ zasielku - faktúru spolu s prílohami ako aj ostatné doklady podľa tohto bodu zmluvy doručuje zdravotnej poisťovni elektronicke, prostredníctvom Internetového portálu, ktorý prevádzkuje zdravotná poisťovňa na svojom webovom sídle a ktorého používanie upravujú Všeobecné podmienky podľa bodu 4.18. zmluvy.“

7. Bod 9.3. 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 31.12.2018.“

8. Príloha č. 1 – Dohodnutá výška úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť a finančný rozsah k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa nahrádza novým znením, ktoré tvorí neoddeliteľnú prílohu tohto dodatku.

9. 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 svojim podpisom na poslednej strane tohto dodatku.

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

28. 12. 2017

V Bratislave dňa

Union zdravotná poisťovňa, a.s.

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

Oravská poliklinika Námestovo

.....
Ing. Mária Šišková, riaditeľka OP Námestovo

Oravská poliklinika
029 01 NÁMESTOVO

Príloha č. 1
k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

Dohodnutý rozsah poskytovanej zdravotnej starostlivosti

V súlade s bodom 3.2. článku III tejto zmluvy si zdravotná poisťovňa u poskytovateľa objednáva poskytovanie zdravotnej starostlivosti odbornými útvarmi zdravotníckeho zariadenia poskytovateľa s pridelenými kódmi poskytovateľa zdravotnej starostlivosti podľa tejto prílohy, s uvedením ich odbornosti a druhu odborného útvaru.

Názov poskytovateľa zdravotnej starostlivosti: **Oravská poliklinika Námestovo**

Identifikátor poskytovateľa zdravotnej starostlivosti: **N26721**

Kód poskytovateľa	Kód odbornosti útvaru*	Názov odbornosti útvaru	Druh odborného útvaru**
N26721001201	001	vnútorné lekárstvo	2
N26721008201	008	všeobecná zdravotná starostlivosť o deti a dorast	2
N26721010201	010	chirurgia	2
N26721011201	011	ortopédia	2
N26721020201	020	všeobecné lekárstvo	2
N26721050201	050	diabetológia, poruchy látkovej premeny a výživy	2
N26721063201	063	nefrológia	2
N26721068201	068	cievna chirurgia	2
N26721174201	174	LSPP všeobecná ambulantná starostlivosť pre dospelých - ambulantná	2
N26721176201	176	LSPP všeobecná ambulantná starostlivosť pre deti a dorast - ambulantná	2
N26721178201	178	LSPP stomatologická pre dospelých	2
N26721802201	802	zubné lekárstvo	2
N26721610301	610	domáca ošetrovateľská starostlivosť (ADOS)	3
N26721023501	023	rádiológia	5
N26721024501	024	klinická biochémia	5

Vysvetlivky:

* kód odbornosti útvaru v tvare „spp“ z kódu poskytovateľa (kód poskytovateľa má tvar „p99999spppyz“),

** kód druhu odborného útvaru v tvare „y“ z kódu poskytovateľa:

2 – ambulancia

3 – pracovisko

4 – útvar jednodňovej zdravotnej starostlivosti

5 – útvar spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek

6 – stacionár

Príloha č. 2
k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

Dohodnutá výška úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť a finančný rozsah

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 späťne, 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 späťne vykazuje, neuhradila kapitačnú platbu inému poskytovateľovi,
- d) má nárok, aby zdravotná poisťovňa vykonala porovnanie kapitačného stavu poistencov poskytovateľa a oznámila výsledok poskytovateľovi na základe údajov poskytnutých poskytovateľom podľa písm. b) tohto bodu a informovala poskytovateľa o skutočnom počte kapitovaných poistencov u poskytovateľa, evidovaných v informačnom systéme zdravotnej poisťovne,
- e) je oprávnený 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 uvádza v troj až päťmiestnom tvare bez použitia bodky alebo iného interpunkčného znamienka; kódy chorôb v tejto časti prílohy sú uvedené v tvare podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb v platnom znení.

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

Spôsob úhrady	Špecifikácia podmienok úhrady	Kapitácia v €	Zvýšenie* v €	Kapitácia spolu v €
kapitácia	poistenec vo veku od 18 rokov do 50 rokov života vrátane	2,14	0,08	2,22
kapitácia	poistenec vo veku od 51 rokov do 60 rokov života vrátane	2,32	0,09	2,41
kapitácia	poistenec vo veku od 61 rokov do 80 rokov života vrátane	2,74	0,11	2,85
kapitácia	poistenec vo veku od 81 rokov života	2,93	0,12	3,05

* zvýšenie pripočítané k doterajšej kapitácii vyplývajúce zo zmeny sadzby poistného pre štát

