

**Dodatok č. 4  
k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti  
č. 6004NSP2000114**

**Union zdravotná poisťovňa, a. s.**

zastúpená: Ing. Elena Májeková, riaditeľka sekcie nákupu zdravotnej starostlivosti, revízií činností a programov zdravia  
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

**Dolnooravská nemocnica s poliklinikou MUDr. L. Nádaši Jágeho Dolný Kubín**

zastúpený: PhDr. Jozef Mintál, riaditeľ  
so sídlom: Nemocničná 1944/10, 026 01 Dolný Kubín  
IČO: 00 634 905  
identifikátor poskytovateľa (prvých šesť znakov kódu poskytovateľa): P51283  
(ďalej len "poskytovateľ")  
(spoločne aj ako „zmluvné strany“)

Zmluvné strany uzatvárajú tento dodatok č. 4 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti č. 6004NSP2000114 (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 znenia zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti:

1. Príloha č. 2b Dohodnutá výška úhrady za poskytnutú ústavnú zdravotnú starostlivosť a finančný rozsah, časť V. Príplatky sa s účinnosťou od 01.05.2016 mení a znie takto:

„1. Zmluvné strany sa za podmienok uvedených v tejto časti prílohy a za ďalších príslušných zmluvných podmienok dohodli na dočasnom zvýšení úhrady za zdravotnú starostlivosť uznanú zdravotnou poisťovňou a vykázanú poskytovateľom v súlade so zmluvou o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

2. Zdravotná poisťovňa zvýši úhradu za vybranú zdravotnú starostlivosť poskytnutú v období **od 01.05.2016 do 30.09.2016** formou jedného príplatku k cene
- |  |                       |
|--|-----------------------|
| a) ukončenej hospitalizácie vo výške                     | 75,00 € (kód RZRV00), |
| b) osobitne hradeného výkonu vo výške                    | 75,00 € (kód RZRV00), |
| c) výkonu jednodňovej zdravotnej starostlivosti vo výške | 75,00 € (kód RZRV00); |

poskytovateľ vykazuje príplatoč 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 výlučne ako pripočítateľnú položku - položka 11 vety tela príslušnej dávky ústavnej zdravotnej starostlivosti alebo položka 13 vety tela dávky ambulancie zdravotnej starostlivosti, spoločne s hospitalizáciou, ošetrovacím dňom, osobitne hradeným výkonom alebo výkonom jednodňovej zdravotnej starostlivosti, k cene ktorého sa príplatoč vykazuje; príplatoč nie je možné samostatne vykazať na úhradu zdravotnej poisťovni a to ani v rámci doúčtovania zdravotnej starostlivosti; poskytovanie príplatoč sa nevzťahuje na stacionár.“.

2. Text článku IV zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, bod 4.2. sa mení a znie takto:  
„4.2. Poskytovateľ, v lehote desiatich kalendárnych dní od zmeny základných identifikačných údajov, najneskôr však v termíne najbližšej fakturácie poskytnutej zdravotnej starostlivosti, písomne alebo prostredníctvom elektronickej podateľne informuje zdravotnú poisťovňu o zmene základných identifikačných údajov, napr. o zmene štatutárneho orgánu alebo jeho člena, bankového spojenia, identifikačného čísla organizácie, čísla telefónu a čísla faxu, ako aj o zmenách v zozname číselných kódov lekárov (sestier) a číselných kódov ambulancií, o zmenách vo veľkosti úväzkov lekárov (sestier) a ďalších skutočnostiach, ktoré môžu mať vplyv na riadne plnenie zmluvy, a to najmä o zmenách v personálnom a materiálno-technickom vybavení zdravotníckeho zariadenia.“.

3. Text článku IV zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, bod 4.6., písm. e) sa mení a znie takto:  
„e) overiť si pred poskytnutím zdravotnej starostlivosti poistný vzťah poistenca k zdravotnej poisťovni a rozsah nároku poistenca na úhradu zdravotnej starostlivosti z verejného zdravotného poistenia s ohľadom na § 9 ods. 2 zákona č. 580/2004 Z.z.; ak poistenec pri poskytnutí zdravotnej starostlivosti nemá preukaz poistenca, alebo ak existuje dôvodná pochybnosť o jeho poistnom vzťahu k zdravotnej poisťovni, má poskytovateľ možnosť overiť si poistný

vzťah poistenca na telefónnom čísle zákazníckeho centra zdravotnej poisťovne 0850 00 33 33 alebo na webovom sídle zdravotnej poisťovne; poskytovateľ má možnosť overiť si rozsah nároku poistenca na úhradu zdravotnej starostlivosti z verejného zdravotného poistenia na webovom sídle zdravotnej poisťovne; poskytovateľ pri vykazovaní zdravotnej starostlivosti na úhradu zdravotnej poisťovni postupuje v súlade s tým, že poistenec uvedený v zozname dlžníkov má podľa príslušného všeobecne záväzného právneho predpisu právo len na úhradu neodkladnej zdravotnej starostlivosti zo strany zdravotnej poisťovne, ak príslušný všeobecne záväzný právny predpis neustanovuje inak,“.

