

2015/54/6-3

**Dodatok č. 2**  
**k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti**  
**č. 2002NSP1000214**

**Union zdravotná poisťovňa, a. s.**

zastúpená: Ing. Elena Májejková, riaditeľka sekcie nákupu zdravotnej starostlivosti, revízií činností a programov zdravia  
so sídlom: Bajkalská 29/A, 821 08 Bratislava  
IČO: 36 284 831  
DIČ: 2022152517  
bankové spojenie: Štátna pokladnica  
číslo účtu: 7 000 256 518 / 8180  
IBAN: SK37 8180 0000 0070 0025 6518  
BIC: SUBASKBX  
označenie registra: Okresný súd Bratislava I, oddiel: Sa, vložka číslo: 3832/B, právna forma: akciová spoločnosť  
kód Union zdravotnej poisťovne, a. s.: 27  
(ďalej len „zdravotná poisťovňa“)

a

**VITALITA n. o. LEHNICE**

zastúpený: Ing. Július Slovák, riaditeľ  
so sídlom: Lehnice 113, 930 37 Lehnice  
IČO: 36084328  
identifikátor poskytovateľa (prvých šesť znakov kódu poskytovateľa): P20419  
(ďalej len "poskytovateľ")  
(spoločne aj ako „zmluvné strany“)

Zmluvné strany uzatvárajú tento dodatok č. 2 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:

1. Príloha č. 2b Dohodnutá výška úhrady za poskytnutú ústavnú zdravotnú starostlivosť a finančný rozsah sa s účinnosťou od 01.10.2015 dopĺňa o novú časť III., ktorá vrátane nadpisu znie takto:

**„III. Príplatky**

1. Zmluvné strany sa dohodli na dočasnom zvýšení úhrady za zdravotnou poisťovňou uznanú a poskytovateľom v súlade so zmluvou o poskytovaní zdravotnej starostlivosti vykázanú vybranú zdravotnú starostlivosť poskytnutú v období od 01.04.2015 do 31.12.2015 formou príplatkov podľa podmienok uvedených v tejto časti prílohy.

2. Zdravotná poisťovňa zvýši úhradu za zdravotnú starostlivosť poskytnutú v období **od 01.04.2015 do 30.09.2015** a v súlade so zmluvou o poskytovaní zdravotnej starostlivosti vykázanú najneskôr do 16.10.2015 formou jedného príplatku k cene

- |  |          |
|--|----------|
| a) ukončenej hospitalizácie vo výške                     | 51,50 €; |
| b) ošetrovacieho dňa vo výške                            | 2,60 €;  |
| c) osobitne hrazeného výkonu vo výške                    | 35,00 €; |
| d) výkonu jednodňovej zdravotnej starostlivosti vo výške | 35,00 €; |

zdravotná poisťovňa príplatky podľa tohto bodu doplatí poskytovateľovi na základe samostatných faktúr, ktoré poskytovateľ vystaví osobitne za každý kalendárny mesiac plynúci počas obdobia od 01.04.2015 do 30.09.2015. Poskytovateľ vystaví jednotlivé faktúry na celkové sumy, ktorých výšku zdravotná poisťovňa vypočíta a písomne oznámi poskytovateľovi. Po vystavení faktúr ich poskytovateľ doručí zdravotnej poisťovni. Ak zdravotná poisťovňa zistí, že poskytovateľ vystavil faktúru/faktúry na inú sumu, ako mu oznámila zdravotná poisťovňa, zdravotná poisťovňa vystaví a poskytovateľovi doručí opravný účtovný doklad (dobropis alebo t'archopis) na sumu vo výške rozdielu medzi ním fakturovanou sumou a sumou, ktorú zdravotná poisťovňa oznámila poskytovateľovi podľa tohto bodu. Lehota splatnosti faktúry sa ráta odo dňa doručenia poskytovateľom potvrdeného opravného účtovného dokladu, ak bol k faktúre vystavený. Doklady uvedené v tomto bode sa považujú za doručené zdravotnej poisťovni len vtedy, ak sú doručené osobne, poštou (nie elektronickou ani prostredníctvom Internetového portálu zdravotnej poisťovne) alebo kuriérom na adresu sídla zdravotnej poisťovne. V prípade príplatkov podľa tohto bodu sa nepoužijú ustanovenia čl. V (okrem bodov 5.3., 5.4. a 5.10.) a čl. VIII zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