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 poskytovateľovi oznámi písomne; nehodnotenému poskytovateľovi zdravotná poisťovňa oznámenie nezasiela,
- b) podmienok programu „Prevencia“ prizná príplatok k cene kapitácie podľa bodu 2 tejto časti prílohy. Výšku priznaného príplatku a kalendárne obdobie jeho úhrady alebo nesplnenie podmienok programu „Prevencia“ zdravotná poisťovňa hodnotenému poskytovateľovi oznámi písomne; nehodnotenému poskytovateľovi zdravotná poisťovňa oznámenie nezasiela,
- c) podmienok stanovených za poskytovanú zdravotnú starostlivosť prostredníctvom využívania elektronických služieb (ďalej v texte aj „využívanie elektronických služieb“), prizná príplatok k cene kapitácie podľa bodu 2 tejto časti prílohy, uvedenej v stĺpci „Kapitácia spolu v €“. Výšku príplatku k cene kapitácie, ako aj ďalšie podmienky, ktoré musia byť splnené pre priznanie príplatku k cene kapitácie podľa tohto písmena, sú špecifikované vo Všeobecných podmienkach pre poskytovanie a využívanie elektronických služieb Internetového portálu Union zdravotnej poisťovne (ďalej len „Všeobecné podmienky“), ktoré sú zverejnené na webovom sídle zdravotnej poisťovne www.union.sk. Splnenie podmienok podľa tohto písmena zdravotná poisťovňa oznámi hodnotenému poskytovateľovi písomne. Prvé vyhodnotenie plnenia podmienok elektronického zdravotníctva bude realizované v prvom štvrtroku roku 2018. Do prvého vyhodnotenia plnenia podmienok elektronického zdravotníctva sa poisťovňa zaväzuje, že každému poskytovateľovi

prizná príplatok k cene kapitácie vo výške 0,03 €. Poskytovateľ si môže príplatok priznaný podľa tohto bodu pripočítať k cene kapitácie v období prvého štvrtroka 2018.

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 AS¹⁾,

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 0,0450 € 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 2017 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 ²⁾	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 16,43 € 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 vykázat' 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 skriningu kolorektálneho karcinómu, 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 chripke 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 ¹⁾ sa vykazuje s kódom choroby Z20.5	
	pri očkovaní proti vírusovej hepatitíde typu A + B ¹⁾ 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	

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.

¹⁾ Zákon č. 363/2011 Z.z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

²⁾ Výkon sa uhrádza na základe splnenia povinnosti poskytovateľa podľa bodu 4.5. písm. f) tejto zmluvy.

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 dostať do ambulancie poskytovateľa, vykonaných najmä v súvislosti s potrebou poskytnutia neodkladnej zdravotnej starostlivosti. Zdravotná poisťovňa uvedených zdravotných výkonov 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 vykázať 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 vykázať s výkonom 26 a s výkonom 30	
6	štandardné vyšetrenie jedného orgánového systému medzi 19.00 hod. a 7.00 hod. môže sa vykázať s výkonom 26 alebo 29 a s výkonom 30	
30	príplatok k výkonu 26 a 29 za vyžiadajú 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	príplatok pri sťaženom výkone vyšetrenia / ošetrenia ťažko mobilného, imobilného, mentálne postihnutého, dementného, zrakového alebo sluchového 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 ambulanciu 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 odbery krvi, zhodnotenie laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení a zaradenie pacienta do rizikovej skupiny ASA. Výkon možno vykazovať iba raz v rámci jednej operácie, výkon sa vykazuje s kódom choroby, pre ktorú je poistenec plánovaný na operáciu. V prípade odoslania poistenca na vykonanie predoperačného vyšetrenia k lekárovi špecializovanej zdravotnej starostlivosti, zdravotná poisťovňa poskytnutú zdravotnú starostlivosť v súvislosti s predoperačným vyšetrením uhrádza v rámci kapitálnej platby za	10,00

	poistenca.	
5702Z'	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. ba), 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 dospelých (vrátane 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 kapitátnu 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 kapitátnych platieb aj spätne, ak poistenec alebo jeho zákonný zástupca neohlásil poskytovateľovi zmenu zdravotnej poisťovne; nárok na spätnú úhradu kapitátnych platieb za kapitovaného poistenca, ktorého opomenul vykázať má iba v tom prípade, ak zdravotná poisťovňa v období, za ktoré si tohto poistenca spätne vykazuje, neuhradila kapitátnu platbu inému poskytovateľovi,
- d) má nárok, aby zdravotná poisťovňa vykonala porovnanie kapitátnych stavov poistencov poskytovateľa a oznámila výsledok poskytovateľovi na základe údajov poskytnutých poskytovateľom podľa písm. b) tohto bodu a informovala poskytovateľa o skutočnom počte kapitovaných poistencov u poskytovateľa, evidovaných v informačnom systéme zdravotnej poisťovne,
- e) je oprávnený vykázať preventívnu prehliadku (bod 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 vykázať 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,
- h) pri vykazovaní úhrady poskytnutej zdravotnej starostlivosti kódy chorôb uvádza v troj až päťmiestnom tvare bez použitia bodky alebo iného interpunkčného znamienka; kódy chorôb v tejto časti prílohy sú uvedené v tvare podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb v platnom znení.