4. Text článku IV zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, bod 4.6., písm. g) sa mení a znie takto:  
„g) vykazovať poskytnutú zdravotnú starostlivosť v súlade s nariadením vlády SR č. 777/2004 Z. z., ktorým sa vydáva Zoznam chorôb, pri ktorých sa zdravotné výkony čiastočne uhrádzajú alebo sa neuhrádzajú na základe verejného zdravotného poistenia v znení neskorších predpisov, v súlade s nariadením vlády SR č. 776/2004 Z. z., ktorým sa vydáva Katalóg zdravotných výkonov v znení neskorších predpisov, v súlade s výnosom Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. S10109-OL-2014, ktorým sa ustanovuje zoznam zdravotných výkonov pre klasifikačný systém diagnosticko-terapeutických skupín a v súlade s touto zmluvou; choroby podľa medzinárodnej klasifikácie chorôb v platnom znení<sup>1</sup> vykazovať v troj – až päťmiestnom tvare bez použitia bodky alebo iného interpunkčného znamienka,“
5. Text bodu 6.2. článku VI zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa mení a znie takto:  
„6.2. Zdravotná poisťovňa vykonáva kontrolnú činnosť podľa bodu 6.1. zmluvy revíznymi lekármi, revíznymi farmaceutmi a revíznymi sestrami; ak ide o kontrolu hospodárenia vynakladania prostriedkov verejného zdravotného poistenia, dodržiavania všeobecne záväzných právnych predpisov a/alebo zmluvných podmienok, aj inými zamestnancami poverenými výkonom kontroly na základe písomného poverenia na výkon kontroly (ďalej len „poverená osoba“).“
6. V texte bodu 9.3. Článku IX zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa slová „31.12.2016“ nahrádzajú slovami „31.3.2017“.
7. Príloha č. 1 Dohodnutý rozsah poskytovanej zdravotnej starostlivosti sa nahrádza novým znením, ktoré tvorí prílohu tohto dodatku.
8. 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 01.05.2016 do dňa nadobudnutia účinnosti tohto dodatku.
9. Príloha č. 2b Dohodnutá výška úhrady za poskytnutú ústavnú zdravotnú starostlivosť a finančný rozsah, časť VI. Osobitné ustanovenia o príplatkoch sa mení a znie takto:  
„1. Zmluvné strany berú na vedomie, že  
a) sa dohodli na navýšení úhrad za zdravotnú starostlivosť za obdobie od 01.01.2016 do 30.09.2016 formou príplatkov podľa časti V. prílohy č. 2b ku zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (ďalej len „príplatková časť prílohy č. 2b“) za účelom krytia minimálnych mzdových nárokov zdravotníckych pracovníkov v zmysle všeobecne záväzných právnych predpisov v znení účinnom od 01.01.2016 bez toho, aby za týmto účelom boli zo štátneho rozpočtu Slovenskej republiky vyčlenené finančné prostriedky do verejného zdravotného poistenia vo forme zvýšenia sadzby poistného na verejné zdravotné poistenie pre štát (ďalej len „sadzba“) v potrebnom rozsahu,  
b) zdravotná poisťovňa je podľa § 15 ods. 1 písm. e) zákona č. 581/2004 Z. z. povinná pri uzatváraní zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti účelne, efektívne a hospodárne vynakladať finančné prostriedky z verejného zdravotného poistenia,  
c) zdravotná poisťovňa môže poskytovateľovi naťrať ponechať finančné prostriedky (resp. ich časť) vyplatené vo forme príplatkov len za podmienky, že v potrebnom rozsahu dôjde k zvýšeniu sadzby za účelom krytia minimálnych mzdových nárokov zdravotníckych pracovníkov v zmysle všeobecne záväzných právnych predpisov v znení účinnom od 01.01.2016, inak poskytovateľovi späťne od 01.01.2016 zanikne právo na finančné prostriedky (resp. ich časť) vyplatené vo forme príplatkov.“

Vychádzajúc najmä (nie však výlučne) z okolností uvedených v tomto bode sa zmluvné strany dohodli, že za podmienok uvedených v tejto časti prílohy a za ďalších príslušných podmienok, poskytovateľ vráti zdravotnej poisťovni finančné prostriedky poskytnuté poskytovateľovi vo forme príplatkov.

2. Ak najneskôr do 01.10.2016 nenadobudne účinnosť zákon, ktorým sa sadzba upraví tak, že sadzba bude najmenej v priemere 5,00 % mesačne za celý kalendárny rok 2016, zdravotná poisťovňa má právo na vrátenie najviac 49 % z každého alebo len z niektorého/niektorých príplatkov uhradených poskytovateľovi za obdobie od 01.01.2016 do 30.04.2016 podľa príplatkovej časti prílohy č. 2b v znení účinnom od 01.01.2016 do 30.04.2016. Ak najneskôr do 01.10.2016 nenadobudne účinnosť zákon, ktorým sa sadzba upraví tak, že sadzba bude najmenej v priemere 5,00 % mesačne za celý kalendárny rok 2016, zdravotná poisťovňa má právo na vrátenie až 100 % z každého alebo len z niektorého/niektorých príplatkov uhradených poskytovateľovi za obdobie od 01.05.2016 do

<sup>1</sup> Medzinárodnú klasifikáciu chorôb v platnom znení uverejňuje Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky na svojom webovom sídle podľa § 3 ods. 1 zákona č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

30.09.2016 podľa príplatkovej časti prílohy č. 2b v znení účinnom od 01.05.2016; práva zdravotnej poisťovne uvedené v tomto bode, t.j. práva zdravotnej poisťovne na vrátenie príplatkov alebo len z niektorého/niektorých príplatkov (resp. len určitej percentuálnej časti príplatkov), vzniknú aj v prípade, že sa upraví sadzba tak, ako je uvedené v tomto bode, avšak zdravotná poisťovňa bude zaviazaná zdroje získané upravením sadzby alebo ich časť použiť na úhradu inej zdravotnej starostlivosti ako je zdravotná starostlivosť poskytovaná poskytovateľmi ústavnej zdravotnej starostlivosti, a/alebo zdroje, ktoré zdravotná poisťovňa získa takýmto upravením sadzby po zohľadnení mesačného a ročného prerozdelenia poistného a po splnení povinností vyplývajúcich z § 8a, § 8b a § 30 zákona č. 581/2004 Z. z. nebudú postačovať na pokrytie nákladov zdravotnej poisťovne na úhradu príplatkov a iné navýšenia úhrad pre poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti poskytnuté za obdobie od 01.01.2016.

3. Práva zdravotnej poisťovne na vrátenie príplatkov alebo len z niektorého/niektorých príplatkov (resp. len určitej percentuálnej časti príplatkov), ktoré vzniknú na základe tejto časti prílohy predstavujú tri ucelené pohľadávky zdravotnej poisťovne voči poskytovateľovi (ďalej len „pohľadávka na vrátenie príplatkov“ alebo „pohľadávky na vrátenie príplatkov“) nasledovne:

- a) pohľadávka na vrátenie príplatkov uhradených poskytovateľovi za obdobie od 01.01.2016 do 30.06.2016 so splatnosťou dňa 02.10.2016,
- b) pohľadávka na vrátenie príplatkov uhradených poskytovateľovi za obdobie od 01.07.2016 do 31.08.2016 so splatnosťou dňa 02.11.2016,
- c) pohľadávka na vrátenie príplatkov uhradených poskytovateľovi za obdobie od 01.09.2016 do 30.09.2016 so splatnosťou dňa 02.12.2016;

príčom presnú výšku pohľadávok na vrátenie príplatkov zdravotná poisťovňa písomne oznámi a doručí poskytovateľovi formou dokladu – „Oznámenie o výške pohľadávok na vrátenie príplatkov spolu s výzvou“, ktoré bude spĺňať náležitosti účtovného a daňového dokladu.