3. Zdravotná poisťovňa zvýši úhradu za zdravotnú starostlivosť poskytnutú v období **od 01.10.2015 do 31.12.2015** formou jedného príplatku k cene

a) ukončenej hospitalizácie vo výške	56,00 € (kód RZRV00),
b) ošetrovacieho dňa vo výške	2,60 € (kód RZRV01),
c) osobitne hradeného výkonu vo výške	56,00 € (kód RZRV00),
d) výkonu jednodňovej zdravotnej starostlivosti vo výške	56,00 € (kód RZRV00);

poskytovateľ vykazuje príplatky podľa tohto bodu na úhradu zdravotnej poisťovni pod vyššie uvedenými kódmi a v súlade s platným Metodickým usmernením o spracovaní a vykazovaní zdravotných výkonov poskytovateľov zdravotnej starostlivosti elektronickou formou vydaným Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou ako pripočítateľnú položku - položka 11 vety tela príslušnej dávky ústavnej zdravotnej starostlivosti alebo položka 13 vety tela dávky ambulantnej zdravotnej starostlivosti.

4. Zmluvné strany sa dohodli, že celková suma poskytnutých príplatkov sa vopred neurčuje. Zmluvné strany sa dohodli, že príplatky poskytované na základe tejto časti prílohy sa nezapočítavajú do finančného objemu pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti.

5. Podmienkou poskytovania príplatkov je navýšenie zdrojov verejného zdravotného poistenia formou sadzby poistného na verejné zdravotné poistenie pre štát zvýšenej minimálne na úroveň 5,85 % za účelom krytia minimálnych mzdových nárokov zdravotníckych pracovníkov v zmysle všeobecne záväzných právnych predpisov (ďalej len „zvýšená sadzba za poistencov štátu“) a poukazovanie zvýšenej sadzby za poistencov štátu na účet zdravotnej poisťovne minimálne za celé obdobie od 01.11.2015 do 31.12.2015 a v rozsahu, na ktorý má zdravotná poisťovňa právny nárok.

2. Text článku IV zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, bod 4.6. sa dopĺňa novými písmenami n) a o), ktoré znejú takto:

„n) poskytovať zdravotnej poisťovni údaje:

na) o poskytnutej zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia (okrem údajov o zdravotnej starostlivosti poskytnutej v špecializačnom odbore psychiatria alebo v špecializačnom odbore detská psychiatria) podľa zoznamu zdravotných výkonov pre klasifikačný systém diagnosticko-terapeutických skupín a podľa zoznamu chorôb kódovaných podľa pravidiel kódovania chorôb a pravidiel kódovania zdravotných výkonov

nb) o nákladoch na poskytnutú zdravotnú starostlivosť uhrádzanú na základe verejného zdravotného poistenia okrem údajov o nákladoch na zdravotnú starostlivosť poskytnutú v špecializačnom odbore psychiatria alebo v špecializačnom odbore detská psychiatria

nc) uvedené v lekárskejších predpisoch a lekárskejších poukazoch, ak ide o humánný liek, zdravotnícku pomôcku alebo dietetickú potravinu uhrádzanú plne alebo čiastočne na základe verejného zdravotného poistenia;

poskytovateľ v každom prípade poskytuje údaje zdravotnej poisťovni na základe jej predchádzajúcej žiadosti v rozsahu, spôsobom a v lehote určenej zdravotnou poisťovňou (týmto nie je dotknutý prípadný rozsah a spôsob poskytovania údajov určený príslušným všeobecne záväzným právnym predpisom); ak údaje požadované zdravotnou poisťovňou obsahujú osobné údaje, ktoré v zmysle všeobecne záväzného právneho predpisu/predpisov nemožno poskytnúť tretej osobe bez súhlasu dotknutej osoby, poskytovateľ takéto osobné údaje pred ich poskytnutím zdravotnej poisťovni upraví do takej podoby, v ktorej ich nemožno priradiť dotknutej osobe, ktorej sa týkajú; týmto nie je dotknutá možnosť poskytovateľa poskytnúť zdravotnej poisťovni osobný údaj, s ktorého poskytnutím zdravotnej poisťovni dotknutá osoba udelila súhlas,

o) v prípade indikácie výkonov SVLZ, ktoré sú zahrnuté do spektra výkonov uhrádzaných v rámci preventívnej prehliadky, vystaviť samostatnú žiadamku.“

3. Text článku IV zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa dopĺňa novým bodom 4.16., ktorý znie takto:

„4.16. Poskytovateľ udeľuje súhlas s poskytovaním akýchkoľvek dôverných štatistických údajov (ďalej len „údaje“), ktoré poskytol Národnému centru zdravotníckych informácií na základe všeobecne záväzného právneho predpisu/predpisov a ktoré sa ho týkajú, zdravotnej poisťovni. Údaje budú použité za účelom účelného, efektívneho a hospodárneho vynakladania finančných prostriedkov z verejného zdravotného poistenia.“

4. V texte bodu 9.3. Článku IX zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa slová „31.3.2016“ nahrádzajú slovami „31.12.2016“.