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

Spôsob úhrady	Špecifikácia podmienok úhrady	Kapitácia v €	Zvýšenie* v €	Kapitácia spolu v €
kapitácia	poistenec do 1 roka veku	6,21	0,28	6,49
kapitácia	poistenec od 1 do 5 rokov veku vrátane	4,95	0,22	5,17
kapitácia	poistenec od 6 do 14 rokov veku vrátane	3,27	0,13	3,40
kapitácia	poistenec od 15 do 18 rokov veku vrátane	2,25	0,08	2,33
kapitácia	poistenec od 19 do 28 rokov veku vrátane	2,14	0,08	2,22

* zvýšenie pripočítané k doterajšej kapitácii vyplývajúce zo zmeny sadzby poistného pre štát

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 poskytovateľovi oznámi písomne; nehodnotenému poskytovateľovi zdravotná poisťovňa oznámenie nezasiela,
- b) podmienok programu „Prevencia“ prizná príplatok k cene kapitácie podľa bodu 2 tejto časti prílohy. Výšku priznaného príplatku a kalendárne obdobie jeho úhrady alebo nesplnenie podmienok programu „Prevencia“ zdravotná poisťovňa hodnotenému poskytovateľovi oznámi písomne; nehodnotenému poskytovateľovi zdravotná poisťovňa oznámenie nezasiela,
- c) podmienok stanovených za poskytovanú zdravotnú starostlivosť prostredníctvom využívania elektronických služieb (ďalej v texte aj „využívanie elektronických služieb“), prizná príplatok k cene kapitácie podľa bodu 2 tejto časti prílohy, uvedenej v stĺpci „Kapitácia spolu v €“. Výšku príplatku k cene kapitácie, ako aj ďalšie podmienky, ktoré musia byť splnené pre priznanie príplatku k cene kapitácie podľa tohto písmena, sú špecifikované vo Všeobecných podmienkach pre poskytovanie a využívanie elektronických služieb Internetového portálu Union zdravotnej poisťovne (ďalej len „Všeobecné podmienky“), ktoré sú zverejnené na webovom sídle zdravotnej poisťovne www.union.sk. Splnenie podmienok podľa tohto písmena zdravotná poisťovňa oznámi hodnotenému poskytovateľovi písomne. Prvé vyhodnotenie plnenia podmienok elektronického zdravotníctva bude realizované v prvom štvrtroku roku 2018. Do prvého vyhodnotenia plnenia podmienok elektronického zdravotníctva sa poisťovňa zaväzuje, že každému poskytovateľovi prizná príplatok k cene kapitácie vo výške 0,03 €. Poskytovateľ si môže príplatok priznaný podľa tohto bodu pripočítať k cene kapitácie v období prvého štvrtroku 2018.

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⁾,

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 0,0450 € 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 2017 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

³⁾ Zákon č. 363/2011 Z.z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a diietických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

953	akceptuje sa ako súčasť vyššie uvedených preventívnych prehliadok	nemôže sa vykázat' s výkonom 1531
3671 ⁴⁾	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 16,43 € 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 podľa aktuálne platného očkovacieho kalendára sa vykazuje s kódom choroby Z00.1, pri odporúčanom ⁵⁾ 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 od dovŕšenia 13. roku života až do dovŕšenia 16. roku života, vykazuje sa s kódom choroby Z25.8 (s platnosťou do 31.12.2017)	

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

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

⁵⁾ Platí u poistencov nad 15 rokov.

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

Vysvetlivky:

*1/ 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. ba), 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 - Lekárska služba prvej pomoci pre dospelých a návštevná lekárska služba prvej pomoci