4. Zmluvné strany sa dohodli, že zdravotná poisťovňa je oprávnená uspokojiť svoje pohľadávky na vrátenie príplatkov predovšetkým ich jednostranným započítaním proti splatným pohľadávkam poskytovateľa voči zdravotnej poisťovni na úhradu zdravotnej starostlivosti, nasledovne:

- a) pohľadávku na vrátenie príplatkov uhradených poskytovateľovi za obdobie od 01.01.2016 do 30.06.2016 voči pohľadávke poskytovateľa za obdobie októbra 2016,
- b) pohľadávku na vrátenie príplatkov uhradených poskytovateľovi za obdobie od 01.07.2016 do 31.08.2016 voči pohľadávke poskytovateľa za obdobie novembra 2016,
- c) pohľadávku na vrátenie príplatkov uhradených poskytovateľovi za obdobie od 01.09.2016 do 30.09.2016 voči pohľadávke poskytovateľa za obdobie decembra 2016.

Týmto bodom nie je dotknuté právo zdravotnej poisťovne domáhať sa a/alebo požadovať zaplatenie pohľadávky na vrátenie príplatkov aj iným spôsobom, ako je uvedený v tomto bode a ktorý nie je zakázaný zákonom.“

5. Pre vylúčenie akýchkoľvek pochybností sa zmluvné strany dohodli, že v prípade zvýšenia sadzby (v porovnaní so sadzbou účinnou k 01.01.2016) sa príplatky poskytnuté poskytovateľovi za obdobie od 01.01.2016 do dňa nadobudnutia účinnosti zákona, ktorým sa zvýši sadzba, považujú za financované zo zdrojov, ktoré zdravotná poisťovňa získa zvýšením sadzby.“

10. Všetade, kde sa v zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti alebo v jej prílohe č. 2b vyskytuje slovo „MKCH-10-SK-2013“ sa toto slovo nahrádza slovami „medzinárodnej klasifikácie chorôb v platnom znení“.

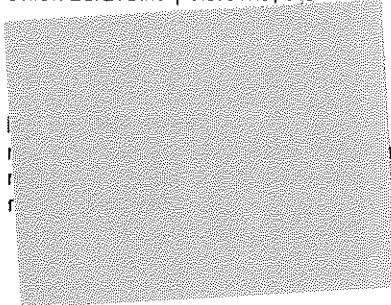
11. Znenie ostatných ustanovení zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti ostáva týmto dodatkom nezmenené.

## 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.

Bratislava dňa 23.5. 2016

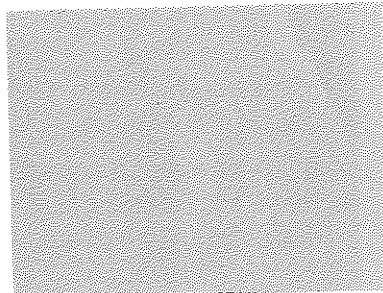
Union zdravotná poisťovňa, a.s.

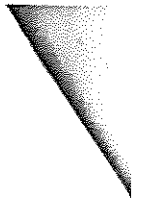


roslivosti,

Dolný Kubín dňa 20.5. 2016

Dolnooravská nemocnica s poliklinikou  
MUDr. L. Nádaši Jágeho Dolný Kubín





**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: **Dolnooravská nemocnica s poliklinikou MUDr. L. Nádaši Jágeho Dolný Kubín**

Identifikátor poskytovateľa zdravotnej starostlivosti: **P51283**

Kód poskytovateľa	Kód odbornosti útvaru*	Názov odbornosti útvaru	Druh odborného útvaru**
P51283001101	001	vnútorné lekárstvo	1
P51283004101	004	neuroológia	1
P51283007101	007	pediatria	1
P51283009101	009	gynekológia a pôrodnictvo	1
P51283010101	010	chirurgia	1
P51283011101	011	ortopédia	1
P51283025101	025	anestéziológia a intenzívna medicína	1
P51283051101	051	neonatólogia	1
P51283196101	196	JIS interná	1
P51283199101	199	JIS pediatrická	1
P51283201101	201	JIS neurologická	1
P51283202101	202	JIS chirurgická	1
P51283205101	205	dlhodobó chorých	1
P51283625101	625	JIS centrálna	1
P51283001201	001	vnútorné lekárstvo	2
P51283004201	004	neuroológia	2
P51283005201	005	psychiatria	2
P51283007201	007	pediatria	2
P51283009201	009	gynekológia a pôrodnictvo	2
P51283009202	009	gynekológia a pôrodnictvo	2
P51283009203	009	gynekológia a pôrodnictvo	2
P51283010201	010	chirurgia	2
P51283011201	011	ortopédia	2
P51283025201	025	anestéziológia a intenzívna medicína	2
P51283027201	027	fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia	2
P51283027202	027	fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia	2
P51283031201	031	hematológia a transfuziológia	2
P51283040201	040	klinická imunológia a alergológia	2
P51283049201	049	kardiológia	2
P51283051201	051	neonatólogia	2
P51283068201	068	cievna chirurgia	2
P51283155201	155	pediatrická kardiológia	2
P51283174201	174	LSPP pre dospelých - ambulatná	2
P51283175201	175	LSPP pre dospelých - výjazdová	2
P51283179201	179	rýchla lekárska pomoc	2
P51283229201	229	onkológia v gynekológii	2
P51283271201	271	mamológia	2
P51283009401	009	gynekológia a pôrodnictvo	4
P51283010401	010	chirurgia	4
P51283011401	011	ortopédia	4
P51283023501	023	rádiológia	5
P51283023502	023	rádiológia	5
P51283023503	023	rádiológia	5

P51283023504	023	rádiológia	5
P51283024501	024	klinická biochémia	5
P51283027501	027	fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia	5
P51283029501	029	patologická anatómia	5
P51283029502	029	patologická anatómia	5
P51283031501	031	hematológia a transfuziológia	5
P51283034501	034	klinická mikrobiológia	5
P51283185501	185	centrálne operačné sály	5
P51283186501	186	centrálna sterilizácia	5
P51283187501	187	funkčná diagnostika	5
P51283247501	247	ultrazvuk v gynekológii a pôrodníctve	5
P51283279501	279	echokardiografia a ultrazvukové vyšetrenie cievneho systému	5
P51283001801	001	vnútorné lekárstvo	8
P51283004801	004	neuroológia	8
P51283007801	007	pediatria	8
P51283009801	009	gynekológia a pôrodníctvo	8
P51283010801	010	chirurgia	8
P51283011801	011	ortopédia	8

**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:
  - 1 – ústavná zdravotná starostlivosť
  - 2 – ambulancia
  - 3 – pracovisko
  - 4 – útvar jednotnovej zdravotnej starostlivosti
  - 5 – útvar spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek
  - 6 – stacionár
  - 8 – ambulancia centrálného príjmu alebo ústavnej pohotovostnej služby

**Príloha č. 2a**  
**k Zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti**  
**Dohodnutá výška úhrady za poskytnutú ambulantnú zdravotnú starostlivosť a finančný rozsah**

**I. 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 (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 1 časti A), 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 „AS“ (Na základe zákona č. 363/2011 Z.z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a diätetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov),

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. Poskytovateľ je povinný viesť záznam o službe v lekárskej službe prvej pomoci.