5. Príloha č. 2a Dohodnutá výška úhrady za poskytnutú ambulantnú zdravotnú starostlivosť a finančný rozsah sa nahrádza novým znením, ktoré tvorí prílohu tohto dodatku. Zmluvné strany sa dohodli na úhrade zdravotnej starostlivosti podľa tohto bodu aj za obdobie od 01.10.2015 do dňa nadobudnutia účinnosti tohto dodatku.

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

**Príloha č. 2a**  
**k Zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti**

**Dohodnutá výška úhrady za poskytnutú ambulantnú zdravotnú starostlivosť a finančný rozsah**

**I. Všeobecná ambulantná zdravotná starostlivosť 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 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 vykázat' má iba v tom prípade, ak zdravotná poisťovňa v období, za ktoré si tohto poistenca spätne vykazuje, neuhradila kapitačnú platbu inému poskytovateľovi,
- d) má nárok, aby zdravotná poisťovňa vykonala porovnanie kapitačného stavu poistencov poskytovateľa a oznámila výsledok poskytovateľovi na základe údajov poskytnutých poskytovateľom podľa písm. b) tohto bodu a informovala poskytovateľa o skutočnom počte kapitovaných poistencov u poskytovateľa, evidovaných v informačnom systéme zdravotnej poisťovne,
- e) je oprávnený vykázat' preventívnu prehliadku (bod 3 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 3 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) pri vystavovaní odporúčania na poskytnutie špecializovanej zdravotnej starostlivosti a ústavnej starostlivosti uhrádzanej zo zdrojov verejného zdravotného poistenia v odporúčaní uvádza epikrízu, priebeh ochorenia, výsledky doteraz vykonaných vyšetrení, ktoré súvisia s ochorením (ak boli vykonané), odôvodnenie odoslania poistenca a požiadavku na vyšetrenie poistenca. Pri vystavovaní žiadanky na poskytnutie zdravotných výkonov SVLZ uvádza na žiadanke aj diagnózu; ak poskytovateľ žiada o vykonanie zdravotných výkonov SVLZ v rámci preventívnej zdravotnej starostlivosti, uvedie aj uvedenú skutočnosť výslovne na žiadanke.
- h) môže sledovať zdravotný stav kapitovaného poistenca aj počas hospitalizácie poistenca, prípadne sleduje jeho zdravotný stav aj vykonaním návštevy u kapitovaného poistenca v prípade poskytnutia plánovanej ústavnej starostlivosti,
- i) pri vykazovaní úhrady poskytnutej zdravotnej starostlivosti kódy chorôb podľa MKCH-10-SK-2013 uvádza v troj až päťmiestnom tvare bez použitia bodky alebo iného interpunkčného znamienka; kódy chorôb v tejto prílohe sú uvedené v tvare podľa MKCH-10-SK-2013 (ďalej len „kód choroby“).

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

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

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

- a) **liekov** zaradených v zozname kategorizovaných liekov, ktoré sú predpísané a použité v súlade s preskripčnými obmedzeniami, indikačnými obmedzeniami a obmedzeniami úhrady zdravotnej poisťovne na jej predchádzajúci súhlas, označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“ a „AS“ (Na základe zákona č. 363/2011 Z.z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov),
- b) **zdravotných výkonov preventívnych prehliadok** vykonaných v súlade s prílohou č. 2 zákona č. 577/2004 Z.z. v znení neskorších predpisov, ktoré sa uhrádzajú:

ba) cenou bodu vo výške **0,0415 €** za podmienok podľa tejto tabuľky:

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

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

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

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

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

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*/ 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	

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.

e) **zdravotných výkonov č.: 4, 5, 6, 25, 26, 29, 30, 40, 41 a 64 súvisiacich s návštevou alebo poskytnutých počas návštevy** imobilného poistenca alebo poistenca s podozrením na vysoko infekčné ochorenie, ktorý sa nemôže dostaviť do ambulancie poskytovateľa, vykonaných najmä v súvislosti s potrebou poskytnutia neodkladnej zdravotnej starostlivosti. Zdravotná poisťovňa uvedené zdravotné výkony uhrádza v cenách podľa nižšie uvedenej tabuľky. Vyžaduje sa časový údaj o vyžiadaní a vykonaní návštevy a záznam v zdravotnej dokumentácii poistenca.