1. Zdravotné výkony poskytovanej zdravotnej starostlivosti sa uhrádzajú takto:

- a) zdravotné výkony poskytovanej zdravotnej starostlivosti vykázané poskytovateľom v rámci lekárskej služby prvej pomoci pre dospelých (ďalej len „LSPP“) zdravotnej poisťovni v súlade s nariadením vlády SR č. 776/2004 Z. z., ktorým sa vydáva Katalóg zdravotných výkonov v znení neskorších predpisov sa ohodnocujú počtom bodov podľa „Zoznamu zdravotných výkonov a ich bodových hodnôt“ (ďalej len „zoznam výkonov“), ktorí tvoria prílohu nariadenia vlády SR č. 226/2005 Z. z. o výške úhrady za zdravotnú starostlivosť, ktorú uhrádza zdravotná poisťovňa poskytovateľovi lekárskej služby prvej pomoci v znení neskorších predpisov,
- b) finančný rozsah, ktorý uhradí zdravotná poisťovňa poskytovateľovi LSPP predstavuje súčin počtu bodov za zdravotný výkon podľa písm. a) tohto bodu a dohodnutej ceny bodu uvedenej v bode 2 tejto časti prílohy za všetky medicínske indikované, zdravotnej poisťovni vykázané a zdravotnou poisťovňou uznané zdravotné výkony,
- c) do finančného rozsahu podľa písm. b) tohto bodu sa nezapočítavajú náklady na lieky plne alebo čiastočne uhrádzané na základe verejného zdravotného poistenia zaradené v Zozname kategorizovaných liekov, označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom A a AS⁶⁾,
- d) do finančného rozsahu podľa písm. b) tohto bodu sa nezapočítavajú náklady na dopravu (§ 14 ods. 1 zákona č. 576/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov) a náklady na dopravu do zdravotníckeho zariadenia, zo zdravotníckeho zariadenia a medzi zdravotníckymi zariadeniami.

2. Úhrada

a) zdravotných výkonov poskytovanej zdravotnej starostlivosti v rámci LSPP:

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

b) výkonov spoločných a vyšetrovacích zložiek (ďalej len „SVLZ“).

Spôsob úhrady	Špecifikácia podmienok úhrady	Výška úhrady v €
cena bodu	výkon 4571a ⁷⁾ C-reaktívny proteín, ak ho poskytovateľ sám urobil a vyhodnotil (380 bodov)	0,0116

3. K výške úhrady podľa bodu 1 písm. b) tejto časti prílohy sa pripočítava výška úhrady **0,039434 €** mesačne na jedného poistenca v príslušnom spádovom území; príslušné spádové územie tvorí prílohu tejto časti prílohy.

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

5. V prípade návštevných LSPP sa výška úhrady vypočíta ako súčet výšky úhrady podľa bodu 3 tejto časti prílohy a výšky úhrady za dopravu lekára z miesta sídla ambulancie LSPP k pacientovi a späť:

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

6. Poskytovateľ je povinný viesť záznam o LSPP.

⁶⁾ 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 v znení neskorších predpisov.

⁷⁾ Výkon sa uhrádza na základe splnenia povinnosti poskytovateľa podľa bodu 4.5. písm. f) tejto zmluvy.

Príloha k časti - Lekárska služba prvej pomoci pre dospelých a návštevná lekárska
služba prvej pomoci prílohy č. 2 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

Spádové územie

pre poskytovanie lekárskej služby prvej pomoci pre dospelých a návštevnéj lekárskej služby prvej pomoci

Spádová oblasť (okres, obvod, mesto, ulica, obec, PSČ):

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

Časť - Lekárska služba prvej pomoci pre deti a dorast a návštevna lekárska služba prvej pomoci

1. Zdravotné výkony poskytovanej zdravotnej starostlivosti sa uhrádzajú takto:

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

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

c) do finančného rozsahu podľa písm. b) tohto bodu sa nezapočítavajú náklady na lieky plne alebo čiastočne uhrádzané na základe verejného zdravotného poistenia zaradené v Zozname kategorizovaných liekov, označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom A a AS⁸⁾,

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

2. Úhrada

a) zdravotných výkonov poskytovanej zdravotnej starostlivosti v rámci LSPP:

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

b) výkonov spoločných a vyšetrovacích zložiek (ďalej len „SVLZ“).

Spôsob úhrady	Špecifikácia podmienok úhrady	Výška úhrady v €
cena bodu	výkon 4571a ⁹⁾ C-reaktívny proteín, ak ho poskytovateľ sám urobil a vyhodnotil (380 bodov)	0,0116

3. K výške úhrady podľa bodu 1 písm. b) tejto časti prílohy sa pripočítava výška úhrady **0,098586 €** mesačne na jedného poistenca v príslušnom spádovom území; príslušné spádové územie tvorí prílohu tejto časti prílohy.

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

5. V prípade návštevnej LSPP sa výška úhrady vypočíta ako súčet výšky úhrady podľa bodu 3 tejto časti prílohy a výšky úhrady za dopravu lekára z miesta sídla ambulancie LSPP k pacientovi a späť:

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

6. Poskytovateľ je povinný viesť záznam o LSPP.

⁸⁾ 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 v znení neskorších predpisov.

⁹⁾ Výkon sa uhrádza na základe splnenia povinnosti poskytovateľa podľa bodu 4.5. písm. f) tejto zmluvy.