**A. Lekárska služba prvej pomoci pre dospelých a návštevná lekárska služba prvej pomoci**

1. Úhrada 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

2. 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 určenom príslušným orgánom a to najmä na základe povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia, rozpisu vykonávania LSPP alebo iného aktu príslušného orgánu.

3. V prípade, že v rámci určitého spádového územia určeného príslušným orgánom 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 predchádzajúceho bodu, predstavuje podiel počtu poistencov s trvalým pobytom v spoločnom spádovom území a počtu poskytovateľov poskytujúcich LSPP v spoločnom spádovom území.

4. V prípade návštevnej LSPP sa výška úhrady vypočíta ako súčet výšky úhrady podľa bodu 2 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 1km	typ prevozu LSPP - doprava lekára služobným alebo objednaným vozidlom	0,50
cena za 1km	typ prevozu LSPP - doprava lekára vlastným (súkromným) alebo referentským vozidlom	0,25

**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 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 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 €.

#### A. Špecializovaná ambulantná zdravotná starostlivosť v špecializačnom odbore vnútorné lekárstvo

Zdravotné výkony poskytovanej zdravotnej starostlivosti v špecializačnom odbore vnútorné lekárstvo sa uhrádzajú podľa podmienok uvedených v bodoch 1 až 6 časti Špecializovaná ambulantná starostlivosť.

Osobitne sa cenou bodu vo výške 0,0430 € uhrádzajú zdravotné výkony preventívnych prehliadok vykonaných v rámci skríningu rakoviny konečníka a hrubého čreva podľa prílohy č. 2 k zákonu 577/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov poskytovateľovi zaradenému do programu skríningu kolorektálneho karcinómu v zmysle Odborného usmernenia Ministerstva zdravotníctva SR pre realizáciu programu skríningu kolorektálneho karcinómu\*/ účinného od 1.januára 2012 za podmienok podľa tejto tabuľky:

Kód výkonu	Vykazovanie / výsledok	Vek / frekvencia	Počet bodov / vyšetrenie
760sp 760pp	vykazuje sa v prípade <u>pozitívneho</u> nálezu s kódom choroby Z12.1	vo veku nad 50 rokov, raz za 10 rokov	1 350
760sn 760pn	vykazuje sa v prípade <u>negatívneho</u> nálezu s kódom choroby Z12.1		
763sp 763pp	vykazuje sa v prípade <u>pozitívneho</u> nálezu s kódom choroby Z12.1	vo veku nad 50 rokov, raz za 10 rokov	2 369
763sn 763pn	vykazuje sa v prípade <u>negatívneho</u> nálezu s kódom choroby Z12.1		

Vysvetlivky: \*/ Zoznam endoskopických pracovísk a zoznam špecialistov oprávnených na výkon skríningu kolorektálneho karcinómu je zverejnený na [www.health.gov.sk](http://www.health.gov.sk).

#### B. Špecializovaná ambulantná zdravotná starostlivosť v špecializačnom odbore chirurgia

Zdravotné výkony poskytovanej zdravotnej starostlivosti v špecializačnom odbore chirurgia sa uhrádzajú podľa podmienok uvedených v bodoch 1 až 6 časti Špecializovaná ambulantná starostlivosť.

Osobitne sa cenou bodu vo výške 0,0430 € uhrádzajú zdravotné výkony preventívnych prehliadok vykonaných v rámci skríningu rakoviny konečníka a hrubého čreva podľa prílohy č. 2 k zákonu 577/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov poskytovateľovi zaradenému do programu skríningu kolorektálneho karcinómu v zmysle Odborného usmernenia Ministerstva zdravotníctva SR pre realizáciu programu skríningu kolorektálneho karcinómu\*/ účinného od 1.januára 2012 za podmienok podľa tejto tabuľky:

Kód výkonu	Vykazovanie / výsledok	Vek / frekvencia	Počet bodov / vyšetrenie
760sp 760pp	vykazuje sa v prípade <u>pozitívneho</u> nálezu s kódom choroby Z12.1	vo veku nad 50 rokov, raz za 10 rokov	1 350
760sn 760pn	vykazuje sa v prípade <u>negatívneho</u> nálezu s kódom choroby Z12.1		
763sp 763pp	vykazuje sa v prípade <u>pozitívneho</u> nálezu s kódom choroby Z12.1	vo veku nad 50 rokov, raz za 10 rokov	2 369
763sn 763pn	vykazuje sa v prípade <u>negatívneho</u> nálezu s kódom choroby Z12.1		



Vysvetlivky: \*1 Zoznam endoskopických pracovísk a zoznam špecialistov oprávnených na výkon skríningu kolorektálneho karcinómu je zverejnený na [www.health.gov.sk](http://www.health.gov.sk).

### III. Špecializovaná ambulantná zdravotná starostlivosť v špecializačnom odbore gynekológia a pôrodnictvo

#### A) Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore gynekológia a pôrodnictvo

##### 1. Poskytovateľ:

a) poskytuje zdravotnú starostlivosť poistienke zdravotnej poisťovne (ďalej len „poistenka“) po dovŕšení 15-teho roku života na základe písomnej dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti; prvopis dohody je súčasťou zdravotnej dokumentácie a druhopis sa odovzdá poistienke alebo jej zákonnému zástupcovi. Dohoda, ktorú uzatvorí poistenka s iným poskytovateľom podľa tohto bodu (ďalej len „nová dohoda“) sa stáva platnou prvým dňom kalendárneho mesiaca nasledujúceho po kalendárnom mesiaci, v ktorom bola nová dohoda podpísaná za podmienky predchádzajúceho preukázateľného (písomného) odstúpenia od dohody poistenkou u predchádzajúceho poskytovateľa,

