

2018/72/6-13

**Dodatok č. 12**  
**k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti**  
**č. 2002NSP1000214**

**PODATEĽŇA VITALITA n.o. LEHNICE**

**12. 11. 2018**

Došlo dňa: .....

RZ: .....

Príloha: 3542/2018-D

ZH-LU:

**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

**VITALITA n. o. LEHNICE**

zastúpený: Ing. Július Slovák, riaditeľ

so sídlom: Lehnice 113, 930 37 Lehnice

IČO: 36 084 328

identifikátor poskytovateľa (prvých šesť znakov kódu poskytovateľa): P20419

(ďalej len "poskytovateľ")

(spoločne aj „zmluvné strany“)

Zmluvné strany uzatvárajú tento dodatok č. 12 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti č. 2002NSP1000214 (ďalej len „zmluva o poskytovaní zdravotnej starostlivosti“):

**Článok 1**  
**Predmet dodatku**

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

1. V texte bodu 9.3. článku IX zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa slová „30.04.2019“ nahrádzajú slovami „30.06.2019“.
2. V prílohe č. 2a k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa časti I. a II. menia a znejú ako je uvedené v prílohe tohto dodatku.
3. V prílohe č. 2a k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa časť IV. Finančný rozsah mení a znie nasledovne:  
„1. Zmluvné strany sa dohodli na finančnom objeme vo výške **328,- €** na obdobie jednotlivých kalendárnych polrokov plynúcich od 01. 07. 2018 pre poskytovanie **ambulantnej zdravotnej starostlivosti**. Do tohto finančného objemu sa započítavajú náklady na všetky výkony poskytnutej ambulantnej zdravotnej starostlivosti vrátane výkonov SVLZ uvedené v časti II. tejto prílohy. Do finančného objemu sa nezapočítava úhrada za poskytnutú zdravotnú starostlivosť v ambulancii ústavnej pohotovostnej služby a centrálného príjmu.  
2. Zmluvné strany sa dohodli na finančnom objeme vo výške **1.328,- €** na obdobie jednotlivých kalendárnych polrokov plynúcich od 01. 07. 2018 pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti v zariadeniach **spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek**. Do tohto finančného objemu sa započítavajú náklady na všetky výkony poskytnutej zdravotnej starostlivosti uvedené v časti III. tejto prílohy.“
4. V prílohe č. 2b k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa časť II. Finančný rozsah mení a znie nasledovne:  
„Zmluvné strany sa dohodli na finančnom objeme vo výške **21.641,- €** na obdobie jednotlivých kalendárnych polrokov plynúcich od 01.07.2018 pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti uvedenej v časti I prílohy č. 2b, vrátane zdravotnej starostlivosti dohodnutej podľa § 8 ods. 3 Vyhlášky MZ SR č. 412/2009 Z.z. v platnom znení.“
5. Ostatné ustanovenia zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti ostávajú týmto dodatkom nezmenené.

**Článok 2**  
**Spoločné a záverečné ustanovenia**

1. Tento dodatok je neoddeliteľnou súčasťou zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Tento dodatok je vyhotovený vo dvoch rovnopisoch, z ktorých sa každý považuje za originál. Každá zo zmluvných strán obdrží po jednom vyhotovení dodatku.
2. Súhlas s obsahom dodatku vyjadria zástupcovia zmluvných strán svojím podpisom na poslednej strane tohto dodatku.
3. Zmluvné strany vyhlasujú, že ich spoločným úmyslom a záujmom bolo uzavrieť tento dodatok s účinnosťou od 01.10.2018. Preto sa zmluvné strany dohodli na úhrade zdravotnej starostlivosti podľa tohto dodatku aj za obdobie od 01.10.2018 do dňa nadobudnutia účinnosti tohto dodatku.

4. Tento dodatok nadobúda platnosť dňom podpisu oboma zmluvnými stranami a účinnosť dňom jeho zverejnenia na webovom sídle zdravotnej poisťovne.