Príloha k časti - Lekárska služba prvej pomoci pre deti a dorast a návštevna lekárska
služba prvej pomoci prílohy č. 2 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

Spádové územie

pre poskytovanie lekárskej služby prvej pomoci pre deti a dorast a návštevnej lekárskej služby prvej pomoci

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
Vasífov
Vavrečka
Zákamenné
Zubrohlava

Časť - Lekárska služba prvej pomoci – zubno lekárska

1. Zdravotné výkony poskytovanej zdravotnej starostlivosti sa uhrádzajú takto:

a) zdravotné výkony vykázané poskytovateľom v rámci lekárskej služby prvej pomoci zdravotnej poisťovni v súlade s nariadením vlády SR č. 776/2004 Z. z., ktorým sa vydáva Katalóg zdravotných výkonov v znení neskorších predpisov sa ohodnocujú počtom bodov podľa „Zoznamu zdravotných výkonov a ich bodových hodnôt“ (ďalej len „zoznam výkonov“), 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) finančný rozsah úhrady (ďalej len „výška úhrady“), ktorý uhradí zdravotná poisťovňa poskytovateľovi v rámci zubno lekárskej služby prvej pomoci (ďalej len „ZLSPP“), predstavuje súčin počtu bodov za zdravotný výkon podľa písm. a) tohto bodu a dohodnutej ceny bodu uvedenej v bode 2 tejto časti prílohy za všetky medicínsky indikované, zdravotnej poisťovni vykázané a zdravotnou poisťovňou uznané zdravotné výkony,

c) do výšky úhrady zdravotných výkonov ZLSPP podľa písm. b) tohto bodu sa nezapočítavajú náklady na lieky plne alebo čiastočne uhrádzané na základe verejného zdravotného poistenia zaradené v Zozname kategorizovaných liekov, označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom A a AS.¹⁰⁾

2. Úhrada zdravotných výkonov poskytovanej zdravotnej starostlivosti v rámci ZLSPP:

Spôsob úhrady	Špecifikácia podmienok úhrady	Výška úhrady v €
cena bodu	zdravotné výkony pri poskytnutí ZLSPP	0,029875

3. K výške úhrady podľa bodu 1 písm. b) tejto časti prílohy sa pripočítava pre ambulanciu ZLSPP výška úhrady 0,011 € mesačne na jedného poistenca v príslušnom spádovom území; príslušné spádové územie tvorí prílohu tejto časti prílohy.

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

5. Poskytovateľ je povinný viesť záznam o službe v ZLSPP.

¹⁰⁾ 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 v znení neskorších predpisov.

**Spádové územie
pre poskytovanie lekárskej služby prvej pomoci – zubno lekárskej**

Spádová oblasť (okres, obvod, mesto, ulica, obec, PSČ):

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

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 až 5 a úhradu zdravotných výkonov osobitnou cenou výkonu podľa bodu 6 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“¹¹⁾.

2. Poskytovateľ pri vykazovaní úhrady ŠAS uvádza kódy chorôb v troj až päťmiestnom tvare bez použitia bodky alebo iného interpunkčného znamienka; kódy chorôb v tejto časti prílohy sú uvedené v tvare podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb v platnom znení.

3. Zdravotné výkony ŠAS podľa tejto časti prílohy, s výnimkou zdravotnej starostlivosti uvedenej v bode 4 až 6 sa uhrádzajú cenou bodu vo výške 0,0220 €.

4. Osobitne cenou bodu vo výške 0,006666 € sa uhrádza výkon popisu RTG natívnej snímky vykonaný lekárom špecialistom v súvislosti s uskutočneným zdravotným výkonom za podmienok podľa tabuľky tohto bodu:

Kód výkonu / počet bodov	Kód odbornosti	Vykazovanie s kódom choroby	Špecifikácia podmienok úhrady
15d / 150 bodov	003	J10 – J22, J40 – J99, R09, R84	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
	010, 013	S00 – S99, K20 – K67, K80 – K93	
	011	S04 – S99, M02 – M99	
	014	J01.0 – J01.9, J32.0 – J34.2 S 01.2 – S03.4	
	045	M00 – M99	

5. Osobitne sa cenou bodu vo výške 0,0073 € uhrádzajú výkony spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek (ďalej len „SVLZ“) a výkony SVLZ prístrojové¹²⁾ (s výnimkou výkonov 5330, 5331 a 5332) poskytnuté na ambulancii ŠAS; výkony 5330, 5331 a 5332 sa uhrádzajú cenou bodu vo výške 0,0055 €.

6. Osobitnou cenou výkonu sa uhrádzajú zdravotné výkony podľa tabuľky tohto bodu:

Kód výkonu	Cena výkonu v €
60	8,80
62	5,94
63	4,62

7. 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 nespĺnenie podmienok projektu „Optimus“ zdravotná poisťovňa hodnotenému poskytovateľovi oznámi písomne; nehodnotenému poskytovateľovi zdravotná poisťovňa oznámenie nezasiela.