b) zasiela kópiu prvopisu dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s poistenkou na vyžiadanie zdravotnej poisťovni v prípade, ak v jednom kalendárnom mesiaci budú fakturovať kapitálnu platbu na tú istú poistenku (ďalej len „kapitovaná poistenka“) dvaja a viacerí poskytovatelia. Zdravotná poisťovňa je oprávnená vyžiadať kópie prvopisu dohody podľa tohto bodu písomne, telefonicky, faxom alebo e-mailom,

c) zasiela k termínu 30. jún a 31. december príslušného kalendárneho roka hlásenie o počte kapitovaných poisteniek zdravotnej poisťovni v elektronickej podobe v dátovom rozhraní určenom metodickým usmernením vydaným Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou,

d) má nárok na úhradu kapitálnej platby aj spätne, ak poistenka alebo jej zákonný zástupca neohlásil poskytovateľovi zmenu zdravotnej poisťovne; nárok na spätnú úhradu kapitálnej platby za kapitovanú poistenku, ktorú opomenul vykázať má iba v tom prípade, ak zdravotná poisťovňa v období, za ktoré si túto poistenku spätne vykazuje, neuhradila kapitálnu platbu inému poskytovateľovi,

e) má nárok, aby zdravotná poisťovňa vykonala porovnanie kapitálneho stavu poisteniek poskytovateľa a oznámila výsledok poskytovateľovi na základe údajov poskytnutých poskytovateľom podľa písm. c) tohto bodu a informovala poskytovateľa o skutočnom počte kapitovaných poisteniek u poskytovateľa evidovaných v informačnom systéme zdravotnej poisťovne,

f) pri vykazovaní úhrady špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti v špecializačnom odbore gynekológia a pôrodnictvo (ďalej len „ŠAS“) podľa tejto časti prílohy a nasledujúcej časti tejto prílohy uvádza kódy chorôb podľa medzinárodnej klasifikácie chorôb v platnom znení v troj až päťmiestnom tvare bez použitia bodky alebo iného interpunkčného znamienka; v tejto a v nasledujúcej časti tejto prílohy sú kódy chorôb uvedené v tvare podľa medzinárodnej klasifikácie chorôb v platnom znení (ďalej len „kód choroby“).

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

Spôsob úhrady	Výška úhrady v €
kapitácia	1,40

3. Kapitácia podľa bodu 2 tejto časti prílohy nezahŕňa úhradu:

a) liekov zaradených v Zozname kategorizovaných liekov, ktoré sú predpísané a použité v súlade s preskripčnými obmedzeniami, indikačnými obmedzeniami a obmedzeniami úhrady zdravotnej poisťovne na jej predchádzajúci súhlas, označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“ a „AS“ (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),

b) zdravotných výkonov preventívnych prehliadok vykonaných v súlade s prílohou č. 2 zákona č. 577/2004 Z.z. v znení neskorších predpisov, ktoré sa uhrádzajú cenou bodu vo výške **0,0430 €** za podmienok podľa tejto tabuľky:

Kód výkonu	Vek / frekvencia	Vykazovanie
100		vykazuje sa s kódom choroby Z34.0 alebo Z34.8, môže sa vykázať, ak nie je súčasťou iného výkonu
102	vykazuje sa po potvrdení gravidity pri prvej návšteve	pri fyziologickom tehotenstve sa vykazuje s kódom choroby Z34.0 alebo Z34.8 alebo Z35.4,
103*/	vykazuje sa od druhej návštevy / raz za 28 dní	pri patologickom tehotenstve s kódom choroby Z35.2
105	vykazuje sa iba raz v súvislosti so šesťmesačím	vykazuje sa s kódom choroby Z39.2
157	ženy vo veku od 18 rokov veku alebo od prvého tehotenstva / raz za kalendárny rok	vykazuje sa s kódom choroby Z01.4

167	skrining rakoviny krčka maternice pre ženy vo veku od 18 do 64 rokov, prvé dva odbery cytológie v ročnom intervale. V prípade negativity týchto dvoch cytologických výsledkov pokračovať v 3-ročnom intervale do veku 64 rokov. Uvedená periodicita platí aj pre poistenku, u ktorej sa začal skrining aj neskôr ako v 23. roku života. Skrining sa ukončí vo veku 64 rokov, ak budú posledné 3 cytologické nálezy negatívne	vykazuje sa s kódom choroby Z01.4
-----	--	-----------------------------------

**Vysvetlivky:** \* / Pri rizikovom tehotenstve sa vykazuje uvedená prehliadka pod kódom zdravotného výkonu č. 63, zdravotný výkon č. 63 sa neuhrádza ako preventívna prehliadka nad rámec kapitácie podľa bodu 3 písm. b) tejto časti prílohy.

c) zdravotných výkonov spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek (ďalej len „SVLZ“) poskytnutých pri poskytovaní zdravotných výkonov na ambulanciách ŠAS, ktoré sa uhrádzajú v cenách podľa tejto tabuľky:

Spôsob úhrady	Špecifikácia podmienok úhrady	Výška úhrady v €
cena bodu	výkon SVLZ vrátane výkon SVLZ prístrojový, okrem preventívneho prístrojového výkonu 108, 118, 5303, 5305 a 5308	0,0073
cena bodu	výkon SVLZ prístrojový preventívny 108, 118, 5303, 5305	0,0200
cena bodu	výkon SVLZ prístrojový preventívny 5308	0,0076

ca) výkony SVLZ poskytnuté podľa písmena c) tohto bodu sa uhrádzajú u poskytovateľa, ktorý spĺňa odborné predpoklady na vyhodnocovanie príslušných vyšetrení (špecializácia alebo certifikát), vlastní alebo má prenajatý príslušný prístroj a zdravotná poisťovňa súhlasila s uhrádzaním výkonov uvedených v prílohe č. 3 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti,

cb) výkon 108 sa akceptuje ako preventívny výkon najviac tri razy počas tehotenstva u kapítovanej poistenky. Vykazuje sa súčasne s kódom choroby Z34.0, Z34.8, Z35.2 alebo Z35.4.

cc) výkon 118 sa akceptuje ako preventívny výkon raz týždenne počas obdobia posledných štyroch týždňov gravidity (maximálne 6x), vykazuje sa súčasne s výkonom 103 a s kódom choroby Z34.0, Z34.8, Z35.4 alebo Z35.2 u kapítovanej poistenky. Úhrada a frekvencia výkonu 103 je uvedená v tabuľke v písm. b) tohto bodu,

cd) výkony 5303 a 5305 sa akceptujú ako preventívne výkony raz za dvanásť mesiacov, vykazujú sa v nadväznosti na výkon 157 a s kódom choroby Z01.4 u kapítovanej poistenky, výkony 5303 a 5305 sa nevykazujú naraz v rámci vykonania jednej preventívnej prehliadky (výkon 157),

ce) výkony 5303 a 5305 sa akceptujú k úhrade aj bez naviazania na vykonanie preventívnej prehliadky (výkon 157); v tomto prípade sa uhrádzajú cenou bodu vo výške 0,0073 €.