## I. 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 tomto 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 platným metodickým usmernením vydaným Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou,
- c) má nárok na úhradu kapitačnej platby aj spätne, ak poistenec alebo jeho zákonný zástupca alebo iná osoba oprávnená konať v mene poistenca neohlásil poskytovateľovi zmenu zdravotnej poisťovne; nárok na spätnú úhradu kapitačnej platby za kapitovaného poistenca, ktorého opomenul vykázať má iba v tom prípade, ak zdravotná poisťovňa v období, za ktoré si tohto poistenca spätne vykazuje, neuhradila kapitačnú platbu inému poskytovateľovi,
- d) má nárok, aby zdravotná poisťovňa vykonala porovnanie kapitačného stavu poistencov poskytovateľa a oznámila výsledok poskytovateľovi na základe údajov poskytnutých poskytovateľom podľa písm. b) tohto bodu a informovala poskytovateľa o skutočnom počte kapitovaných poistencov u poskytovateľa, evidovaných v informačnom systéme zdravotnej poisťovne,
- e) je oprávnený vykázať preventívnu prehliadku (bod 3 písm. b) tejto časti prílohy) s vykázaním výkonu 25 u imobilných poistencov alebo z dôvodu iného závažného dlhodobého zdravotného postihnutia poistenca. O uvedenej skutočnosti vykoná poskytovateľ záznam v zdravotnej dokumentácii poistenca,
- f) je oprávnený vykázať vykonanie povinného očkovania a vykonanie očkovania na základe rozhodnutia regionálneho úradu verejného zdravotníctva alebo Úradu verejného zdravotníctva SR s vykázaním kombinácie výkonov 25 a 4 u poistencov, ktorí dlhodobo odmietajú dostaviť sa do ambulancie poskytovateľa za účelom vykonania očkovania. O uvedenej skutočnosti vykoná poskytovateľ záznam v zdravotnej dokumentácii poistenca,
- g) môže sledovať zdravotný stav kapitovaného poistenca aj počas hospitalizácie poistenca, prípadne sleduje jeho zdravotný stav aj vykonaním návštevy u kapitovaného poistenca v prípade poskytnutia ústavnej starostlivosti,
- h) pri vykazovaní úhrady poskytnutej zdravotnej starostlivosti kódy chorôb podľa medzinárodnej klasifikácie chorôb v platnom znení 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 (ďalej len „kód choroby“).
2. Výkony zdravotnej starostlivosti poskytnuté kapitovanému poistencovi zdravotnej poisťovne sa uhrádzajú mesačne za jedného poistenca zdravotnej poisťovne takto:

Špecifikácia podmienok úhrady	Kapitácia v €
poistenec vo veku od 18 rokov do 50 rokov života vrátane	2,27
poistenec vo veku od 51 rokov do 60 rokov života vrátane	2,47
poistenec vo veku od 61 rokov do 80 rokov života vrátane	2,92
poistenec vo veku od 81 rokov života	3,12

## 3. 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 „AS“ (Na základe zákona č. 363/2011 Z.z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov),
- b) **zdravotných výkonov**, ktoré sa uhrádzajú cenou bodu podľa nasledujúcej tabuľky:

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	0,0482
	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 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	
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		0,0150
5702*	Elektrokardiografické (EKG) vyšetrenie, štandardné 12-zvodové zosnímanie, ak ho poskytovateľ sám vykonal a vyhodnotil.	0,0076
5300* 5301*		0,0073
4571a	C - reaktívny proteín, ak ho poskytovateľ sám vykonal a vyhodnotil (380 bodov).	0,0116
-	Výkony neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnuté nekapitovanému poistencovi	0,0180
-	SVLZ výkony neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnuté nekapitovanému poistencovi	0,0073
-	Výkony neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytnuté poistencovi EÚ	0,0180
-	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.

c) osobitnej ceny výkonu, ktorou sa uhrádzajú výkony v dohodnutej výške a za podmienok podľa tejto tabuľky:

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena výkonu v €
160	Vykazuje 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	Vykazuje 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	Vykazuje 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	Vykazuje 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 laboratórných 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 kapitlačnej platby za poistenca.	10,00
5702Z*	Elektrokardiografické (EKG) vyšetrenie, štandardné 12-zvodové zosnímanie ako súčasť predoperačného vyšetrenia; vykazuje sa s výkonom 60b.	4,18

3842a*	<p>Meranie INR z kapilárnej krvi všeobecným lekárom pre dospelých (ďalej aj ako „vyšetrenie INR VLD“) sa uhrádza, ak poskytovateľ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- je držiteľom certifikátu o absolvovaní certifikačného školenia na Lekárskej fakulte Slovenskej zdravotníckej univerzity (LF SZU) alebo predloží písomné čestné vyhlásenie, že sa oboznámil a bude dodržiavať postupy antikoagulačnej liečby zverejnené na webovom sídle zdravotnej poisťovne,</li> <li>- je účastníkom povinného externého hodnotenia kvality akreditovaným prevádzkovateľom EHK so získaním osvedčenia o účasti a absolvovaní externého hodnotenia kvality v dvojročnom cykle,</li> <li>- je držiteľom Prehlásenia ES o zhode P.O.C.T. prístroja podľa smernice IVD; technická špecifikácia prístroja je v zhode s ISO 17593 a ISO 22870 a metrologická nadväznosť merania je v súlade s WHO,</li> <li>- dodržiava indikácie a štandardné terapeutické postupy pri výkone zdravotného výkonu,</li> <li>- správne vedie a archivuje zdravotnú dokumentáciu vrátane písomného záznamu o posúdení rizika krvácania a určenia rizika tromboembolizmu pri nastavovaní pacienta na antikoagulačnú liečbu,</li> <li>- vedie dokumentáciu údržby P.O.C.T. prístroja v predpísanom režime.</li> <li>- 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 (hematológ, kardiológ, internista).</li> </ul> <p>Vyšetrenie INR VLD v ambulancii lekára nie je povolené vykázat súčasne s vyšetrením INR v laboratóriu.</p> <p>Maximálna frekvencia vyšetrení INR VLD v ambulancii lekára u jedného poistenca maximálne 16 / rok.</p>	5,00
5715*	<p>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“). 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 vyšetrenie nemožno nahradiť domácim monitorovaním tlaku krvi.</p> <p>Výkon sa uhrádza, ak</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pri realizácii výkonu AMTK v ambulancii VLD boli dodržané podmienky indikácie a štandardné terapeutické postupy,</li> <li>- 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 vyšetrením v dvojročnom intervale. V prípade nutnosti častejšej kontroly písomné zdôvodnenie PZS,</li> <li>- v uplynulom období 2 rokov nebol výkon vykonaný v ambulancii špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti príslušného špecializačného odboru,</li> <li>- je zabezpečené správne vedenie a archivovanie zdravotnej dokumentácie pacienta vrátane písomného záznamu, vyhodnotenia vyšetrenia a diagnostického záveru.</li> </ul>	9,00
H0008*	<p>Obsahom zdravotného výkonu je stanovenie indexu ABI oscilometrickou metódou, meranie a vyhodnotenie indexu ABI na štyroch končatinách na zistenie zvýšeného rizika ischemickej choroby dolných končatín;</p> <p>Výkon sa uhrádza, ak:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- bol poskytnutý v rámci preventívnej prehliadky poistencovi vo veku nad 40 rokov s minimálne jedným rizikovým faktorom - podozrenie na ischemickú chorobu dolných končatín, arteriálna hypertenzia, abnormálne EKG, diabetes mellitus, obezita, fajčenie, vysoká hladina celkového cholesterolu, porucha metabolizmu lipidov,</li> <li>- nebude súčasne vykázaný v ambulancii ŠAS,</li> <li>- poskytovateľ predložil aj doklady o zaškolení výrobcom prístrojového vybavenia.</li> </ul>	4,50
163	<p>Obsahom zdravotného výkonu je realizácia testu na zistenie rizika kognitívneho deficitu, ktorý/ktorého</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sa môže vykonať u poistencov vo veku nad 50 rokov maximálne raz dva roky v rámci preventívnej prehliadky, alebo v prípade záujmu poistenca,</li> <li>- sa vykazuje s diagnózami v závislosti od výsledku testu:</li> </ul>	6,00