Kód výkonu	Poznámka	Cena bodu v €
25	návšteva poistenca v pracovnom čase poskytovateľa	0,0237
26	návšteva poistenca mimo riadneho pracovného času poskytovateľa	
29	návšteva poistenca v noci vyžiadaná a vykonaná medzi 22.00 a 7.00 hodinou	
4	štandardné vyšetrenie jedného orgánového systému vykazuje sa s výkonom 25 alebo s výkonom 26 môže sa vykázat' aj pri povinnom očkovaní proti diftérii a tetanu, pri očkovaní 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	
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	0,0150
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 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 / ošetrovania ťažko mobilného, imobilného, mentálne postihnutého, dementného, zrakového alebo sluchovo postihnutého poistenca pri výkonoch 4, 5 a 6	

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

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

Spôsob úhrady	Špecifikácia podmienok úhrady	Výška úhrady v €
cena bodu	výkon SVLZ prístrojový za EKG vyšetrenie štandardné 12-zvodové zosnímanie (kód 5702), ak ho poskytovateľ sám vykonal a vyhodnotil	0,0076
	výkon 4571a C - reaktívny proteín, ak ho poskytovateľ sám urobil a vyhodnotil (380 bodov)	0,0116

**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 kapitačnej platby za poistenca.	10,00
5702ZV	Elektrokardiografické (EKG) vyšetrenie, štandardné 12-zvodové zosnímanie ako súčasť predoperačného vyšetrenia; vykazuje sa s výkonom 60b.	4,18

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

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

## II. Špecializovaná ambulantná zdravotná starostlivosť

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

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

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

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

d) do rozsahu podľa písmena b) a c) tohto bodu sa nezapočítavajú náklady na lieky plne alebo čiastočne uhrádzané na základe verejného zdravotného poistenia zaradené do Zoznamu kategorizovaných liekov, označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“ a „AS“ (Na základe zákona č. 363/2011 Z.z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických 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 MKCH-10-SK-2013 v troj až päťmiestnom tvare bez použitia bodky alebo iného interpunkčného znamienka.

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

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

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

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

## III. 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), 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“<sup>1/</sup>, ani náklady na ďalšie pripočítateľné položky k zdravotným výkonom vykázané v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi.

5. Poskytovateľ pri vykazovaní úhrady zdravotnej starostlivosti v zariadení SVLZ uvádza kódy chorôb podľa MKCH-10-SK-2013 v troj až päťmiestnom tvare bez použitia bodky alebo iného interpunkčného znamienka; v tejto časti prílohy sú kódy chorôb uvedené v tvare podľa MKCH-10-SK-2013 (ďalej len „kód choroby“).

### A) Fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia

1. Finančný rozsah, ktorý uhradí zdravotná poisťovňa poskytovateľovi poskytujúcemu zdravotnú starostlivosť v zariadení SVLZ v špecializačných odboroch fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia a fyzioterapia predstavuje súčin

<sup>1</sup> 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.

počtu bodov za zdravotný výkon podľa Zoznamu výkonov okrem výkonov s kódmi 509a, 512, 513, 514a, 516, 518, 522, 523a, 530, 531, 532, 533a, 540, 541, 542 a ceny bodu vo výške **0,007303 €** za všetky zdravotné výkony indikované lekárom v špecializačnom odbore fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia, ktoré sú zdravotnej poisťovni správne vykázané a zdravotnou poisťovňou uznané.

2. Finančný rozsah, ktorý uhradí zdravotná poisťovňa poskytovateľovi poskytujúcemu zdravotnú starostlivosť v zariadení SVLZ v špecializačných odboroch fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia a fyzioterapia predstavuje súčin počtu bodov za zdravotný výkon podľa Zoznamu výkonov u výkonov s kódmi 509a, 512, 513, 514a, 516, 518, 522, 523a, 530, 531, 532, 533a, 540, 541, 542 a ceny bodu vo výške **0,011310 €** za všetky zdravotné výkony indikované lekárom v špecializačnom odbore fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia, ktoré sú zdravotnej poisťovni správne vykázané a zdravotnou poisťovňou uznané.

#### **IV. Finančný rozsah**

1. Zmluvné strany sa dohodli na finančnom objeme vo výške **150,- €** na obdobie jednotlivých kalendárnych polrokov plynúcich od 1. 7. 2015 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 centrálneho príjmu.

2. Zmluvné strany sa dohodli na finančnom objeme vo výške **1.115,- €** na obdobie jednotlivých kalendárnych polrokov plynúcich od 1. 7. 2015 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.