cf) výkon 5308 sa akceptuje ako preventívny výkon raz za dva roky v intervaloch a vekovom rozmedzí stanovených v skriningu, vykazuje sa súčasne s výkonom 157 a kódom choroby Z01.4 u kapítovanej poistenky,

cg) v prípade, že poskytovateľ nie je oprávnený výkony SVLZ prístrojové vykonávať, lebo nespĺňa podmienky podľa písm. ca) tohto bodu, zdravotná poisťovňa uhradí tieto výkony tomu poskytovateľovi, ktorý tieto podmienky spĺňa, ktorý je zároveň jej zmluvným poskytovateľom a ktorý bol písomne oznámený zdravotnej poisťovni poskytovateľom,

ch) v prípade, že u poskytovateľa vykonáva SVLZ prístrojové vyšetrenia lekár inej odbornosti ako je gynekológia a pôrodnictvo (napr. rádiológ), poskytovateľ vykazuje vykonané výkony lekárom inej odbornosti podľa tohto bodu pod kódom lekára, ktorý vyšetrenia vykoná. Podmienkou vykazovania podľa tohto bodu je zároveň oprávnenie na vykonávanie činnosti podľa tohto bodu v platnom povolení poskytovateľa pre príslušnú odbornosť.

4. Zdravotné výkony pri poskytnutí neodkladnej zdravotnej starostlivosti poistenke zdravotnej poisťovne na ambulancii ŠAS sa uhrádzajú v cene bodu vo výške 0,0166 €. Výkony SVLZ pri poskytnutí neodkladnej zdravotnej starostlivosti na ambulanciách ŠAS sa uhrádzajú cenou bodu vo výške 0,0073 €.

**B) Špecializovaná ambulantná zdravotná starostlivosť v špecializačnom odbore gynekológia a pôrodnictvo, reprodukčná medicína, materno-fetálna medicína, ultrazvuk v gynekológii a pôrodnictve, mamológia a v certifikovanej pracovnej činnosti mamodiagnostika v gynekológii**

1. Zdravotné výkony poskytovanej zdravotnej starostlivosti sa uhrádzajú takto:

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

b) rozsah úhrady, ktorý uhradí zdravotná poisťovňa poskytovateľovi ŠAS podľa tejto časti prílohy, predstavuje súčin počtu bodov za zdravotný výkon podľa písm. a) tohto bodu a dohodnutej ceny bodu uvedenej v bode 2 a 3 tejto časti prílohy za všetky medicínsky indikované zdravotné výkony vykázané zdravotnej poisťovni a zdravotnou poisťovňou uznané.

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

d) do rozsahu podľa písm. b) a c) tohto bodu sa nezapočítava úhrada liekov zaradených v Zozname kategorizovaných liekov, ktoré sú predpísané a použité v súlade s preskripčnými obmedzeniami, indikačnými obmedzeniami a obmedzeniami úhrady zdravotnej poisťovne na jej predchádzajúci súhlas, označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“ a „AS“.

2. Zdravotné výkony ŠAS poskytnuté podľa tejto časti prílohy s výnimkou zdravotnej starostlivosti uvedenej v bode 3 tejto časti prílohy sa uhrádzajú cenou bodu vo výške 0,0197 €.

3. Osobitne sa uhrádzajú výkony SVLZ poskytnuté pri poskytovaní zdravotných výkonov na ambulanciách ŠAS za podmienok uvedených v tabuľke tohto bodu:

Spôsob úhrady	Špecifikácia podmienok úhrady	Výška úhrady v €
cena bodu	výkon SVLZ vrátane výkon SVLZ prístrojový, okrem preventívneho prístrojového výkonu 108, 118, 5303, 5305 a 5308	0,0073
cena bodu	výkon SVLZ prístrojový preventívny 108, 118, 5303, 5305	0,0200
cena bodu	výkon SVLZ prístrojový preventívny 5308	0,0076

a) výkony SVLZ poskytnuté podľa tohto bodu sa uhrádzajú u poskytovateľa, ktorý spĺňa odborné predpoklady na vyhodnocovanie príslušných vyšetrení (špecializácia alebo certifikát), vlastní alebo má prenajatý príslušný prístroj a zdravotná poisťovňa súhlasila s uhrádzaním výkonov uvedených v prílohe č. 3 k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti,

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

c) výkon 118 sa akceptuje ako preventívny výkon raz týždenne počas obdobia posledných štyroch týždňov gravidity (maximálne 6x) poistenky, vykazuje sa súčasne s výkonom 103 a s kódom choroby Z34.0, Z34.8, Z35.2 alebo Z35.4. Úhrada a frekvencia výkonu 103 je uvedená v tabuľke v časti A) bod 3 písm. b) tejto časti prílohy,

d) výkony 5303 a 5305 sa akceptujú ako preventívne výkony raz za dvanásť mesiacov, vykazujú sa v nadväznosti na výkon 157 s kódom choroby Z01.4, výkony 5303 a 5305 sa nevykazujú naraz v rámci vykonania jednej preventívnej prehliadky (výkon 157),

e) výkon 5303 a 5305 sa akceptuje k úhrade aj bez naviazania na vykonanie preventívnej prehliadky (výkon 157), v takomto prípade sa uhrádza cenou bodu vo výške 0,0073 €,

f) výkon 5308 sa akceptuje ako preventívny výkon raz za dva roky v intervaloch a vekovom rozmedzí stanovených v skríningu, vykazuje sa súčasne s výkonom 157 a kódom choroby Z01.4.

#### IV. 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), B) alebo C) 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 medzinárodnej klasifikácie chorôb v platnom znení v troj až päťmiestnom tvare bez použitia bodky alebo iného interpunkčného znamienka; v

<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.

tejto časti prílohy sú kódy chorôb uvedené v tvare podľa medzinárodnej klasifikácie chorôb v platnom znení (ďalej len „kód choroby“).