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• negatívny výsledok testu: Z00.0 (všeobecné lekárske vyšetrenie)</li> <li>• pozitívny výsledok testu: Z03.2 (pozorovanie pri podozrení na duševnú poruchu a poruchu správania),</li> </ul> <p>- výstupom je celkové dosiahnuté skóre, - po vyplnení zostáva súčasťou zdravotnej dokumentácie poistenca.</p> <p>Výsledok testu všeobecný lekár oznámi poistencovi, poskytne mu informácie a zabezpečí jeho ďalší manažment (napr. odporúčenie odborného vyšetrenia u špecialistu).</p>	
1540	Výplach zvukovodu (jedno ucho). Výkon sa uhrádza dva krát ročne u jedného poistenca.	1,00
Y0041	<p><b>Iniciálne a kontrolné vyšetrenie u kapitovaného poistenca s artériovou hypertenziou.</b></p> <p>Poskytovateľ pritom:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- postupuje podľa Odborného usmernenia Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. Z52182-2014-IZP na poskytovanie ambulantnej zdravotnej starostlivosti dospelým pacientom s artériovou hypertenziou (ďalej aj ako „OÚ k artériovej hypertenzii“),</li> <li>- vykonáva zápisy v súvislosti s diagnostikou a liečbou artériovej hypertenzie do zdravotnej dokumentácie poistenca</li> </ul> <p>V cene výkonu je zahrnuté komplexné poskytnutie zdravotnej starostlivosti, ktoré je potrebné realizovať pri iniciálnom a kontrolnom vyšetrení, vyhodnotenie dostupných výsledkov vyšetrení a ďalšia zdravotná starostlivosť v zmysle OÚ k artériovej hypertenzii.</p> <p>Výkon sa uhrádza</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nad rámec kapitácie maximálne dvakrát za kalendárny rok pri iniciálnom a/alebo kontrolnom vyšetrení; v prípade potreby vyššej frekvencie vyšetrení je úhrada za ďalšiu zdravotnú starostlivosť zahrnutá v kapitácii,</li> <li>- po stanovení diagnózy a liečebného plánu s tým, že poskytovateľ určí aj BMI poistenca a zapíše ho do zdravotnej dokumentácie</li> <li>- ak poistenec nie je dispenzarizovaný a/alebo liečený u iného poskytovateľa pre danú diagnózu (okrem jednorazového vyšetrenia u poskytovateľa špecializovanej ambulantnej starostlivosti za účelom konzultácie alebo vykonania zobrazovacieho vyšetrenia),</li> </ul> <p>O iniciálne vyšetrenie ide v prípade, keď poistenec, nebol v posledných 24 mesiacoch liečený alebo diagnostikovaný pre artériovú hypertenziu. O kontrolné vyšetrenie ide v prípade, keď už poistenec bol diagnostikovaný pre artériovú hypertenziu a poskytovateľ pokračuje v poskytovaní zdravotnej starostlivosti v súvislosti s danou diagnózou.</p> <p>Pri hodnotení laboratórných a iných výsledkov vyšetrení zdravotná poisťovňa akceptuje vyšetrenia, ktoré neboli realizované neskôr ako 3 mesiace pred dňom realizácie iniciálneho alebo kontrolného vyšetrenia. Zdravotná poisťovňa nad rámec kapitácie u jedného poistenca sumárne za kalendárny rok uhradí najviac dva výkony Y0041 a/alebo Y0042.</p>	8,00
Y0042	<p><b>Iniciálne a kontrolné vyšetrenie u kapitovaného poistenca s dyslipidémiou</b></p> <p>Poskytovateľ pritom:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- postupuje podľa Odborného usmernenia Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky Z51948-2015-IZP na poskytovanie zdravotnej starostlivosti dospelým pacientom s dyslipidémiou v ambulantnej zdravotnej starostlivosti (ďalej aj ako „OÚ k DLP“).</li> <li>- vykonáva zápisy v súvislosti s diagnostikou a liečbou DLP do zdravotnej dokumentácie poistenca</li> </ul> <p>V cene výkonu je zahrnuté komplexné poskytnutie zdravotnej starostlivosti, ktoré je potrebné realizovať pri iniciálnom a kontrolnom vyšetrení, vyhodnotenie dostupných výsledkov vyšetrení a ďalšia zdravotná starostlivosť v zmysle OÚ k DLP.</p> <p>Výkon sa uhrádza</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nad rámec kapitácie maximálne dvakrát za kalendárny rok pri iniciálnom a/alebo kontrolnom vyšetrení; v prípade potreby vyššej frekvencie vyšetrení je úhrada za ďalšiu zdravotnú starostlivosť zahrnutá v kapitácii,</li> </ul>	8,00