¹¹⁾ Zákon č. 363/2011 Z.z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a diietických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

¹²⁾ Výkon sa uhrádza na základe splnenia povinnosti poskytovateľa podľa bodu 4.5. písm. f) tejto zmluvy.

8. Za splnenie podmienok stanovených za poskytovanú zdravotnú starostlivosť prostredníctvom využívania elektronických služieb (ďalej v texte aj „využívanie elektronických služieb“), zdravotná poisťovňa prizná príplatok k cene bodu podľa bodu 3 tejto časti prílohy. Výšku príplatku k cene bodu, ako aj ďalšie podmienky, ktoré musia byť splnené pre priznanie príplatku k cene bodu podľa tohto písmena, sú špecifikované vo Všeobecných podmienkach pre poskytovanie a využívanie elektronických služieb Internetového portálu Union zdravotnej poisťovne (ďalej len „Všeobecné podmienky“), ktoré sú zverejnené na webovom sídle zdravotnej poisťovne www.union.sk. Splnenie podmienok podľa tohto písmena zdravotná poisťovňa oznámi hodnotenému poskytovateľovi písomne. Prvé vyhodnotenie plnenia podmienok elektronického zdravotníctva bude realizované v prvom štvrťroku roku 2018. Do prvého vyhodnotenia plnenia podmienok elektronického zdravotníctva sa poisťovňa zaväzuje, že každému poskytovateľovi prizná príplatok k cene bodu vo výške 0,0005 €. Poskytovateľ si môže príplatok priznaný podľa tohto bodu pripočítať k cene bodu v období prvého štvrťroka 2018.

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. 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) finančný rozsah úhrady (ďalej len „výška úhrady“), ktorý uhradí zdravotná poisťovňa poskytovateľovi špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti v špecializačnom odbore zubné lekárstvo, predstavuje súčin počtu bodov za zdravotný výkon podľa písm. a) tohto bodu a dohodnutej ceny bodu uvedenej v bode 3 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 predchádzajúcim písomným súhlasom zdravotnej poisťovne, a to najviac vo výške preukázateľných nákladov spojených s jeho poskytnutím,

d) do výšky úhrady zdravotných výkonov podľa písm. b) a c) tohto bodu sa nezapočítavajú:

da) 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“¹³⁾,

db) náklady na zdravotnícke pomôcky skupiny „Z“ uvedené v Zozname zdravotníckych pomôcok na mieru; ktorý vydáva Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky opatrením.

2. Poskytovateľ pri vykazovaní úhrady špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti v špecializačnom odbore zubné lekárstvo (ďalej len „ŠAS“) uvádza kódy chorôb v troj až päťmiestnom tvare bez použitia bodky alebo iného interpunkčného znamienka; v tejto časti prílohy je kód choroby uvedený v tvare podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb v platnom znení.

3. Zdravotné výkony ŠAS vrátane výkonov preventívnych prehliadok podľa bodu 4 tejto časti prílohy, s výnimkou úhrady materiálu pri výkone RTG snímok podľa bodu 5 tejto časti prílohy, sa uhrádzajú cenou bodu vo výške **0,0824 €**; 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.

4. Zdravotné výkony preventívnych prehliadok D01, D02, D02a, D05 a D06 sa vykazujú s kódom choroby Z01.2.

5. Osobitne sa uhrádza materiál pri výkone RTG snímok podľa tejto tabuľky:

Spôsob úhrady	Špecifikácia podmienok úhrady / vykazovanie	Výška úhrady v €	Dohodnutý rozsah úhrady
pevná cena	materiál k výkonu D 52*/ pod kódom RTGIO	0,27	uhrádza sa za každú správne vykázanú a uznanú RTG snímku
pevná cena	materiál k výkonu D 54*/ pod kódom OPG	0,50	

Vysvetlivky:

*1 Môže vykazovať stomatológ a čeľustný ortopéd s oprávnením na používanie zdrojov ionizujúceho žiarenia pri lekárskom ožiarení.

¹³⁾ 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 v znení neskorších predpisov.

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, v znení neskorších predpisov.
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 Medzinárodnej klasifikácie chorôb v platnom znení 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	Prijem 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 kaválny katéter a intravenóznou kanylu, pravidelné prevádzovanie 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 stómiiach.
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.
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 výkonmi 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 rekta, 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 výkonmi 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 ošetrujúcim lekárom.
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 ošetrovanie.
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.
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 metód (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 ošetrení, 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 ošetrenie.
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) ¹⁴⁾ 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:

- poskytovateľ poskytuje domácu ošetrovateľskú starostlivosť na základe riadne vyplneného, zdôvodneného, ošetrojúcim lekárom schváleného a jeho podpisom a odtlačkom pečiatky potvrdeného návrhu,
- 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 lekárskech nálezov podľa tohto písmena,
- 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,
- 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,
- 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,

¹⁴⁾ 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.

f) pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti u poistencov s chronickým ochorením, kód choroby L97 (vred predkolenia, - nezatriedený inde) a kód choroby I83.2 [varixy (kříčové žily) dolných končatín s vredom aj zápalom], je platnosť návrhu podľa písm. a) tohto bodu najviac šesť mesiacov odo dňa schválenia návrhu ošetrujúcim 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 ošetrujúci 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 poskytovanej zdravotnej starostlivosti vykázané poskytovateľom v súlade s nariadením vlády SR č. 776/2004 Z. z., ktorým sa vydáva Katalóg zdravotných výkonov v znení neskorších predpisov sa ohodnocujú počtom bodov uvedených v prílohe nariadenia vlády SR č. 226/2005 Z.z., o výške úhrady za zdravotnú starostlivosť, ktorú uhrádza zdravotná poisťovňa poskytovateľovi lekárskej služby prvej pomoci, pod názvom Zoznam zdravotných výkonov a ich bodové hodnoty (ďalej len „Zoznam výkonov“).
2. Zdravotný výkon, ktorý nie je uvedený v Zozname výkonov (nemá určenú bodovú hodnotu) zdravotná poisťovňa môže uhradiť poskytovateľovi len s predchádzajúcim písomným súhlasom zdravotnej poisťovne a to najviac vo výške preukázateľných nákladov spojených s jeho poskytnutím.
3. Finančný rozsah, ktorý uhradí zdravotná poisťovňa poskytovateľovi poskytujúcemu zdravotnú starostlivosť v zariadení spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek (ďalej len „SVLZ“), s výnimkou špecializačných odborov uvedených pod písm. A) 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“¹⁵, ani náklady na ďalšie pripočítateľné položky k zdravotným výkonom vykázané v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi.
5. Poskytovateľ pri vykazovaní úhrady zdravotnej starostlivosti v zariadení SVLZ uvádza kódy chorôb podľa medzinárodnej klasifikácie chorôb v platnom znení v troj až päťmiestnom tvare bez použitia bodky alebo iného interpunkčného znamienka; v tejto časti prílohy sú kódy chorôb uvedené v tvare podľa medzinárodnej klasifikácie chorôb v platnom znení (ďalej len „kód choroby“).

A) Laboratórne vyšetrovacie metódy

1. Zmluvné strany sa dohodli, že poskytovateľ poskytujúci zdravotnú starostlivosť v zariadení SVLZ v špecializačných odboroch laboratórnej medicíny
 - a) vybrané zdravotné výkony Zoznamu výkonov vyказuje pod novými kódmi a za podmienok uvedených v dokumente „Usmernenie k vykazovaniu výkonov podobných vyšetrení“,
 - b) zdravotné výkony podľa Zoznamu výkonov vyказuje pri rešpektovaní podmienok uvedených v dokumente „Usmernenie k vykazovaniu laboratórnych výkonov“,
 - c) pri vyšetrení onkomarkerov vyказuje len laboratórne zdravotné výkony, ktoré boli indikované za podmienok uvedených v dokumente „Onkomarkery“.
2. Dokumenty podľa predchádzajúceho bodu sú zverejnené na webovom sídle zdravotnej poisťovne www.union.sk. Zmluvné strany vyhlasujú, že im ich obsah je známy v čase uzavretia zmluvy alebo dodatku, ktorej súčasťou táto príloha je. V prípade zmeny ktoréhokoľvek z dokumentov uvedených v predchádzajúcom bode zdravotná poisťovňa informuje poskytovateľa najneskôr 21 dní pred plánovaným dňom účinnosti takejto zmeny.
3. Finančný rozsah, ktorý uhradí zdravotná poisťovňa poskytovateľovi poskytujúcemu zdravotnú starostlivosť v zariadení SVLZ v špecializačných odboroch laboratórnej medicíny, predstavuje súčin počtu bodov za zdravotný výkon podľa Zoznamu výkonov a ceny bodu vo výške v rozmedzí 0,0047 € do 0,0062 € 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 0,0047 € (podmienkou je interný a externý systém kontroly kvality a zabezpečenie prepravy biologického materiálu) sa navýši o 0,0005 € 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	0,0057
laboratórny informačný systém	
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:

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.