#### A) Laboratórne vyšetровacie metódy

1. Zmluvné strany sa dohodli, že poskytovateľ poskytujúci zdravotnú starostlivosť v zariadení SVLZ v špecializačných odboroch laboratórnej medicíny

- vybrané zdravotné výkony Zoznamu výkonov vykazuje pod novými kódmi a za podmienok uvedených v dokumente „Usmernenie k vykazovaniu výkonov podobných vyšetrení“,
- zdravotné výkony podľa Zoznamu výkonov vykazuje pri rešpektovaní podmienok uvedených v dokumente „Usmernenie k vykazovaniu laboratórnych výkonov“,
- pri vyšetrení onkomarkerov vykazuje len laboratórne zdravotné výkony, ktoré boli indikované za podmienok uvedených v dokumente „Onkomarkery“.

2. Dokumenty podľa predchádzajúceho bodu sú zverejnené na webovom sídle zdravotnej poisťovne www.union.sk. Zmluvné strany vyhlasujú, že im ich obsah je známy v čase uzavretia zmluvy alebo dodatku, ktorej súčasťou táto príloha je. V prípade zmeny ktoréhokoľvek z dokumentov uvedených v predchádzajúcom bode zdravotná poisťovňa informuje poskytovateľa najneskôr 21 dní pred plánovaným dňom účinnosti takejto zmeny.

3. Finančný rozsah, ktorý uhradí zdravotná poisťovňa poskytovateľovi poskytujúcemu zdravotnú starostlivosť v zariadení SVLZ v špecializačných odboroch laboratórnej medicíny, predstavuje súčin počtu bodov za zdravotný výkon podľa Zoznamu výkonov a ceny bodu vo výške v rozmedzí 0,0056 € do 0,0068 € za všetky medicínsky indikované, zdravotnej poisťovni správne vykázané a zdravotnou poisťovňou uznané zdravotné výkony; výška ceny bodu závisí od splnenia motivačných kritérií uvedených nižšie:

- základná cena bodu 0,0056 € (podmienkou je interný a externý systém kontroly kvality a zabezpečenie prepravy biologického materiálu) sa navýši o 0,0004 € za splnenia každého z nasledovných motivačných kritérií (ďalej aj „MK“)

Motivačné kritérium	Zmluvná cena bodu v € na základe splnenia MK
ordinačné hodiny - nepretržitá prevádzka a/alebo vykonávanie manuálne náročných zdravotných výkonov	0,0060
laboratórny informačný systém a/alebo preprava biologického materiálu	
akreditácia	

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

Kód výkonu	Názov výkonu	Počet bodov	Podmienky vykazovania
9980	Skriningové cytologické vyšetrenie steru z krčka maternice realizované konvenčnou metódou.	1 000	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).

Vykazovaná 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 vykazuje detekcia expresie markerov p16INK4a a Ki67, v maximálnom počte 2x na jednu poistenku. Výkon 4956 sa vykazuje 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 revízný lekár zdravotnej poisťovne udelil predchádzajúci súhlas podľa § 42 ods. 5 a 6 zákona č. 577/2004 Z.z. v znení neskorších predpisov s úhradou výkonov uvedených pod písm. A), v bode 1 písm. a) [okrem výkonov uvedených v písm. c) tohto bodu] a v bode 4 v zmluvne dohodnutej cene s podmienkou, že poskytovateľ nebude za zdravotnú starostlivosť vo forme týchto výkonov požadovať úhradu od poistenca, ktorému bol výkon poskytnutý. Poskytovateľ berie na vedomie, že tento súhlas revízneho lekára zdravotnej poisťovne

a) je účinný od nadobudnutia účinnosti zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti uzatvorenej medzi zdravotnou poisťovňou a poskytovateľom a platí po dobu jej platnosti, pokiaľ nebol zdravotnou poisťovňou odvolaný podľa písm. b) tohto bodu

b) môže byť kedykoľvek, aj pred uplynutím doby uvedenej v písm. a), odvolaný na základe písomného odvolania súhlasu revízneho lekára zdravotnej poisťovne; odvolanie súhlasu nadobudne účinnosť ku dňu uvedenému v odvolaní súhlasu, a

c) nevzťahuje sa na zdravotné výkony, ktoré podľa dojednaných zmluvných podmienok podliehajú schvaľovaniu zdravotnej poisťovne na základe žiadosti.

6. Poskytovateľ je na žiadosť zdravotnej poisťovne povinný predložiť kópie výsledkov externej kontroly kvality vo forme ako ich dostáva od spoločnosti, s ktorou má uzatvorenú zmluvu o vykonávaní externej kontroly kvality (doklad o zaradení do systému externej kontroly kvality a prehľad získaných certifikátov); táto povinnosť sa vzťahuje na poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, ktorý poskytuje zdravotnú starostlivosť v zariadeniach spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek v odboroch klinická biochémia, patologická anatómia, hematológia a transfuziológia, klinická mikrobiológia, klinická imunológia a alergológia, nukleárna medicína, lekárska genetika a laboratórna medicína.

## B) Zobrazovacie vyšetrovacie metódy

1. Finančný rozsah, ktorý uhradí zdravotná poisťovňa poskytovateľovi poskytujúcemu zdravotnú starostlivosť v zariadení SVLZ špecializačnom odbore rádiológia, predstavuje súčin počtu bodov za zdravotný výkon podľa Zoznamu výkonov a ceny bodu vo výške v rozmedzí od 0,005000 € do 0,008000 € za všetky medicínsky indikované, zdravotnej poisťovni správne vykázané a zdravotnou poisťovňou uznané zdravotné výkony. Výška ceny bodu závisí od technických parametrov prístrojového vybavenia pracoviska a od splnenia kritérií uvedených v tabuľke tohto bodu:

Zobrazovacia modalita	Kritérium	Cenové úrovne podľa splnenia kritérií v €	Zmluvná cena bodu v €
osteodenzitometria	-	0,005500	0,005500
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	0,008000
	Poskytovateľ, ktorý poskytuje minimálne 3.000 vyšetrení za jeden kalendárny rok	0,008000	
počítačová tomografia	CT prístroj do 16 MSCT	0,005000	0,005350
	CT prístroj do 16 MSCT– 24 hodinová prevádzka	0,005350	
	CT prístroj 20 - 40 MSCT	0,005400	
	CT prístroj 20 - 40 MSCT– 24 hodinová prevádzka	0,005450	
	CT prístroj 64 MSCT a viac	0,005600	
	CT prístroj 64 MSCT a viac – 24 hodinová prevádzka	0,005650	
magnetická rezonancia	MR prístroj 0,2 T až 0,25 T pre vyšetrenie jedného orgánového systému - kĺbov	0,005000	x
	MR prístroj 0,25 T pre viac orgánovú diagnostiku	0,005450	
	MR prístroj 0,3 T - 1,0 T	0,005650	
	MR prístroj od 1,5 T vyššie	0,006250	