	<p>– po stanovení diagnózy a liečebného plánu s tým, že poskytovateľ určí aj BMI poistenca a zapíše ho do zdravotnej dokumentácie</p> <p>– ak poistenec nie je dispenzarizovaný a/alebo liečený u iného poskytovateľa pre danú diagnózu (okrem jednorazového vyšetrenia u poskytovateľa špecializovanej ambulantnej starostlivosti za účelom konzultácie alebo vykonania zobrazovacieho vyšetrenia),</p> <p>O iniciálne vyšetrenie ide v prípade, keď poistenec, nebol v posledných 24 mesiacoch liečený alebo diagnostikovaný pre DLP.</p> <p>O kontrolné vyšetrenie ide v prípade, keď už poistenec bol diagnostikovaný pre DLP a poskytovateľ pokračuje v poskytovaní zdravotnej starostlivosti v súvislosti s danou diagnózou.</p> <p>Pri hodnotení laboratórných a iných výsledkov vyšetrení zdravotná poisťovňa akceptuje vyšetrenia, ktoré realizované neskôr ako 3 mesiace pred dňom realizácie iniciálneho alebo kontrolného vyšetrenia.</p> <p>Zdravotná poisťovňa nad rámec kapitácie u jedného poistenca sumárne za kalendárny rok uhradí najviac dva výkony Y0041 a/alebo Y0042.</p>	
--	---	--

\* Výkon sa uhrádza na základe splnenia povinnosti poskytovateľa podľa bodu 4.6. písm. f) tejto zmluvy, prípadne aj po preukázaní ďalších podmienok úhrady výkonu.

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

## II. Špecializovaná ambulantná zdravotná starostlivosť

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

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

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

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

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

a transfúzne lieky.

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

3. Zdravotné výkony špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti (ďalej len „ŠAS“) podľa tejto časti prílohy sa uhrádzajú **cenou bodu** podľa nasledovnej tabuľky:

Kód výkonu	Špecifikácia podmienok úhrady	Cena bodu v €
-	Výkony špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti (ďalej aj ako „ŠAS“)	0,022400
-	Výkony ústavnej pohotovostnej služby a centrálného príjmu	0,024650

15d	<p>Ohodnocuje sa 150 bodmi.</p> <p>Výkon popisu RTG natívnej snímky vykonaný lekárom špecialistom v súvislosti s uskutočneným zdravotným výkonom. V závislosti od odbornosti (kód odbornosti je uvedený v zátvorke) vykazuje sa s nasledovnými kódmi chorôb:</p> <p>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)</p> <p>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.</p>	0,006666
-	Výkony SVLZ poskytnuté na ambulancii ŠAS, okrem výkonov 5330, 5331, 5332, 5793, 5794 a 5795.	0,007300
5330 5331 5332		0,005500
5793 5794 5795		0,012083

4. 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