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
 - a) je účinný od nadobudnutia účinnosti zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti uzatvorenej medzi zdravotnou poisťovňou a poskytovateľom a platí po dobu jej platnosti, pokiaľ nebol zdravotnou poisťovňou odvolaný podľa písm. b) tohto bodu,
 - b) môže byť kedykoľvek, aj pred uplynutím doby uvedenej v písm. a), odvolaný na základe písomného odvolania súhlasu revízneho lekára zdravotnej poisťovne; odvolanie súhlasu nadobudne účinnosť ku dňu uvedenému v odvolaní súhlasu, a
 - c) nevzťahuje sa na zdravotné výkony, ktoré podľa dojednaných zmluvných podmienok podliehajú schvaľovaniu zdravotnej poisťovne na základe žiadosti.
6. Poskytovateľ je na žiadosť zdravotnej poisťovne povinný predložiť kópie výsledkov externej kontroly kvality vo forme ako ich dostáva od spoločnosti, s ktorou má uzatvorenú zmluvu o vykonávaní externej kontroly kvality (doklad o zaradení do systému externej kontroly kvality a prehľad získaných certifikátov); táto povinnosť sa vzťahuje na poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, ktorý poskytuje zdravotnú starostlivosť v zariadeniach spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek v odboroch klinická biochémia, patologická anatómia, hematológia a transfuziológia, klinická mikrobiológia, klinická imunológia a alergológia, nukleárna medicína, lekárska genetika a laboratórna medicína.

B) Zobrazovacie vyšetrovacie metódy

1. Finančný rozsah, ktorý uhradí zdravotná poisťovňa poskytovateľovi poskytujúcemu zdravotnú starostlivosť v zariadení SVLZ špecializačnom odbore rádiológia, predstavuje súčin počtu bodov za zdravotný výkon podľa Zoznamu výkonov a ceny bodu vo výške v rozmedzí od 0,003900 € 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	0,004200	x
	CT prístroj do 16 MSCT– 24 hodinová prevádzka	0,004300	
	CT prístroj 20 - 40 MSCT	0,004400	
	CT prístroj 20 - 40 MSCT– 24 hodinová prevádzka	0,004500	
	CT prístroj 64 MSCT a viac	0,004700	
	CT prístroj 64 MSCT a viac – 24 hodinová prevádzka	0,005000	
magnetická rezonancia	MR prístroj 0,2 T až 0,25 T pre vyšetrenie jedného orgánového systému - kĺbov	0,003900	x
	MR prístroj 0,25 T pre viac orgánovú diagnostiku	0,004600	
	MR prístroj 0,3 T - 1,0 T	0,004700	
	MR prístroj od 1,1 T do 2,9 T	0,004900	
	MR prístroj 3T a vyššie	0,005600	

2. V prípade, že poskytovateľ pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zariadení SVLZ použije špeciálny zdravotnícky materiál (ďalej len „ŠZM“) uvedený v Zozname kategorizovaných špeciálnych zdravotníckych materiálov v zmysle zákona č. 363/2011 Z.z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „Zoznam ŠZM“) a preskripčným obmedzením viazaný na špecializačný odbor rádiológia, zdravotná poisťovňa uhradí tento ŠZM ako pripočítateľnú položku k úhrade výkonu do výšky obstarávacej ceny ŠZM, najviac však do výšky príslušnej maximálnej úhrady zdravotnej poisťovne za ŠZM uvedenej v Zozname špeciálneho zdravotníckeho materiálu zverejneného na webovom sídle zdravotnej poisťovne pri súčasnom dodržaní všetkých ostatných príslušných podmienok úhrady ŠZM, ak nie je dojednané inak. Ak je obstarávacia cena ŠZM vyššia ako maximálna úhrada zdravotnej poisťovne za ŠZM ako pripočítateľnej položky uvedenej v Zozname špeciálneho zdravotníckeho materiálu zverejneného na webovom sídle zdravotnej poisťovne, je tento rozdiel zahrnutý do úhrady výkonu, v súvislosti s ktorým bol ŠZM použitý. Týmto bodom nie je dotknutá výška doplatku poistenca na úhradu ŠZM.

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

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 - Finančný rozsah pre ŠAS

1. Zmluvné strany sa pre poskytovanie ŠAS podľa tejto prílohy dohodli na finančnom objeme vo výške **1 872 €** na kalendárny polrok po dobu účinnosti prílohy č. 2 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti podľa bodu 9.3. tejto zmluvy.
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 **936 €** na kalendárny štvrťrok.
3. Do finančného objemu na kalendárne obdobie podľa bodu 1 a 2 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 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 koeficient **0,10**.
6. 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 účinnosti prílohy č. 2 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti podľa bodu 9.3. tejto zmluvy.
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 štvrťrok.
3. Do finančného objemu na kalendárne obdobie podľa bodu 1 a 2 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.

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 **9 660 €** na kalendárny polrok po dobu účinnosti prílohy č. 2 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti podľa bodu 9.3. tejto zmluvy.
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 **4 830 €** na kalendárny štvrťrok.
3. Do finančného objemu na kalendárne obdobie podľa bodu 1 a 2 tejto časti prílohy (ďalej len „kalendárne obdobie“) sa zahŕňajú všetky poskytovateľom vykázané a zdravotnou poisťovňou uznané výkony poskytnuté v zariadení SVLZ podľa tejto prílohy (ďalej len „výkony SVLZ“).
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.