2. V prípade, že poskytovateľ pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zariadení SVLZ použije špeciálny zdravotnícky materiál (ďalej len „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 viazaným na špecializačný odbor rádiológia, zdravotná poisťovňa uhradí tento ŠZM ako pripočítateľnú položku k úhrade výkonu do výšky obstarávacej ceny ŠZM, najviac však do výšky 92 % z maximálnej úhrady

zdravotnej poisťovne za ŠZM uvedenej v Zozname ŠZM pri súčasnom dodržaní všetkých príslušných podmienok úhrady ŠZM (pri výpočte sa uplatňuje matematické zaokrúhľovanie na dve desatinné miesta). Ak je obstarávací cena ŠZM vyššia ako maximálna úhrada zdravotnej poisťovne za ŠZM ako pripočítateľnej položky podľa predchádzajúcej vety, je tento rozdiel zahrnutý do úhrady zdravotného výkonu/výkonov, pri ktorých bol ŠZM použitý. Pre aplikáciu tohto bodu je rozhodujúci Zoznam ŠZM platný v čase použitia ŠZM.

3. Poskytovateľovi poskytujúcemu zdravotnú starostlivosť v zariadení SVLZ 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.

### C) 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 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 **0,011618 €** za všetky zdravotné výkony indikované lekárom v špecializačnom odbore fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia, ktoré sú zdravotnej poisťovni správne vykázané a zdravotnou poisťovňou uznané.

### V. Záchraná zdravotná služba

V súlade s opatrením Ministerstva zdravotníctva SR č. 07045/2003 – OAP z 30. decembra 2003, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva v znení neskorších predpisov (ďalej len „opatrenie MZ SR č. 07045/2003 – OAP“) a v súlade s výnosom Ministerstva zdravotníctva SR č. 10548/2009-OL z 11. marca 2009, ktorým sa ustanovujú podrobnosti o záchrannej zdravotnej službe, sa úhrada zdravotnej starostlivosti poskytovanej poskytovateľom záchrannej zdravotnej služby (ďalej len „poskytovateľ“) ustanovuje nasledovne.

1. Poskytnutú zdravotnú starostlivosť v kalendárnom roku zdravotná poisťovňa uhradza poskytovateľovi pevnou cenou mesačného preddavku (ďalej len „preddavok“) vo výške určenej podľa bodu 2 tejto časti prílohy na jednu ambulanciu:

- ambulancie rýchlej zdravotnej pomoci,
  - ambulancie rýchlej lekárskej pomoci a
  - ambulancie rýchlej lekárskej pomoci s vybavením mobilnej intenzívnej jednotky,
- ktoré sú v nepretržitej prevádzke.

2. Výšku preddavku na kalendárny rok na jednu ambulanciu podľa predchádzajúceho bodu, prepočítanú v zmysle výnosu Ministerstva zdravotníctva SR, ktorým sa ustanovuje spôsob určenia výšky preddavku pre poskytovateľa záchrannej zdravotnej služby, ktorý má povolenie na prevádzkovanie ambulancie ZZS v 24 – hodinovej službe v stanici ZZS zdravotnej poisťovni, oznamuje Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej len „ÚDZS“) nasledovne:

- pred termínom splatnosti preddavkov na mesiac január nasledujúceho kalendárneho roka; výšku preddavku ÚDZS vypočíta na základe predpokladaného počtu poistencov zdravotnej poisťovne k 1.1. nasledujúceho kalendárneho roka,
- po zistení skutočného počtu poistencov zdravotnej poisťovne v príslušnom kalendárnom roku; výšku preddavku ÚDZS vypočíta na základe skutočného počtu poistencov zdravotnej poisťovne k 1.1. príslušného kalendárneho roka.

3. Výška preddavku na kalendárny rok je určená podielom počtu poistencov zdravotnej poisťovne na celkovom počte poistencov v Slovenskej republike zo 100 % ceny ustanovenej opatrením Ministerstva zdravotníctva SR č. 07045/2003 – OAP v znení neskorších predpisov.

4. K výške preddavku na jedno vozidlo ambulancie ZZS sa pripočítava cena dopravy za jeden kilometer jazdy pri výkone poskytovania zdravotnej starostlivosti. Pevná cena dopravy za jeden kilometer jazdy je **0,79 €**.

5. Úhrada poskytnutej zdravotnej starostlivosti podľa bodu 1. a 4. tejto časti prílohy zahŕňa všetky náklady súvisiace s jej poskytovaním, vrátane nákladov na výkony sterilizácie, okrem nákladov podľa bodu 6. tejto časti prílohy.

6. Osobitne sa uhrádzajú 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“, ktoré sa vykazujú zdravotnej poisťovni poistenca na osobitnom zúčtovacom doklade; Zoznam kategorizovaných liekov zverejňuje Ministerstvo zdravotníctva SR na svojom webovom sídle vždy k prvému dňu mesiaca.

7. Výšku preddavkov určených podľa bodu 2 písm. a) a b) tejto časti prílohy oznamuje zdravotnej poisťovni ÚDZS písomne; zdravotná poisťovňa uvedenú výšku preddavkov bez zbytočného odkladu oznámi listom poskytovateľovi.

8. Rozdiel v úhrade preddavkov vo výške určenej podľa bodu 2 písm. a) a vo výške určenej podľa písm. b), tejto časti prílohy, zdravotná poisťovňa zúčtuje v úhrade preddavkov v termíne uvedenom v písomnom oznámení zaslanom poskytovateľovi podľa predchádzajúceho bodu.

9. Cena výkonov záchrannej zdravotnej služby poskytnutých poistencovi z iného členského štátu Európskej únie, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu a Švajčiarska a cudzincom zo štátov, s ktorými má Slovenská republika uzatvorené medzinárodné dohody o poskytnutí zdravotnej starostlivosti podľa platnej legislatívy Európskej únie (ďalej len „cudzinec“) je **44,81 €** za výjazd. K cene výkonov podľa predchádzajúcej vety sa pripočítava cena dopravy, ktorej pevná cena za jeden kilometer jazdy vozidlom záchrannej zdravotnej služby je **0,79 €**.

## VI. Finančný rozsah

1. Zmluvné strany sa dohodli na finančnom objeme vo výške **9.300,- €** na obdobie jednotlivých kalendárnych polrokov plynúcich od 1. 1. 2016 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 **61.500,- €** na obdobie jednotlivých kalendárnych polrokov plynúcich od 1. 1. 2016 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 IV tejto prílohy.

